REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité - Travail

Ministère du Plan, de l'Economie et de la Coopération International
****
Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales

Suivi de la Situation des Enfants et des Femmes

MICS-3

Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples couplée avec la sérologie VIH et anémie en RCA 2006

Rapport final

Bangui, janvier 2009

République Centrafricaine

Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples, couplée avec la Sérologie VIH et Anémie
2006

Institut Centrafricain des Statistiques, et des Etudes Economiques et Sociales (ICASEES)

Avec l'appui de :

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
Fonds des Nations Unies pour la Population
Programme des Nations pour le Développement
Fonds Mondial de Lutte contre le VIH/SIDA
Organisation Mondiale de la Santé
Union Européenne
Comité National de Lutte Contre le VIH/SIDA

Janvier, 2009

ANALYSTES/CONTRIBUTEURS AU RAPPORT FINAL

Supervision	M. Félix MOLOUA, Directeur de Cabinet du Ministre d'Etat au Plan, à l'Economie et à la Coopération Internationale	
	M. Mamadou BALDET, Représentant adjoint de l'UNICEF	
Coordination /Appui technique	M. Casimir MAGALAMON, Chargé de Suivi-Evaluation à l'UNICEF	
Direction Nationale	M. Issein MUSTAPHA	
Direction Technique	Jean Faustin PIAMALE	
Conception & Suivi	Félix MOLOUA	
	Jean Faustin PIAMALE	
	Alfred SABENDO	
	Charles DAOUILI	
	Faustin YANGOUPANDE	
	Arsène ZIA	
	Sylvain Guy ANGUIMATE	
	Emmanuel GOUNDJI	
	Suzanne UNFPA	
	Kostelngar NOUDJIMADJI, Consultant	
Contribution	Dr Lorfred ACHU	
	Dr Eugène KPIZINGUI, Chargé de Projet Nutrition	
	Sophie NDANGUERE, Chargé de	
	Mamadou BAH	
	Jorges VALLES	
	Marie Chantal AMOKOMAYEN	
	Anne BOHER	
	Walidou CHAIR	
	Elsa LEPENNEC	
	Raymond GOULA	
	Sylla YOUSSOUFA	
Analystes/Rédacteurs du rapport final	Jean Faustin PIAMALE,	: Chapitre 1,2, 3, 8, 10, 13
	Alfred SABENDO	: Chapitre 4
	Mme MAGALAMON Aurélie	: Chapitre 4, 5
	Dr Eugène KPIZINGUI	: Chapitre 5
	Dr Emmanuel KITIZE	: Chapitre 6,7, 8, 13
	Guy-Paul YOUNOUKOUYOU	: Chapitre 7
	Bienvenu ALI	: Chapitre 8
	Eric VICKOS	: Chapitre 9
	Jonas NANGOLA	: Chapitre 10
	Macoumba THIAM	: Chapitre 12, 13, 14
	Frédéric KOBELEMBI	: Chapitre 11, 13
	Faustin YANGOUPANDE	: Chapitre 1, 11
	Charles DAOUILI	: Chapitre 1, 15
Traitement informatique	Martin MBA, Consultant International	
	Arsène ZIA	
	Sylvain Guy ANGUIMATE	
	Jean Faustin PIAMALE	
Secrétariat	Yvonne YAPIERRE	
	Emilienne KOINA	
	Séraphine ALI	

L'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS3) couplée avec la Sérologie VIH et Anémie de la République Centrafricaine de la République Centrafricaine a été réalisée par le Bureau Central du Recensement, structure rattachée sur le plan administratif à l'Institut Centrafricain des Statistiques, des Etudes Economiques et Sociales. La réalisation de cette enquête a connu la participation financière et technique du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la Population, du Programmes des Nations Unies pour la Population, de l'Union Européenne, du Fond Mondial de Lutte contre le VIH/SIDA, de l'Organisation Mondiale de la Santé et du Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA.

L'enquête a été menée dans le cadre de la troisième série d'enquêtes MICS3, à travers le monde dans plus de 50 pays, en 2005-2006, suite aux deux premières séries d'enquêtes MICS effectuées en 1995 et en l'an 2000. Les instruments d'enquête sont basés sur les modèles et standards élaborés par le projet global MICS, conçu pour recueillir des informations sur la situation des enfants et des femmes dans les pays du monde entier, membres du Système des Nations Unies. En ce qui concerne spécifiquement la RCA, un module sur le VIH/SIDA et l'anémie a été introduit dans l'enquête afin d'en évaluer l'ampleur. Des informations supplémentaires sur le projet global MICS sont disponibles auprès de l'agence d'exécution.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX x
LISTE DES FIGURES xvi
TABLEAU RECAPITULATIF DES INDICATEURS xvii
SIGLES ET ABREVIATIONS xix
AVANT PROPOS xxi
SYNTHESE DU RAPPORT xxii
I. Contexte et objectifs 25
1.2 Efforts consentis au niveau national 26
I.3 Objectifs de l'enquête 26
II. Méthodologie de l'enquête 27
2.1 Constitution de l'échantillon 27
2.2 Questionnaires 27
2.2.1 Questionnaire ménage 27
2.2.2 Questionnaire femme. 28
2.2.3 Questionnaire enfants de moins de 5 ans. 28
2.2.4 Questionnaire homme 28
2.3 Formation et travail sur le terrain 29
2.4 Traitement des données 29
III. Représentativité de l'échantillon et caractéristiques des ménages et des personnes interrogées 30
3.1 Représentativité de l'échantillon 30
3.2 Caractéristiques des ménages 30
3.3 Caractéristiques des personnes interrogées 32
IV. Mortalité des enfants de moins de cinq ans 35
4.1 Méthode utilisée pour l'estimation de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. 35
4.2 Estimation des niveaux de mortalité infantile et infanto-juvénile 35
4.2.1 Mortalité des enfants de moins d'un an 35
4.2.2 Mortalité des enfants de moins de cinq ans 36
4.3 Evolution récente de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 2000 à 2006 38
Conclusion 40
V. Nutrition 41
5.1 Etat nutritionnel 41
5.1.1 Niveaux de la malnutrition 42
5.1.2 Tendance de la prévalence de la malnutrition chez les enfants de 0-59 mois 45
5.2 Allaitement au sein 45
5.2.1 Allaitement initial 46
5.2.2 Allaitement maternel exclusif 49
5.2.3 Poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans et alimentation de complément 51
5.2.4 Les enfants adéquatement nourris 52
5.3 Iodation du sel 54
5.3.1 Consommation du sel iodé par les ménages 54
5.3.2 Evolution du taux de consommation du sel iodé de 1995 à 2006 en RCA 55
5.4 Supplémentation en vitamine A 56
5.4.1 Supplémentation en vitamine des enfants de 6 à 59 mois 56
5.3.2 Statut de la supplémentation en vitamine A des femmes en post partum immédiat 59
5.4 Faible poids à la naissance 60
5.5 Anémie 63
5.5.1 Prévalence de l'anémie chez les enfants 63
5.5.2 Prévalence de l'anémie chez les femmes 65
5.5.3 Prévalence de l'anémie chez les hommes 68
Conclusion 69
VI. Santé de l'enfant 70
6.1 Couverture vaccinale chez les enfants et les femmes enceintes 70
6.1.1 Couverture vaccinale des enfants 70
6.1.2 Protection antitétanique des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés 75
6.3 Maladies diarrhéiques 77
6.3.1 Prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants 78
6.3.2 Utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale 79
6.3.3 Prise en charge à domicile de la diarrhée 79
6.4 Pneumonie 81
6.4.1 Prévalence de la pneumonie présumée chez les enfants de moins de cinq ans 81
6.4.2 Traitement de la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans 81
6.4.3 Connaissance des signes d'alerte de la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans 83
6.5 Combustibles solides 84

6.5.1 Ampleur de l'utilisation des combustibles solides par les ménages 85
6.5.2 Utilisation des combustibles solides par les ménages selon le type de four 85
6.6 Paludisme 86
6.6.1 Prévention du paludisme par l'utilisation des Moustiquaires 87
6.6.2 Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5ans 90
6.6.3 Traitement curatif du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans 90
6.6.4 Traitement Présomptif Intermittent (TPI) du Paludisme chez les femmes enceintes 93
6.7 Sources et couts d'approvisionnement en médicaments et autres consommables pour le traitement et la prévention des maladies des enfants 94
6.7.1 Moustiquaires imprégnées d'insecticides pour la prévention du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans 94
6.7.2 Antipaludique pour le traitement des épisodes de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans 97
6.7.3 Antibiotiques pour le traitement de la pneumonie supposée chez les enfants de moins de 5 ans 99
6.7.4 Sachets de Réhydratation par voie Orale pour le traitement des diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans 101
Conclusion 102
VII. Environnement 103
7.1 Eau potable 104
7.1.1 Population ayant accès à l'eau potable 104
7.1.2 Tendances de la consommation d'eau potable de 1996 à 2006 105
7.2 Eau salubre 105
7.2.1 Utilisation de source d'approvisionnement en eau salubre 106
7.2.2 Utilisation d'une méthode adéquate du traitement de l'eau 107
7.2.3 Temps d'approvisionnement en eau potable 108
7.2.4 Personne chargé de l'approvisionnement en eau potable 110
7.3 Assainissement 112
7.3.1 Utilisation d'installations sanitaires améliorées 112
7.2.2 Tendances de la disponibilité en installations sanitaires de 1996 à 2006 114
7.3.3 Mode d'élimination des excréments des enfants 114
Conclusion 116
VIII. Santé de la reproduction 117
8.1 Contraception 118
8 .1.1 Prévalence contraceptive 118
8.1.2 Evolution de la prévalence contraceptive 120
8.1.3 Besoins à couvrir non satisfaits 121
8.2 Soins prénatals 123
8.2.1 Couverture des soins prénatals par un personnel qualifié 124
8.2.2 Evolution de la couverture en soins prénatals par un personnel qualifié de 1995 à 2006 126
8.2.4 Types de soins prénatals spécifiques reçus par les femmes enceintes 126
a)Informations des femmes enceintes sur le VIH/SIDA pendant les soins prénatals 126
b) Prélèvement du sang des femmes enceintes pendant les soins prénatals 127
c) Prélèvement urinaire des femmes enceintes pendant les soins prénatals 128
d) Mesure de la tension artérielle des femmes enceintes pendant les soins prénatals 128
8.2.9 Mesure du poids chez les femmes enceintes pendant les soins prénatals 129
8.3 Assistance à l'accouchement 130
8.3.2 Accouchement des femmes enceintes dans les formations sanitaires 131
8.4 Mortalité maternelle 133
Méthode utilisée pour l'estimation de la mortalité maternelle 133
8.4.1 Estimation du taux de mortalité maternelle 133
Conclusion 135
IX. Développement de l'enfant 136
9.1 Participation des enfants aux activités d'apprentissage 136
9.2 Accessibilité des enfants aux livres 139
9.2.1 Ménages disposant des livres pour non-enfants 139
9.2.2 Ménages disposant des livres pour enfants 139
9.2.3 Différents types de jouets utilisés par les enfants 140
9.2.4 Surveillance des enfants laissés seuls ou avec d'autres enfants 142
Conclusion 144
X. Education 145
10.1 Education préscolaire 145
10.1.1 Taux brut de scolarisation préscolaire 145
10.1.2 Prédisposition à la scolarisation 146
10.2 Education de base 147
10.2.1 Nouvelles inscriptions au primaire 148
10.2.2 Taux brut de scolarisation au primaire 149
10.2.3 Taux net de scolarisation au primaire 150

10.2.4 Fréquentation net du primaire des élèves en âge de fréquenter le secondaire 152
10.2.5 Survie jusqu'en sixième année du primaire 153
10.2.6 Achèvement du cycle primaire et transition au secondaire 155
10.3 Education secondaire 156
10.3.1 Taux brut de scolarisation au secondaire 157
10.3.3 Taux net de scolarisation au secondaire 158
10.3.4 Evolution des indices de scolarisation au primaire et au secondaire 159
10.4 Parité entre filles et garçons en matière de scolarisation 160
10.5 Enfants n'ayant jamais été scolarisés 162
10.6 Alphabétisation 163
10.6.1 Alphabétisation des jeunes de 15-24 ans 164
Conclusion 166
XI. Protection de l'enfant 167
11.1 Enregistrement des naissances 167
11.1.1 Situation d'enregistrement des naissances 167
11.1.2 Causes du non enregistrement des naissances 168
11.2 Travail des enfants 170
11.2 .1 Ampleur du travail des enfants 170
11.2.2 Travail des enfants et scolarité 172
11.2.3 Conditions de travail 173
a) Rémunération du travail 174
b) Travail dangereux à éliminer 176
11.3 Discipline des enfants 176
11.3.1 Corrections Psychologiques et physiques infligées aux enfants 176
11.3.2 Attitude des parents par rapport à la punition physique comme mode d'éducation d'un enfant 177
11.4 Mariage précoce et polygamie 179
11.4.1 Mariage précoce 179
11.4.2 Femmes vivant dans une union polygamique 180
11.4.3 Différence d'âge entre conjoints 182
11.5 Excision/Mutilation génitale 184
11.5.1 Ampleur de l'excision 184
11.5.2 Attitude des femmes pour la continuité de la pratique de l'excision 185
11.5.3 Femmes dont les filles ont été excisées 187
11.6 Enfants handicapés 189
11.6.1 Les principaux types de handicaps chez les enfants de 2 à 9 ans 189
11.6.2 Enfants de 2 à 9 ans qui ont au moins un handicap 190
Conclusion 192
XII. Violences domestiques 193
12.1 Définition des concepts d'harmonie conjugale, de contrôle conjugal et de violence domestique 194
12.1.1 La violence physique depuis l'âge de 15 ans 194
12.1.2 La violence physique pendant la grossesse 194
12.1.3 La violence conjugale 194
a) Violence conjugale physique 195
b) Violence conjugale sexuelle 195
c) Violence conjugale émotionnelle 195
12.1.4 L'harmonie du couple 195
12.1.5 Le contrôle exercé par le mari/partenaire sur la femme 196
12.2 Mesure de la violence : le Conflict Tactics Scale 196
12.3 Violence physique subie par les femmes depuis l'âge de 15 ans 197
12.3.1 Ampleur de la violence physique 197
12.3.2 Auteurs de la violence physique 199
12.5 Violence physique pendant la grossesse 200
12.6 Contrôle exercé sur les femmes par le partenaire 202
12.7 Violence conjugale subie par les femmes 204
12.7.1 Formes et prévalence de la violence conjugale 204
12.7.2 Violence conjugale récente 208
12.7.3 Premier épisode de violence conjugale 209
12.7.4 Conséquences physiques de la violence conjugale 209
12.7.4 Violence conjugale, statut de la femme et caractéristiques des conjoints 210
12.8 Violence conjugale exercée par la femme sur son conjoint 212
12.9 Violence conjugale entre conjoints 213
12.10 Recherche d'assistance par les femmes victimes de violences physiques et/ou conjugales 214
12.10.1 Recherche d'aide et personnes sollicitées 214
12.10.2 Raisons de la non recherche d'aide 215
12.11 Violence conjugale subie par la mère et violence subie et commise par les femmes interviewées 216
12.12Attitudes des hommes vis-à-vis de la violence conjugale 216

Conclusion 218
XIII. VIH/SIDA, Comportement sexuel et enfants orphelins et vulnérables 219
13.1 Connaissance du VIH 219
13.1.1 Connaissance de la prévention de la transmission du VIH 219
a) Connaissance de la prévention de la transmission du VIH chez la femme 220
b) Connaissance de la prévention de la transmission du VIH chez l'homme 221
13.1.2 Identification des idées erronées sur le VIH/SIDA 223
a) Identification des idées erronées sur le VIH/SIDA chez la femme 223
b) Identification des idées erronées sur le VIH/SIDA chez l'homme 225
13.1.3 Connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA 227
a) Connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA chez la femme 227
b) Connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA chez l'homme 228
13.1.4 Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant 230
a) Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant chez la femme 230
b) Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant chez l'homme 231
13.2 Stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH 233
13.2.1 Attitude vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA 233
12.2.2 Attitude vis-à-vis des personnes vivants avec le VIH/SIDA chez la femme 233
b) Attitude vis-à-vis des personnes vivants avec le VIH/SIDA chez l'homme 234
13.3 Test du VIH 236
13.3.1 Connaissances des facilités pour effectuer le test du VIH 236
a) Connaissances des facilités pour effectuer le test du VIH chez la femme 236
b) Connaissances des facilités pour effectuer le test du VIH chez l'homme 237
13.3.2 Test du VIH et conseils reçus pendant les visites prénatales 239
13.2 Comportement sexuel lié à la transmission du VIH 240
13.2.1 Rapports sexuels avant 15 ans chez les jeunes 241
a) Rapports sexuels avant 15 ans chez les jeunes femmes 241
a) Rapports sexuels avant 15 ans chez les jeunes hommes 242
13.2.2 Rapport sexuel à haut risque et utilisation du préservatif 244
a) Rapport sexuel à haut risque et utilisation du préservatif chez les femmes 244
b) Rapport sexuel à haut risque et utilisation du préservatif chez les femmes 245
13.3 Orphelins et enfants vulnérables 247
13.3.1 Enfants ne vivants pas avec leurs parents biologiques 248
13.3.2 Tendances des enfants ne vivant pas avec leurs parents biologiques 249
13.3.3 Enfants orphelins et vulnérables 251
13.3.5 Support externe gratuit pour les soins des enfants orphelins et vulnérables 255
13.3.6 Etat nutritionnel des orphelins 257
a) Poids insuffisant 257
b) Retard de croissance 257
c) Perte de poids 257
13 .4 Comportement sexuel des orphelins 257
Conclusion 258
XIV. Prévalence du VIH et facteurs associés à l'infection 259
14.1 Protocole de test du VIH 260
14.1.1 Algorithme de traitement du sang 260
14.1.2 Taux de couverture selon certaines caractéristiques sociodémographiques 260
14.2 Prévalence du VIH parmi la population générale 263
14.2.1 Prévalence du VIH en fonction du sexe 263
14.2.2 Prévalence du VIH en fonction de l'âge 263
14.2.3 Prévalence du VIH en fonction du milieu de résidence et de la préfecture 264
14.2.4 Prévalence du VIH en fonction de certaines caractéristiques socioculturelles 266
14.2.5 Prévalence du VIH en fonction de certaines caractéristiques socioéconomiques 267
14.2.6 Prévalence du VIH en fonction d'autres caractéristiques sociodémographiques 268
14.3 Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans 269
14.3.1 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques 269
14.3.2 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel des jeunes 270
14.4 Prévalence du VIH parmi les couples 271
14.5 Prévalence du VIH et test du VIH antérieur à l'enquête 272
14.5.1 Le fait de faire un test est-il relié à une suspicion d'infection au VIH? 273
14.5.2 Les séropositifs connaissent-ils mieux leur statut sérologique que les séronégatifs ? 273
14.6 Ampleur du VIH en RCA 274
14.6.1 Prévalence du VIH en RCA comparée à celle d'autres pays africains 274
14.6.2 Effectif de séropositifs 275
Conclusion 276
XV. Caractéristiques des ménages et des logements 277
15.1 Caractéristiques des ménages 277

15.1.1 Taille du ménage 277
15.1.2 Evolution de la taille des ménages de 1995 à 2006 279
15.2 Typologie des ménages 279
15.3 Principales caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménages 281
15.4 Niveau d'instruction du chef de ménage 282
15.5 Caractéristiques des logements 283
15.5.1 Ampleur de la promiscuité des logements 284
15.5.2 Caractéristiques des habitations 285
a) Les matériaux du plancher 285
b) Les matériaux du toit 287
c) Les matériaux du mur 289
15.6 Biens et équipements possédés par les ménages 290
15.6.1 Les équipements durables du ménage 290
15.6.2 Accès des ménages aux moyens de déplacement 292
15.6.3 Possession de terre cultivable, bétail ou d'animaux de ferme 293
Conclusion 295
Annexe 296

RGPH — Recensement Général de la Population et de l'Habitation, 27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau HH.1: Résultats des enquêtes ménage et individuelles : Nombre de ménages, femmes, hommes et enfants de moins de 5 ans selon le résultat et les taux de réponse, RCA, 2006 30
Tableau HH.3: Composition du ménage : Répartition en pourcentage des ménages selon certaines caractéristiques, RCA, 2006 32
Tableau HH.4: Caractéristiques individuelle des femmes : Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ans selon les caractéristiques individuelles, RCA, 2006 33
Tableau HH.5 : Caractéristiques individuelles des enfants de moins de 5 ans : Répartition en pourcentage enfants de moins de 5 ans d'âge selon les caractéristiques individuelles, RCA, 2006..... 34
Tableau CM.1: Mortalité infantile : Quotient (‰) de mortalité infantile et infanto-juvénile selon les caractéristiques démographiques, RCA, 2006 38
Tableau CM.1A : Evolution récente de la mortalité des enfants de moins de cinq ans par préfecture (tableau à vérifier)..... 39
Tableau NU.1 : Malnutrition infantile Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois atteints de malnutrition sévère ou modérée, RCA, 2006..... 44
Tableau NU.2 : Allaitement maternel initial : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des deux années précédant l'enquête et allaité leur bébé dans l'heure qui a suivi l'accouchement ou le jour de l'accouchement, RCA, 2006. 48
Tableau NU.3 : Allaitement maternel : Pourcentage d'enfants vivants suivant l'état d'allaitement maternel à chaque tranche d'âge, Pays, 2006..... 50
Tableau NU.4 : Enfants bien nourris : Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au lait maternel, pourcentage de nourrissons de 6-11 mois nourris au lait maternel ayant consommé des aliments solides/pâteux au moins le nombre de fois minimal recommandé la veille de l'enquête et pourcentage de nourrissons correctement nourris, RCA, 2006. 53
Tableau NU.5 : Consommation de sel iodé : Pourcentage de ménages consommant du sel correctement iodé, RCA, 2006..... 55
Tableau NU.6 : Compléments en vitamine A pour les enfants : Répartition en pourcentage des enfants de 6-59 mois par prise ou non d'une dose élevée de compléments en vitamine A au cours des 6 derniers mois, RCA, 2006..... 58
Tableau NU.7 : Compléments en vitamine A pour les accouchées : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête, réparties par prise ou non d'une dose élevée de compléments en vitamine A avant que le nourrisson n'atteigne 8 semaines, RCA, 2006..... 59
Tableau NU.8a : Enfant de faible poids à la naissance : Pourcentage de naissances vivantes au cours des deux dernières années précédant l'enquête selon l'appréciation du poids à la naissance, RCA, 2006 . 62
Tableau NU.9 Prévalence de l'anémie chez les enfants : Pourcentage d'enfants de 6-59 mois anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, MICS-III RCA 2006 65
Tableau NU.12 : Prévalence de l'anémie chez les enfants selon le niveau d'anémie de la mère : Pourcentage d'enfants de 6-59 mois par niveau d'anémie, selon le niveau d'anémie de la mère, MICS-III RCA 2006 67
Tableau NU.13 : Prévalence de l'anémie chez les hommes : Pourcentage d'hommes de 15-59 ans anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, MICS-III RCA 2006 68
Tableau CH.1: Vaccination durant la première année de vie (Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance à un moment quelconque avant l'enquête et avant le premier anniversaire, RCA, 2006) 71
Tableau CH.2: Couverture vaccinale : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance, RCA 2006 73
Tableau CH.1c : Vaccination durant la première année de vie (suite)Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance à un moment quelconque avant l'enquête et avant le premier anniversaire, RCA, 2006 74
Tableau CH.2c: Vaccination selon les caractéristiques contextuelles : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance, RCA 2006 75
Tableau CH.3: Protection contre le tétanos néonatal : Pourcentage des mères ayant eu une naissance vivante au cours des deux dernières années et protégées contre le tétanos néonatal, RCA, 2006 77
Tableau CH.4: Réhydratation par voie orale : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines et ayant reçu une Solution de Réhydratation Orale (SRO) ou d'autres formes de réhydratation par voie orale , RCA, 2006 78
Tableau CH.5: Prise en charge de la diarrhée à domicile : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines et qui ont reçu plus de liquide et ont continué à être alimenté durant l'épisode, RCA, 2006..... 80
Tableau CH.6: Recherche de soins pour cas de pneumonie suspectée : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui une pneumonie est suspectée dans les 2 dernières semaines et qui ont été amenés à un service de santé, RCA, 2006..... 82

Tableau CH.7: Traitement à l'antibiotique de la pneumonie : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie est suspecté et qui a reçu un traitement à l'antibiotique, RCA, 2006 83
Tableau CH.7A: Connaissance des deux signes de risque de pneumonie : Pourcentage de mères/personnes en charge d'enfants de 0-59 mois selon la connaissance les symptômes pour amener immédiatement un enfant à l'hôpital; et reconnaissant la respiration rapide et difficile comme un signe pour soins immédiats, RCA, 2006 84
Tableau CH.8: Utilisation de combustibles solides : Distribution en pourcentage des ménages selon le type de combustible pour la cuisine, et pourcentage des ménages utilisant un combustible solide pour la cuisine, RCA, 2006 85
Tableau CH.9: Utilisation de combustible solide par type de four ou de feu : Pourcentage de ménages utilisant des combustibles solides pour la cuisine par type de four ou de feu, RCA, 2006 86
Tableau CH.10 : Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire traitée à l'insecticide (MII), RCA, 2006 88
Tableau CH.11: Enfant dormant dans un lit avec moustiquaire : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant dormi la nuit dernière sous une moustiquaire traitée a l'insecticide, RCA, 2006 89
Tableau CH.12: Traitement des enfants avec des médicaments antipaludéens. Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont souffert de la fièvre dans les 2 dernières semaines et qui ont reçu un traitement antipaludéen, RCA, 2006 92
Tableau CH.13: Traitement préventif du paludisme par intermittence : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête et qui ont par intermittence, un traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme pendant la grossesse, RCA, 2006..... 94
Tableau CH.14: Source d'approvisionnement en moustiquaires traités : Distribution en pourcentage des ménages par la source d'approvisionnement endu moustiquaire ; des ménages obtenant gratuitement et coût médian pour ceux qui payent, RCA, 2006 96
Tableau CH.15: Source et coût d'approvisionnement des antipaludéens : Distribution en pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu une fièvre et reçu un antipaludéen par source pourcentage d'enfants ayant obtenu gratuitement l'antipaludéen et cout médian de ceux achetés, RCA, 2006 98
Tableau CH.16: Source et coût d'approvisionnement des antibiotiques. Distribution en pourcentage des enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie a été suspecté durant les 2 dernières semaines précédant l'enquête par source d'antibiotiques pour traiter la pneumonie, pourcentage de ceux obtenant gratuitement et coût médian des antibiotiques achetés, par type et source des antibiotiques, RCA, 2006 100
Tableau CH.17 : Source et coût du sel de réhydratation orale (SRO) : Distribution en pourcentage des enfants de 0-59 mois ayant eu une iarrhée par source de SRO; de ceux ayant obtenu gratuitement le SRO et coût médian du SRO, RCA, 2006 101
Tableau EN.1: Source d'approvisionnement en eau de boisson. Répartition en pourcentage de la population selon la source d'approvisionnement en eau de boisson, pourcentage de la population utilisant une source d'approvisionnement améliorée en eau de boisson, RCA, 2006 106
Tableau EN.2: Traitement domestique de l'eau. Répartition de la population des ménages selon la méthode de traitement de l'eau de boisson utilisée dans le ménage et pourcentage de la population des ménages utilisant une méthode appropriée de traitement de l'eau, RCA, 2006 108
Tableau EN.3: Temps pour aller à la source d'eau et revenir : Répartition en pourcentage des ménages selon le temps mis pour aller à la source chercher de l'eau et revenir, et temps moyen pour aller à la source chercher de l'eau et revenir , RCA, 2006 110
Tableau EN.4: Personne qui se rend habituellement à la source d'approvisionnement pour chercher l'eau à boire. Répartition en pourcentage des ménages selon la personne qui est chargée de collecter l'eau utilisée dans le ménage, RCA, MICS 2006. 111
Tableau EN.5: Utilisation d'installations sanitaires pour évacuer les excréments humains. Répartition en pourcentage de la population des ménages selon le type de toilettes utilisées par le ménage et pourcentage des membres du ménage utilisant un dispositif sain d'évacuation des excréments humains, RCA, 2006. 113
Tableau EN.6: Evacuation des excréments de l'enfant. Répartition en pourcentage d'enfants âgés de 0-2 ans selon le lieu d'évacuation de leurs excréments, et pourcentage d'enfants âgés de 0-2 ans dont les excréments sont évacués de façon saine, RCA, 2006 115
Tableau RH.1: Utilisation de la contraception : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans actuellement mariées ou en union utilisant (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive, RCA, 2006 ... 119
Tableau RH.2: Besoin non satisfait en matière de contraception : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans actuellement mariées ou en union qui ont des besoins non satisfaits de planification familiale et pourcentage de demande de contraception satisfaite, RCA, 2006 122
Tableau RH.3: Prestataires de soins prénatals. Répartition en pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché au cours des deux dernières années selon le type de prestataires de soins prénatals, RCA, 2006 125
Tableau RH.4: Soins prénatals. Pourcentage de femmes enceintes recevant des soins prénatals parmi les femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché pendant les deux dernières précédant l'enquête, et pourcentage de femmes enceintes recevant des soins spécifiques, RCA, 2006 129

Tableau RH.5: Assistance pendant l'accouchement : Répartition en pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant une naissance vivante au cours des deux dernières années précédant l'enquête selon le type de personnel ayant assisté à l'accouchement, RCA 2006 132
Tableau RH.6: Taux de mortalité maternelle : Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie et pourcentage de sœurs décédées 134
Tableau CD.2 : Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois vivant dans un ménage possédant du matériel d'apprentissage 141
Tableau CD.3: Enfants laissés seuls sans surveillance ou avec d'autres enfants : Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois confiés à d'autres enfants de moins de 10 ans ou laissés seuls au cours de la dernière semaine, RCA, 2006 143
Tableau ED.1: Education pré scolaire : Pourcentage d'enfants âgés de 36-59 mois admis en première année du primaire et ayant suivi un enseignement préscolaire, RCA, 2006 147
Tableau ED.2 : Admission à l'école primaire : Pourcentage d'enfants ayant l'âge d'entrée à l'école primaire et admis en 1ère année du primaire (CI), RCA, 2006 148
Tableau ED.3b: Taux brut de scolarisation au primaire : Pourcentage d'enfants d'âge 6-11 ans fréquentant le primaire ou le secondaire, RCA 2006 149
Tableau ED.3: Taux net de scolarisation au primaire : Pourcentage d'enfants d'âge 6-11 ans fréquentant le primaire ou le secondaire, RCA, 2006 151
Tableau ED.4w: Enfants ayant l'âge de fréquenter l'école secondaire qui fréquente l'école primaire : Pourcentage d'enfants ayant l'âge d'aller au secondaire qui fréquentent l'école primaire, RCA, 2006..... 153
Table ED.5: Enfant atteignant la 6ème année : Pourcentage d'enfants en première année du primaire et atteignant la 6ème année, RCA, 2006 154
Tableau ED.6: Achèvement à l'école primaire et transition au secondaire : Taux d'achèvement au primaire et taux de transition au secondaire, RCA, 2006 156
Table ED.4: Taux net de scolarisation au secondaire : Pourcentage d'enfants âgés de 12-18 ans fréquentant le secondaire ou le supérieur, MICS-RCA, 2006 159
Tableau ED.4A : Taux net de scolarisation au secondaire en 2003 et 2006. 160
Tableau ED.7 : Parité entre les sexes en matière d'éducation : Ratio filles/garçons fréquentant le primaire et ratio filles/garçons fréquentant le secondaire, RCA 2006 161
Table ED.8: Taux de non fréquentation scolaire : Pourcentage d'enfants âgés de 12-18 ans n'ayant jamais été scolarisés, RCA, 2006 163
Tableau ED.9: Alphabétisation des adultes : Pourcentage de femmes et des hommes âgés de 15-24 ans alphabétisés, RCA, 2006 165
Tableau CP.1: Répartition (%) des enfants âgés de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée et les raisons de non enregistrement 169
Tableau CP.2: Répartition (%) des enfants âgés de 5-14 ans impliqués dans les activités de travail par type d'activités 171
Tableau CP.3: Répartition (%) des enfants travailleurs élèves et des enfants élèves travailleurs âgés de 5 à 14 ans 173
Tableau CP.2w: Répartition (%) des enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent couramment et ceux impliqués dans les du travail de l'enfant (à éliminer, selon le type de l'activité 175
Tableau CP.4: Répartition (%) des enfants âgés de 2-14 ans selon la méthode d'éducation (approche utilisée pour discipliner) 178
Tableau CP.5: Mariage précoce et polygamie : Pourcentage de femmes de 15-49 ans mariées ou en union avant leur 15ème anniversaire, pourcentage de femmes de 20-49 ans mariées ou en union libre avant leur 18ème anniversaire, pourcentage de femmes âgées de 15-19 ans actuellement mariées ou en union libre, et pourcentage de femmes mariées ou en union ou union polygamique, RCA, 2006 181
Tableau CP.6 Ecart d'âge entre les conjoints : Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ans et 20-24 ans actuellement mariées ou en union selon l'écart d'âge avec leurs conjoints, RCA, 2006 183
Table CP.7: Excision : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant entendu parlé de l'excision Pourcentage de femmes selon les différents type d'excision. Pourcentage de femmes ayant eu une forme externe d'excision (infibulation), Attitude vis à vis de la continuation de la pratique d'excision, RCA, 2008 186
Table CP.8: Excision des filles Pourcentage de femmes de 15-49 ans vivant avec au moins une de ses filles excisée et distribution des types d'excision des filles, RCA, 2006 188
Tableau CP.10: Handicap des enfant 191
Tableau VD..1 : Violence physique : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont déclaré avoir subi une violence physique, perpétrée soit par le mari, soit par quelqu'un d'autre depuis l'âge de 15 ans et pourcentage de celles qui ont subi une violence physique au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques des femmes, MICS-3 RCA, 2006 198
Tableau VD.2 : Violence pendant la grossesse : Parmi les femmes qui ont eu une naissance vivante, pourcentage de celles qui ont déclaré avoir subi des violences physiques pendant qu'elles étaient enceintes et leur répartition selon l'auteur des violences et selon certaines des caractéristiques des femmes, MICS-3 RCA, 2006 201

Tableau VD.3: Contrôle exercé par le mari/partenaire : Pourcentage de femmes actuellement en union, séparé ou divorcé selon le contrôle exercé par l'actuel ou le précédent mari/partenaire et selon certaines caractéristiques des femmes, MICS-3 RCA, 2006 203
Tableau VD.4 : Violence conjugale : Pourcentage de femmes actuellement mariées, divorcées ou séparées qui ont déjà subi des violences physiques, émotionnelles ou sexuelles exercées par leur mari/partenaire actuel ou précédent, selon certaines de leurs caractéristiques, MICS-3 RCA, 2006 206
Tableau VD.5 : Violence conjugale récente : Pourcentage de femmes actuellement mariées, divorcées ou séparées qui ont subi au cours des 12 derniers mois des violences physiques, émotionnelles ou sexuelles exercées par leur mari/partenaire actuel ou précédent, selon certaines de leurs caractéristiques, MICS-3 RCA, 2006 208
Tableau VD.6 : Conséquences de la violence conjugale : Pourcentage de femmes actuellement en union, divorcées, séparées ou veuves qui ont déclaré avoir subi divers types de conséquences dues à quelque chose que leur avait fait leur mari/partenaire selon le type de violence déclaré, MICS-III RCA, 2006 210
Tableau VD.7 : Violence conjugale, statut de la femme et caractéristiques des conjoints : Pourcentage de femmes actuellement en union, divorcées ou séparées qui ont déclaré avoir subi divers types de violence conjugale au cours de l'année précédente et pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir exercé de la violence physique contre leur mari/partenaire selon certaines caractéristiques des conjoints et selon certaines caractéristiques relatives au statut de la femme, MICS-III RCA, 2006 211
Tableau VD.8 : Violence conjugale exercée par les femmes : Pourcentage de femmes actuellement en union, divorcées ou séparées qui ont déclaré avoir exercé une violence physique contre leur mari/partenaire selon certaines caractéristiques des conjoints et selon certaines caractéristiques relatives au statut de la femme, MICS-III RCA, 2006 213
Tableau VD.9 : Violence entre conjoints : Pourcentage de femmes actuellement en union, divorcées ou séparées qui ont déclaré avoir exercé une violence physique contre leur mari/partenaire selon le type de violence qu'elles ont-elles même subie, MICS-III RCA, 2006 214
Tableau VD.10 : Recherche d'aide : Parmi les femmes qui ont déclaré avoir subi des violences physiques ou sexuelles depuis l'âge de 15 ans, pourcentage de celles qui ont essayé d'obtenir de l'aide, et répartition (en%) de celles qui ont essayé d'obtenir de l'aide par le type de personne auprès de qui l'aide a été sollicitée, selon l'auteur de la violence et selon la fréquence de la violence dans les 12 derniers mois, MICS-III RCA, 2006 215
Tableau VD.11. Violence contre la mère et violence de la femme : Pourcentage de femmes ayant subi des violences physique depuis l'âge de 15 ans et des violences conjugales et ayant perpétré des violences selon qu'elles ont déclaré que leur père battait leur mère ou non, MICS-III RCA, 2006 216
Tableau VD.13 : Attitudes des hommes vis-à-vis de la violence conjugale : Pourcentage d'hommes âgés de 15-59 ans qui trouvent légitimes certains actes de violence à l'égard de la femme/partenaire selon certaines de leurs caractéristiques, MICS-III RCA, 2006 217
Tableau HA.1A: Connaissance de la prévention de la transmission du VIH : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant entendu parlé du SIDA Pourcentage de femmes de 15-49 ans connaissant les trois principaux modes de prévention de la transmission du VIH, RCA, 2006 221
Tableau HA.1B: Connaissance de la prévention de la transmission du VIH : Pourcentage d'hommes de 15-49 ans ayant entendu parlé du SIDA Pourcentage d'hommes de 15-49 ans connaissant les trois principaux modes de prévention de la transmission du VIH, RCA, 2006 222
Tableau HA.2: Identification des idées erronées sur le HIV/SIDA chez les femmes de 15-49 ans : Pourcentage de femmes de 15-49 ans identifiant correctement les idées erronées sur le VIH/SIDA, RCA, 2006 224
Tableau HA.2B: Identification des idées erronées sur le HIV/SIDA chez les hommes de 15-59 ans : Pourcentage d'hommes de 15-59 ans identifiant correctement les idées erronées sur le VIH/SIDA, RCA, 2006 226
Tableau HA.3: Connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant une connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA, RCA, 2006 228
Tableau HA.3A: Connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA : Pourcentage d'hommes de 15-59 ans ayant une connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA, RCA, 2006 229
Tableau HA.4: Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant correctement identifiées les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant, RCA, 2006 231
Tableau HA.4A: Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant : Pourcentage d'hommes de 15-59 ans ayant correctement identifiées les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant, RCA, 2006 232
Tableau HA.5: Attitude vis à vis des personnes vivants avec le VIH/SIDA chez les femmes de 15-49 ans : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant entendu parlé du SIDA et exprimant une attitude discriminatoire vis à vis des personnes vivants avec le VIH/SIDA, RCA, 2006 234

Tableau HA.5A: Attitude vis à vis des personnes vivants avec le VIH/SIDA chez les hommes de 15-49 ans : Pourcentage d'hommes de 15-59 ans ayant entendu parlé du SIDA et exprimant une attitude discriminatoire vis à vis des personnes vivants avec le VIH/SIDA, RCA, 2006 235
Tableau HA.6: Connaissances des facilités pour effectuer le test du VIH : Pourcentage de femmes de 15-49 ans connaissant un endroit pour effectuer le test du VIH, Pourcentage de femmes ayant effectué le test et, pour celles-ci, Pourcentage de celles ayant obtenu les résultats, RCA, 2006 237
Tableau HA.6: Connaissances des facilités pour effectuer le test du VIH : Pourcentage d'hommes de 15-59 ans connaissant un endroit pour effectuer le test du VIH, Pourcentage d'hommes ayant effectué le test et, pour ceux-ci, Pourcentage de ceux ayant obtenu les résultats, RCA, 2006 238
Tableau HA.7: Test du VIH et conseils reçus pendant les visites prénatales : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant une naissance vivante au cours des deux dernières années précédant l'enquête et ayant effectué le test du VIH et reçu des conseils lors des visites prénatales, RCA, 2006 240
Tableau HA.8A: Comportement sexuel augmentant le risque d'infection au VIH Pourcentage de jeunes femmes de 15-19 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans, Pourcentage de jeunes femmes de 20-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant 18 ans, et Pourcentage de jeunes femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un homme âgé de 10 ans ou plus qu'elle, RCA, 2006 . 242
Tableau HA.8B: Comportement sexuel augmentant le risque d'infection au VIH : Pourcentage de jeunes hommes de 15-19 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans, pourcentage de jeunes hommes de 20-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant 18 ans, et pourcentage de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un homme âgé de 10 ans ou plus qu'elle, RCA, 2006 . 243
Tableau HA.9A: Utilisation du 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 condom lors des derniers rapports sexuels à haut risque, RCA, 2006 245
Tableau HA.9B: Utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque Pourcentage de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels à haut risque au cours de l'année écoulée et ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à haut risque, RCA, 2006 247
Tableau HA.10: Enfants, résidence avec les parents et orphelinage : Distribution en pourcentage d'enfants âgés de 0-17 ans par résidence avec les parents, pourcentage d'enfants âgés de 0-17 ans dans le ménage ne vivant pas avec un parent biologique et pourcentage d'enfants orphelins, RCA, 2006 250
Tableau HA.11: Prévalence de l'orphelinage et de la vulnérabilité chez les enfants : Pourcentage d'enfants âgés de 0-17 ans orphelins ou vulnérables, RCA, 2006 252
Tableau HA.12: Fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables. Fréquentation scolaire des enfants âgés de 10-14 ans selon le statut dans l'orphelinage et la vulnérabilité, RCA, 2006 254
Tableau HA.13: Support pour enfants orphelins ou vulnérables. Pourcentage d'enfants âgés de 0-17 ans orphelins ou vulnérables dont le ménage a reçu du support externe gratuitement pour prendre soin de l'enfant, RCA, 2006 256
Tableau HA.14: Malnutrition chez les enfants orphelins ou vulnérables. Pourcentage d'enfants âgés de 0-4 ans modérément ou sévèrement poids insuffisant, retard de croissance ou perte de poids selon le statut dans l'orphelinage et la vulnérabilité, RCA, 2006 257
Tableau HA.15: Comportement sexuel chez les jeunes femmes selon le statut dans l'orphelinage et la vulnérabilité. : Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15-17 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans selon le statut dans la vulnérabilité et selon le statut dans la survivance des parents, RCA, 2006 258
Tableau VI.01 : Couverture du test du VIH pour les femmes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques : Répartition (en%) des femmes éligibles pour le test du VIH selon qu'elles ont été testées ou non, selon certaines caractéristiques sociodémographiques (données non-pondérées), MICS-III RCA 2006 261
Tableau VI.02 : Couverture du test du VIH pour les hommes de 15-59 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques : Répartition (en%) des hommes éligibles pour le test du VIH selon qu'elles ont été testés ou non, selon certaines caractéristiques-sociodémographiques (non-pondéré), MICS-III RCA 2006 262
Tableau VI.03 : Prévalence du VIH selon le milieu de résidence et la préfecture : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon le milieu de résidence et la préfecture, MICS 2006, RCA 266
Tableau VI.04 : Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socioculturelles : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques socioculturelles, MICS 2006, RCA 267
Tableau VI.05 : Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socioéconomiques : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques socioéconomiques, MICS 2006, RCA 268
Tableau VI.06 : Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques sociodémographiques, MICS 2006, RCA 268

Tableau VI.07 : Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques : Pourcentage de jeunes de 15-24 ans séropositifs selon certaines caractéristiques sociodémographiques, MICS 2006, RCA 269
Tableau VI.08 : Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans selon certaines caractéristiques du comportement sexuel : Pourcentage de jeunes de 15-24 ans séropositifs selon certaines caractéristiques du comportement sexuel, MICS 2006, RCA 270
Tableau VI.09 : Prévalence du VIH parmi les couples : Répartition (en%) des couples cohabitants dont les deux conjoints ont été testés selon leur statut sérologique et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, MICS 2006, RCA 272
Tableau VI.10 : Prévalence du VIH selon le test du VIH antérieur à l'enquête : Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans selon qu'ils ont effectué un test de VIH ou non et qu'ils connaissent le résultat du dernier test ou non, MICS 2006, RCA 273
Tableau VI.11 : Test du VIH antérieur à l'enquête et prévalence du VIH : Répartition (en%) des hommes de 15-49 ans par statut sérologique selon qu'ils ont déjà ou non effectué un test du VIH, MICS 2006, RCA 273
Tableau VI.12 : Effectifs de séropositifs par sexe et préfecture : Effectifs estimés de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon la préfecture, MICS 2006 et RGPH03, RCA 275
Tableau L0.01A: Répartition des ménages selon le nombre de personnes dans le ménage, RCA, MICS 3 278
Tableau L0.01B: Pourcentage des ménages selon l'effectif des membres et la taille moyenne des ménages, EDS 94 – 95MICS 2, RGPH 2003 et MICS 3. 279
Tableau L0.02: Répartition des ménages selon le type de ménage nucléaire, semi nucléaire et élargi et type de ménage selon certaines caractéristiques du Chef de ménage, RCA, MICS 3 281
Tableau L0.03A: Répartition des ménages selon le sexe du chef de ménage, RCA, MICS 3 282
Tableau L0.03B: Répartition des ménages selon le niveau d'instruction du chef de ménage, RCA, MICS 3..... 283
Tableau L0.04: Répartition des ménages selon le nombre de pièces et le nombre moyen de personnes par pièce dans le logement, RCA, MICS 3 285
Tableau L0.05A: Répartition des logements selon le type de matériaux utilisés pour le plancher, RCA, MICS 3 287
Tableau L0.05B: Répartition des logements selon le type de matériaux utilisés pour le toit, RCA, MICS 3 288
Tableau L0.05C: Répartition des logements selon le type de matériaux utilisés pour le mur, RCA, MICS 3 290
Tableau L0.06: Répartition des ménages selon le type d'équipements durables possédés, RCA, MICS 3 291
Tableau L0.07: Répartition des ménages par moyen de déplacement, RCA, MICS 3 293
Tableau L0.08: Répartition des ménages selon la possession de terre cultivable, bétail ou animaux de ferme RCA MICS 3 294

LISTE DES FIGURES

Figure HH.1 : Pyramide des âges de la population 31
Figure CM.1A : Quotient (‰) de mortalité infantile selon la préfecture (tableau à modifier) 36
Figure CM1.B: Quotient (‰) de mortalité infanto-juvénile selon la préfecture(figure à reprendre) 37
Figure CM.2: Evolution du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans 39
Figure NU.1: Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans, RCA, 2006 42
Figure NU.2 : Evolution de la prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans de 1995 à 2006 en RCA 45
Figure NU.2A : Pourcentage des mères ayant commencé l'allaitement en moins d'une heure ou moins d'une journée après l'accouchement par milieu de résidence 46
Figure NU.2B : Pourcentage des mères ayant commencé l'allaitement en moins dune heure ou moins d'une journée selon le niveau d'instruction 47
Figure NU.4 : Taux de consommation du sel iodé par quantile du bien-être économique, RCA, MICS 2006 54
Figure NU.5: Evolution du taux (%) de consommation du sel iodé par les ménages en RCA, MICS 2006 55
Figure NU.5 : Pourcentage d'enfants avec un faible poids à la naissance par préfecture 61
Figure NU.6: Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans 64
Figure NU.6: Prévalence de l'anémie chez les femmes de 15-49 ans 66
Figure NU.7 : Pourcentage des enfants de 12 à 23 mois ayant reçu leurs vaccins avant leur 1er anniversaire, MICS3 71
Figure CH 1A : Comparaison des taux de couverture vaccinale chez les enfants de moins d'un an de MICS3 et du PEV de routin en fin 2006 71
Figure CH.1G : Evolution des taux de couverture vaccinale chez les enfants de 12 à 23 mois de 1994/95 à 2006 74
Figure EN.2 : Temps mis pour l'approvisionnement en eau 109
Figure EN3 : Tendances de disponibilité en installations sanitaires en RCA de 1996 à 2006 114
Figure RH.1 : Prévalence contraceptive selon le type de méthodes utilisées 118
Figure RH.2 : Taux d'utilisation des méthodes contraception de1995 à 2006. 120
Figure RH.3: Assistance à l'accouchement par un personnel qualifié 124
Figure RH.4: Couverture en soins prénatals par un personnel qualifié de 1995 à 2006 126
Figure RH.5: Assistance pendant l'accouchement selon le type de personnel 130
Figure RH.6: Proportion de décès maternel selon le groupe d'âges. 134
Figure CD.1 : Proportion des enfants bénéficiant de l'encadrement d'un adulte dans les activités d'apprentissage 137
Figure ED.1: Taux net de scolarisation au primaire par âge. 150
Figure ED.2 : Proportion des enfants âgés de 12 ans ou plus fréquentant le primaire 152
Figure ED.3 : Taux de scolarisation au secondaire selon l'âge des enfants. 158
Figure ED.4: Pourcentage des enfants n'ayant jamais été scolarisés. 162
Graphique CP.1 : Répartition des enquêtés par raison de non enregistrement des naissances 168
Figure VD.1 : Pourcentage de femmes victimes de violence physique depuis l'âge de 15 ans citant des personnes spécifiques comme étant les auteurs de leurs agressions physique 200
Figure VD.3 : Pourcentage de femmes en union, séparées ou divorcées ayant subi divers actes de violence conjugale 207
Figure VD.4 : Répartition des femmes en union, séparées ou divorcées victimes de violence conjugale selon la durée entre le premier épisode de violence et le début de l'union/mariage 209
Figure VD.5: Raisons avancées par les femmes qui ont déclaré avoir subi une violence physique ou sexuelle et qui n'ont pas recherché de l'aide pour expliquer la non recherche d'assistance 215
Figure HA.1 : Connaissance complète de la transmission du VIH 227
Figure HA.10 : Evolution du pourcentage des enfants de moins de 17 ans ne vivant pas avec leurs parents biologiques en RCA et selon le milieu de résidence 249
Figure HA.11 : Evolution des orphelins de moins de 17 ans ayant perdu l'un ou les deux parents en 2000 et 2006 253
Figure VI.1 : Prévalence du VIH par sexe 263
Figure VI.2 : Prévalence du VIH parmi les femmes et les hommes de 15 à 49 ans selon le groupe d'âge 264
Figure VI.3 : Prévalence du VIH par milieu de résidence 264
Figure VI.4 : Prévalence du VIH par groupe d'âge chez les femmes dans certains pays africains 274
Figure VI.5 : Prévalence du VIH par groupe d'âge chez les hommes dans certains pays africains 275
Figure LO.1 : Situation des ménages nucléaires 280
Figure LO.2 : Principaux matériaux du plancher 286

TABLEAU RECAPITULATIF DES INDICATEURS DE LA MICS 3 ET DES OMD, RCA, 2006

RUBRIQUE	NUMÉRO INDICATEUR MICS 3	NUMÉRO INDICATEUR OMD	INDICATEUR	VALEUR	UNITÉ
Mortalité infantile	1	13	Taux de mortalité infanto-juvénile (OMD)	176	pour 1000 naissances vivantes
	2	14	Taux de mortalité infantile	106	pour 1000 naissances vivantes
Etat Nutritionnel	6		Prévalence de l'insuffisance pondérale sévère	8,1	pour 100
	7		Prévalence de retard de croissance sévère	18,7	pour 100
	8		Prévalence de la déperdition ou émaciation sévère	2,3	pour 100
	15		Taux d'allaitement exclusif (0-5 mois)	23,4	pour 100
	16		Taux d'allaitement continu 12-15 mois	85,9	pour 100
	16		Taux d'allaitement continu 20-23 mois	47,1	pour 100
	17		Taux d'alimentation complémentaire commencé à temps	55,2	pour 100
Santé de l'enfant	24	29	Combustibles solides	99,1	pour 100
	25		Taux de couverture vaccinale contre la tuberculose	73,8	pour 100
	26		Taux de couverture vaccinale contre la poliomyélite (Polio)	46,9	pour 100
	27		Taux de couverture vaccinale contre la DTC	54,2	pour 100
	28	15	Taux de couverture vaccinale contre la rougeole	62,0	pour 100
	30		Taux de couverture vaccinale contre la fièvre jaune	35,3	
	31		Enfants complètement vaccinés	32,0	pour 100
	22		Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	39,4	pour 100
	37	22	Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MII	15.1	pour 100
	38		Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire	33,1	pour 100
	39	22	Traitement antipaludéen (moins de 5 ans)	41,6	pour 100
Environnement	11	30	Taux d'accès aux sources d'eau potable améliorées	64,0	pour 100
	12	31	Utilisation d'installations sanitaires améliorées	52,5	pour 100
Santé de la reproduction	21	19c	Prévalence des contraceptifs (moderne et traditionnelle)	19,0	pour 100
			Prévalence des méthodes contraceptives modernes	8,6	Pour 100
			Prévalence des méthodes contraceptives traditionnelles	10,5	Pour 100
	4	17	Assistance à l'accouchement par un personnel qualifié	53,4	pour 100
	5		Accouchements dans un centre de santé	51,0	pour 100

RUBRIQUE	NUMÉRO INDICATEUR MICS 3	NUMÉRO INDICATEUR OMD	INDICATEUR	VALEUR	UNITÉ
Éducation	55	6	Taux net de fréquentation du cycle primaire	51,4	pour 100
	61	9	Indice de parité des sexes au niveau primaire	0,84	
Protection de l'enfant	62		Enregistrement des naissances	49,2	pour 100
	67		Mariage avant 15 ans	20,4	pour 100
			Mariage avant 18 ans	56,8	Pour 100
	68		Jeunes femmes de 15-19 ans mariées/en union libre	56,8	pour 100
	70		Polygamie	26,5	pour 100
Violence domestique			Pourcentage de femmes victimes de violence physique	17,5	Pour 100
			Pourcentage de femmes victimes de violence émotionnelle	81,5	Pour 100
			Pourcentage de femmes victimes de violence sexuelle	11,5	Pour 100
VIH/SIDA, comportement sexuel, orphelins et enfants vulnérables	77	20	Fréquentation scolaire comparative orphelins/non orphelins	0,89	
	82	19b	Connaissances générales sur la prévention du VIH	16,8	pour 100
	83	19a	Utilisation de préservatifs des jeunes avec les partenaires occasionnels	40,6	pour 100
	85		Rapport sexuel à haut risque au cours de l'année écoulée	23,9	pour 100
			Prévalence du VIH/SIDA	6,3	Pour 100

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS3

SIGLES ET ABREVIATIONS

AD	Aire de Dénombrement
BCG	Bacille Calmette Guérin
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CDC	Center for Desease Control and Prevention (Centres de Contrôles et Prévention des
CDE	Convention relative aux Droits des Enfants
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CMLS	Comité Militaire de Lutte contre le SIDA
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CPN	Consultations Prénatales
CSPro	Census Survey Processing
DO	Densité optique
DSRP	Document des Stratégies de Réduction de la Pauvreté
DTC	Diphtérie Tétanos Coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FOSA	Formation Sanitaire
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GFTAM	Global Funds of Tuberculosis, Aids and Maria
IB	Initiative de Bamako
ICASEES	Institut Centrafricain des Statistiques, des Etudes Economiques et Sociales
IEC	Information, Education et Communication
IPB	Institut Pasteur Bangui
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JNSE	Journées Nationales de Survie de l'Enfant
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MICS	Multiples Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à Indicateurs Multiples)
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
NA	Non Applicable
NCHS	National Center for Health Statistics
ND	Non Déclaré
OEV	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSID	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCSLS	Plan Cadre Stratégique de Lutte contre le SIDA
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
Polio	Poliomyélite
RA	Région Administrative
RCA	République Centrafricaine
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RGPH 03	Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SME	Sommet Mondiale pour les Enfants
SPSS	Statistical Package for Social Science
SSP	Soins de Santé Primaires
ST/CNLS	Secrétariat Technique du Comité National de Lutte contre le SIDA
TPI	Traitement Présomptif Intermittent

UCM	Unité de Cession du Médicament
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNGASS	Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies
VAT	Vaccin Anti-Tétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPO	Vaccin Polio Orale
WHO	World Health Organization (Organisation Mondiale de Santé)

AVANT PROPOS

Lors du sommet mondial pour le Millénaire qui a réuni plusieurs Chefs d'Etat et de Gouvernement à New York en Septembre 2000, la République Centrafricaine (RCA) a souscrit aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui visent une nette amélioration du bien être des populations et particulièrement des enfants et des femmes à l'horizon 2015 dans tous les domaines fondamentaux de la vie humaine. La République Centrafricaine s'est engagée à construire «un monde digne pour les enfants» dans le cadre des 10 engagements mondiaux issus de la Session Spéciale des Nations Unies consacrée aux enfants, tenue à New York en Mai 2002.

L'enquête MICS3, la troisième série des Enquêtes à Indicateurs Multiples après celles réalisées en 1996 et 2000, est une opération d'envergure nationale qui vise à disposer d'information sur la survie des enfants et des femmes, la situation nutritionnelle des enfants, l'éducation de base, la protection des enfants et des femmes, la connaissance de VIH/SIDA, l'ampleur des violences domestiques, la fistule et la prévalence du VIH/SIDA et l'anémie.

L'aboutissement de cette importante opération d'envergure nationale est le fruit de la mobilisation des cadres de l'Institut Centrafricain des Statistiques, des Etudes Economiques et Sociales (ICASEES). Je tiens à les encourager et à les féliciter pour ce travail dont les résultats vont d'ores et déjà servir à l'élaboration et à la mise en œuvre des Stratégies de Réduction de la Pauvreté, de la lutte contre le VIH/SIDA et des programmes sectoriels.

Au nom du gouvernement, je tiens à remercier les partenaires au développement qui ont apporté leurs soutiens technique, matériel et financier à la réalisation de cette opération. Ces remerciements vont plus particulièrement à l'endroit du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), du Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), de l'Union Européenne et du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), ainsi que la population pour sa participation à l'opération.

J'exhorte tous les partenaires et les institutions œuvrant en République Centrafricaine à utiliser les résultats de cette enquête pour l'identification des besoins prioritaires de développement et les stratégies conséquentes à mettre en œuvre en vue de l'amélioration des conditions de vie de la population centrafricaine.

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE, DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE

Sylvain MALIKO

SYNTHESE DU RAPPORT

L'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (*Multiples Indicators Clusters Survey,* MICS 2006) a été dans le but de mettre à disposition des indicateurs devant permettre de faire le suivi des recommandations auxquelles la République Centrafricain a souscrit lors des conférences et fora internationaux notamment des Sommets Mondiaux pour l'Enfance (SME, 1990 et 2000), des Objectifs du Millénaire pour le Développement ainsi que des plans et programmes nationaux de développement consignés dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Les volets abordés par l'enquête MICS 2006, ont porté sur l'évaluation de l'Etat nutritionnel des enfants, l'accès à l'éducation de base, la Promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, l'estimation des niveaux de mortalité infanto-juvénile et la mortalité maternelle, la santé génésique des femmes, l'estimation des taux de prévalence du VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies de l'enfance et la protection de l'environnement.

Niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Comparativement à la période antérieure à 1995 ou on a observé une baisse considérable du niveau de mortalité des enfants passant de 261‰ en 1975 à 157‰ en 1995 pour la mortalité infanto-juvénile et 185‰ en 1975 à 97‰ en 1995 pour la mortalité infantile, les analyses ont révélé une augmentation des risques de décès des enfants de moins de cinq ans. Les données actuelles de l'enquête MICS 2006 indiquent une inversion de la tendance vers la baisse. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont estimés respectivement à 106‰ et 176‰.

Etat nutrition des enfants de moins de cinq ans

Sur le plan nutritionnel, on constate une détérioration des indices nutritionnels. On note en 2006 une augmentation du taux d'insuffisance pondérale modérée de 23,2% en 1995, et 24,2% en 2000 à 28,3% en 2006. S'agissant de l'allaitement au sein dès les premières heures qui suivent la naissance, à peine 39,1% des femmes ont commencé à allaiter leur bébé durant l'heure qui a suivi l'accouchement et 76,2% d'entre elles ont commencé l'allaitement 24 heures après l'accouchement. La couverture de la supplémentation en vitamine A quant à elle est en amélioration en 2006 passant de 9,5% en 2000 à 60,2%.

Santé de l'enfant

Les résultats de l'enquête MICS3, en ce qui concerne la couverture en antigène, montrent que 17% seulement des enfants ont reçu tous leurs vaccins avant leur premier anniversaire. Quant aux principales maladies de l'enfance, les données indiquent que 19% des enfants ont souffert de maladies diarrhéiques au cours des deux semaines précédant l'enquête, 7% des enfants de moins de 5 ans ont souffert de pneumonie présumée et 22% d'entre eux ont fait la fièvre sur la même période.

Environnement

Des progrès importants ont été enregistrés par le pays en matière d'accès de la population à l'eau potable. En effet, le taux d'accès à l'eau potable est de 52,1% en 2006 contre 25,6% en 2000 et 26,6% en 1996).

Malgré ce progrès, la couverture du pays en eau potable (52,1%) et en eau salubre (64%) demeure insuffisante. Malheureusement, seulement 3,8% des ménages utilisent une méthode appropriée de traitement pour toute source d'eau au niveau national.

Par ailleurs, la proportion des populations qui utilisent une installation sanitaire pour évacuer les excréments humains reste insuffisante en dépit des progrès enregistrés (52,5% en 2006 contre 25,6% en 2000).

Santé de la reproduction

Bien que le taux de mortalité maternelle est passée de 898 décès maternels pour cent mille naissances vivantes en 1995 (EDS 1994/1995) à 596 décès maternels pour 100000 naissances vivantes en 2006, son niveau reste encore élevé et les facteurs de risques y associés demeurent également importants. En effet, seulement 19% pratiquent une méthode quelconque de contraception et presque une femme sur 10 (8,6%) utilise la contraception moderne et près de sept femmes enceintes sur 10 reçoivent des soins prénatals auprès d'un personnel qualifié ; seulement 5 femmes sur 10 (53,4%) sont assistées à l'accouchement par un personnel qualifié et seulement la moitié des femmes accouche dans une formation sanitaire. Les disparités sont criardes n défaveur des femmes qui vivent dans les zones rurales non seulement en matière de soins prénatals (56% contre 90%), mais en termes d'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié (35% contre 90%) et d'accouchement dans une formation sanitaire (36% contre 83%).

Développement de l'enfant

Les résultats de l'enquête MICS-3 indiquent que la proportion des membres du ménage qui participent aux activités d'apprentissage de l'enfant représente 53% au niveau national. L'utilisation des livres pour enfant est très limitée dans les zones rurales (3%) par rapport aux zones urbaines (12%).

Education

A peine 13,1% des enfants âgés de 6 ans ont effectivement été scolarisés à temps. Au niveau primaire, 51,4% des enfants âgés de 6 à 11 ans ont la chance de fréquenter ce niveau d'étude. L'enseignement primaire est marqué par un taux de redoublement très élevé. On y observe 39,4% des enfants âgés de plus de 12 ans qui devrait normalement fréquenter le secondaire, continuent de fréquenter ce niveau d'étude. La survie scolaire qui donne une estimation du nombre d'enfants pouvant atteindre la dernière classe du primaire (CM2) est estimée à 44,4%. En outre, le taux d'achèvement net au primaire pour les enfants de 11 ans est estimé 6,7%. On a observé pendant cette période un taux de transition au secondaire de 23,1% ; ce qui atteste que l'accès à ce cycle est faible. Les estimations par cycle donnent un taux de scolarisation de 10,2% (12% pour les garçons contre 8,7% pour les filles). On note par ailleurs que près d'un tiers des enfants âgés de 6 à 18 ans (dont 36,8% des filles contre 24,3% des garçons) ne sont jamais scolarisés. Selon l'indice de parité des sexes (IPS), respectivement 84 filles au primaire et 73 et au secondaire contre 100 garçons ont eu la chance de fréquenter ces niveaux d'étude.

Protection de l'enfant

Les résultats montrent que dans de nombreux domaines, les enfants ne sont pas suffisamment protégés. On note que l'éducation de l'enfant est en encore entachée de beaucoup de violences. La nuptialité demeure encore précoce en RCA exposant les jeunes filles à des risques complications sanitaires très importantes..

Plus d'une femme sur quatre est en union polygamique. Cette situation ne varie presque pas selon le milieu de résidence ou le niveau d'instruction. Les femmes en RCA sont moins âgées que leurs conjoints. Au niveau national, plus d'un tiers des femmes (36,8%) ont un écart avec leur conjoint supérieur à 10 ans. Cette situation entraîne au sein du couple un rapport inégalitaire entre l'homme et la femme.

La pratique de l'excision a partout baissé au cours des dernières décennies : le taux est passé de 43,4% en 1994/95 (EDS-RCA), 35,9% en 2000 à 27,7% en 2006. Malgré l'interdiction de la loi, certaines ethnies continuent de perpétuer cette pratique.

Violence domestique

Plus d'un tiers des femmes ont déclaré avoir été victimes de violence physique depuis l'âge de 15 ans et trois femmes sur dix continuent de l'être. Elle serait plus répandue parmi les couches les plus modernes, émancipées et aisées.

La violence physique subie par les femmes depuis l'âge de 15 ans est essentiellement perpétrée par le mari/partenaire/petit ami. Deux femmes sur trois le mettent en cause.

Des comportements de violence durant la grossesse sont très fréquents, et impliqueraient d'autres personnes que le conjoint.

Mais la forme de violence dont souffrent le plus les femmes est la violence conjugale, qu'elle soit physique, sexuelle ou émotionnelle.

Les hommes interrogés sur leurs attitudes face à la violence sont nombreux à la légitimer. La moitié d'entre eux par exemple la trouve justifiée, si la femme néglige les enfants et les deux cinquièmes si elle argumente avec son conjoint.

VIH/SIDA Comportement sexuel

Malgré l'ampleur de la pandémie dans le pays, deux femmes sur dix et un homme sur dix n'ont pas encore entendu parler du sida. Les fausses croyances sont telles que 44% des femmes et 33% des hommes continuent de croire le partage de nourriture avec une personne infectée ou les piqûres des moustiques peuvent transmettre le VIH/SIDA. Seuls 17% des femmes et 15% des hommes ont effectivement fait un dépistage et connaissent leur statut sérologique.

Prévalence du VIH et facteurs associés

Le taux de prévalence estimé à 6,2% confirme que la RCA fait partie des pays à épidémie généralisée. La prévalence est deux fois plus élevée en milieu urbain ( ) et surtout chez les femmes (8,6%).

Caractéristiques des ménages et des logements

Plus de six ménages sur dix sont de type nucléaire. On constate en outre que la taille des ménages est passée de 6,6 personnes en 2000 (MICS2) à 4,6 personnes en 2006 (MICS3) ; le taux de promiscuité est estimé en moyenne à 2 personnes par pièce.

Par rapport aux autres caractéristiques des chefs de ménage, 80% des ménages sont dirigés par des hommes. La majorité des ménages habitent dans des logements précaires dont les planchers sont en terre battue (86%) ; les toits en pailles (69,1%) et le mur en briques de terre (88,2%).

I. Contexte et objectifs

Le Gouvernement de la République Centrafricaine a commandité en 2006, la troisième Enquête à Indicateurs Multiples (MICS), réalisée par l'Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales (ICASEES). L'exécution de cette opération répond au souci des autorités d'utiliser les résultats pour le suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre des politiques, programmes et projets de développement vers l'atteinte des objectifs et cibles définis par les engagements internationaux, notamment :

- la Déclaration du Millénaire pour le Développement, adoptée en septembre 2000 à l'unanimité par les 191 États membres de l'ONU ;
- 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 font suite à l'évaluation, par la communauté internationale, des objectifs du Sommet mondial de l'enfance de 1990. Afin de suivre les progrès enregistrés dans la mise en œuvre par les Etats, tous les pays ayant ratifié la convention relative aux droits de l'enfant devraient réaliser des enquêtes à Indicateurs Multiples (*Multiple Indicator Cluster Surveys MICS*). La réalisation de cette enquête a bénéficié de l'appui technique, financier et matériel du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS), de l'Union Européenne, du PNUD, de l'UNFPA, de l'OMS, de l'ONUSIDA ainsi que de celui de l'UNICEF qui a particulièrement reçu mandat d'accompagner le pays dans ce processus, en apportant son appui multiforme (voir Encadré 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, la déclaration 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 ».

En souscrivant à ces engagements internationaux, la République Centrafricaine a décidé d'orienter sa politique dans les domaines visant l'amélioration des conditions de vie de la

population en général et plus particulièrement celles du couple mère-enfant et à en assurer le suivi. Par ailleurs, conscient de l'ampleur du VIH/SIDA et son impact sur le développement, un volet spécifique à la sérologie du VIH et à l'anémie a été pris en compte dans l'enquête.

1.2 Efforts consentis au niveau national

L'évaluation des progrès accomplis par la RCA vers l'atteinte des OMD et des Objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants de la décennie 1990-2000 avait révélé que des acquis importants avaient été obtenus en matière de disponibilité de services sociaux de base avec le concours de la communauté internationale. Cependant, les crises politico-militaires récurrentes de 1996 à 2003, la généralisation de la pauvreté monétaire des ménages et la séroprévalence du VIH/SIDA en augmentation, ont entraîné une nette détérioration des conditions de vie de la population. Cette situation très préoccupante du bien être social de la population et en particulier des enfants et des femmes a été révélée par les résultats de l'enquête MICS 2000, ainsi que les données d'autres études ou évaluations diverses. Afin de relever les défis liés aux OMD, le gouvernement centrafricain, avec l'appui des partenaires (Union Européenne, PNUD, France, Japon, Etats-Unis, Allemagne, etc.), a élaboré une déclaration préliminaire de lutte contre la pauvreté en l'an 2001, adoptée par la Banque Mondiale, et mis au point des plans et programmes sectoriels de développement en matière de santé, d'éducation, de VIH/SIDA, etc.

Ce rapport final présente les résultats des indicateurs[1] et des sujets couverts dans le cadre de l'enquête dont la collecte sur terrain à lieu en 2006.

I.3 Objectifs de l'enquête

L'Enquête à Indicateurs Multiples réalisée en 2006 en République Centrafricaine s'est fixée les principaux objectifs suivants :

- Fournir des informations récentes pour l'évaluation de la situation des enfants et des femmes en République Centrafricaine;
- Fournir les données nécessaires pour suivre l'état de réalisation des objectifs fixés par les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD et par le plan d'action d'*Un Monde Digne des Enfants* comme base de l'action future ;
- Contribuer à l'amélioration des systèmes d'information et de suivi en RCA ; et,
- Renforcer l'expertise technique en matière de conception, de mise en œuvre et d'analyse des données.

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

II. Méthodologie de l'enquête

2.1 Constitution de l'échantillon

L'échantillon de l'Enquête MICS3 a été constitué dans le but d'obtenir des estimations basées sur un grand nombre d'indicateurs sur les conditions de vie de la population et plus particulièrement sur la situation des enfants et des femmes au niveau national, par milieu de résidence et au niveau des préfectures. Chacune des seize préfectures et Bangui ont été identifiés comme domaine d'étude. Afin d'améliorer l'efficacité du plan de sondage, le domaine d'étude a été stratifiée selon le milieu de résidence. Il convient de signaler que pour des raisons d'insécurité, la préfecture de la Vakaga a été exclue du champ de l'enquête. Au total 31 strates, au lieu de 33 initialement prévues, ont été visitées dans le cadre de cette enquête.

La base de sondage de l'Enquête MICS3 est celle issue de la cartographie censitaire mise à jour à partir des données du 3ème Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003 (RGPH03). L'échantillon des ménages constitué a été tiré suivant un plan de sondage à deux degrés. Au premier degré, 373 grappes ou Aires de Dénombrement (AD) ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à la taille des AD en ménages. Au second degré, 25 ménages sont tirés dans chaque AD-échantillon en milieu urbain et 40 en milieu rural, avec probabilité égale. Ainsi l'échantillon final visité était de 355 grappes. Ainsi, 18 grappes de l'échantillon initial n'ont pas été visitées pour des raisons d'insécurité.

L'échantillon est stratifié par préfecture et milieu de résidence, il n'est pas auto-pondéré. Pour la production des tableaux en vue de l'élaboration des rapports préliminaire et final, des pondérations de l'échantillon ont été utilisées.

2.2 Questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs fixés dans l'enquête MICS3, quatre types de questionnaires ont été utilisés : un questionnaire ménage, un questionnaire femmes de 15-49 ans pour les mères et tutrices d'enfants de moins de cinq, un questionnaire enfants de moins de cinq et un questionnaire homme. Ces questionnaires initiés d'un modèle de base MICS 3 et utilisés également dans d'autres pays de la sous-région, ont fait l'objet d'un test préliminaire du 2 au 4 juin 2006. Sur la base des résultats de ce test, des modifications ont été apportées à ces questionnaires avant la collecte effective des données dans le cadre de l'enquête principale.

2.2.1 Questionnaire ménage

Le questionnaire ménage est destiné à la collecte d'informations sur l'ensemble des membres du ménage et sur les caractéristiques de logement. Ce questionnaire permet lors de l'interview, de déterminer l'éligibilité des personnes aux questionnaires individuels (enfants de moins de 5 ans, femmes de 15-49 ans et hommes de 15-59 ans). Il comprend les volets suivants**:**

- Panneau d'information sur le ménage
- Feuille d'enregistrement du ménage
- Education
- Eau et assainissement
- Caractéristiques du ménage
- Travail des enfants
- Enfants vulnérables et orphelins du fait du SIDA

- Moustiquaires traitées aux insecticides
- Iodation du sel
- Mortalité maternelle
- Discipline de l'enfant
- Handicap
- Test d'anémie

2.2.2 Questionnaire femme.

Il comprend les sections suivantes :
- Panneau d'information sur la femme
- Mortalité des enfants
- Anatoxine tétanique
- Santé de la mère et du nouveau-né
- Union/mariage
- Contraception et besoins non-satisfaits
- Excision
- Fistule (niveau de connaissance et prévalence)
- Attitudes vis-à-vis de la violence domestique
- Comportement sexuel
- Connaissance du VIH

2.2.3 Questionnaire enfants de moins de 5 ans.

Normalement, ce questionnaire devrait être administré aux mères des enfants de moins de cinq ans ; dans les cas où la mère ne figure pas sur la liste établie des membres du ménage, une principale personne en charge de l'enfant a été identifiée et interviewée. Dans chaque ménage, les mères ou les personnes en charge d'enfants de moins de 5 ans ont répondu aux questions concernant ces enfants. Ce questionnaire comprend les modules suivants :

- Panneau d'information sur les enfants de moins de 5 ans
- Enregistrement des naissances et éducation de la petite enfance
- Développement de l'enfant
- Vitamine A
- Allaitement
- Soins des enfants malades
- Paludisme chez les enfants de moins de cinq ans
- Vaccination
- Anthropométrie

2.2.4 Questionnaire homme

Il comprend les modules suivants:
- Panneau d'information sur l'homme
- Union/mariage
- Fistule (niveau de connaissance)
- Attitudes vis-à-vis de la violence domestique
- Comportements sexuels

Les questionnaires ménage, femme et enfant sont basés sur le modèle standard des questionnaires MICS3 notamment de la version française du modèle de questionnaires MICS3. Les particularités de l'enquête MICS-RCA se situent au niveau du questionnaire homme introduit spécifiquement dans l'enquête pour tenir compte fondamentalement du volet VIH et anémie introduite dans l'enquête. Ces changements ont respectés les principes de base

de l'enquête MICS qui est celui de la comparabilité des données au niveau international. Pour ce qui est du volet sérologie de l'enquête, l'appui de Macro international a permis l'adaptation des modules relatifs au VIH et anémie aux questionnaires standards MICS3. Une copie des questionnaires MICS de la RCA est fournie dans l'Appendice F.

2.3 Formation et travail sur le terrain

La formation du personnel de terrain (agents enquêteurs, contrôleurs et superviseurs) a couvert la période du 16 mai au 9 juin 2006, soit 21 jours ouvrables. La formation comprenait des séances théoriques sur la définition de certains concepts de base utilisés dans le cadre de l'enquête, des séances pratiques sur les techniques d'interviews, de prélèvement sanguins, de conservations et d'acheminement des prélèvements sanguins depuis le terrain jusqu'au laboratoire et de sondage. Les questionnaires n'ont pas été traduits. Cependant, pour garantir l'uniformité de la traduction des questionnaires, la formation des enquêteurs un accent particulier a été mis sur la simulation des interviews entre enquêteur-enquêté.

Vers la fin de la période de formation, l'enquête pilote a été réalisées dans quatre AD non retenues pour l'enquête dans la capitale. A l'issue de la formation, seize (16) équipes ont été constituées, chacune composée de trois enquêteurs, deux agents de santé, d'un contrôleur, d'un chef d'équipe et d'un chauffeur.

La collecte des données a débuté le 16 juin 2006 à Bangui et à Bimbo, une localité avoisinante avant de s'étendre sur le reste du territoire. Elle a pris fin le 8 novembre 2006. Avant la saisie des données, 30 agents de codification ont été mobilisés un mois après la collecte des données, pour la vérification, le déploiement et la codification des questions ouvertes.

2.4 Traitement des données

Les données ont été saisies sur 30 micro-ordinateurs mis en réseau et connectés à un poste central. Au total 30 opérateurs de saisie ont été recrutés. La saisie est faite par deux équipes travaillant alternativement dans la matinée et dans la soirée. Le programme de saisie développé sous logiciel CSPro a été utilisé. Pour les besoins de contrôle de qualité, chaque questionnaire a été saisi deux fois pour minimiser les erreurs de saisie, en plus des vérifications de cohérence interne qui ont été effectuées. Les procédures et programmes standard conçus dans le cadre du projet MICS3 et adaptés au questionnaire de la République Centrafricaine, ont été utilisés à toutes les étapes. La saisie a démarré le 27 Octobre et a pris fin le 18 Décembre 2006. La tabulation a été faite à l'aide du logiciel *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), Version 14, et le modèle de syntaxe et les plans d'exploitation des données élaborés par l'UNICEF dans ce but.

III. Représentativité de l'échantillon et caractéristiques des ménages et des personnes interrogées

3.1 Représentativité de l'échantillon

Comme à l'enquête MICS2, la taille de l'échantillon de MICS3 était relativement élevée afin de permettre l'estimation de plusieurs indicateurs au niveau des préfectures. Au total un échantillon de 11 940 ménages a été identifié, 11 723 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 98% (tableau HH1). Ce taux est de 99% en milieu urbain et de 98% en milieu rural. A l'intérieur des 11 723 ménages, 12 436 femmes ont été identifiées comme éligibles parmi lesquelles 11 592 ont été interviewées avec succès, soit un taux de réponse de 93% (92% en milieu urbain et 94% en milieu rural). Par ailleurs, 9 820 enfants ont été aussi identifiés comme éligibles et les informations ont été collectées sur 9 585 d'entre eux, soit un taux de réponse de 98% (97% en milieu urbain contre 98% en milieu rural). En outre, dans un sous-échantillon constitué de ménages sélectionnes pour la sérologie VIH et Anémie (un ménage sur deux), 6 090 hommes ont été identifiés comme éligibles parmi lesquels 5 450 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 90% (84% en milieu urbain contre 91% en milieu rural).

Afin d'obtenir des résultats représentatifs au niveau national, des échantillons pondérés au niveau des grappes sont utilisés. On peut trouver une description plus détaillée du plan d'échantillonnage dans l'Appendice A.

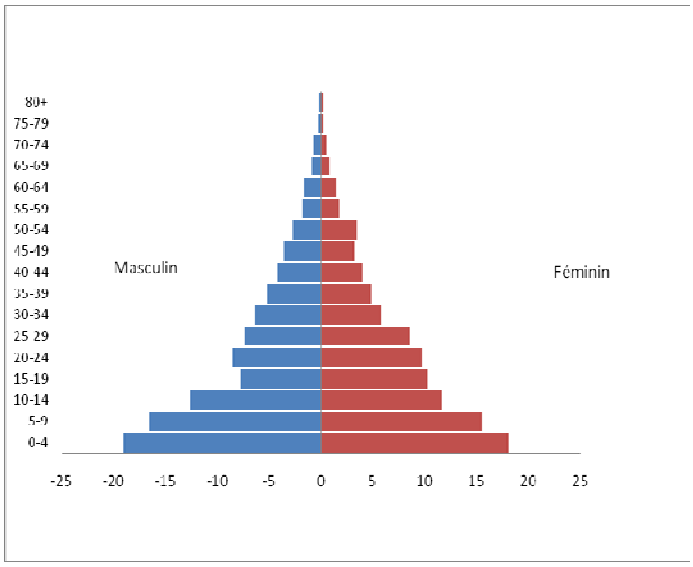
Tableau HH.1: Résultats des enquêtes ménage et individuelles : Nombre de ménages, femmes, hommes et enfants de moins de 5 ans selon le résultat et les taux de réponse, RCA, 2006

	Milieu		Total
	Urbain	Rural	
Ménages Sélectionnés	3695	8246	11941
Ménages Occupés	3695	8245	11940
Ménages Enquêtés	3642	8081	11723
Taux de réponse des ménages	98,6	98,0	98,2
Femmes Eligibles	4642	7794	12436
Femmes Enquêtées	4249	7343	11592
Taux de réponse des femmes	91,5	94,2	93,2
Taux de réponse global pour les femmes	90,2	92,3	91,5
Enfants Eligibles	3156	6664	9820
Enfants enquêtés	3049	6536	9585
Taux de réponse des enfants	96,6	98,1	97,6
Taux de réponse global pour les enfants	95,2	96,1	95,8
Hommes Eligibles	2178	3912	6090
Hommes enquêtés	1829	3621	5450
Taux de réponse des hommes	84,0	92,6	89,5
Taux de réponse global pour les hommes	82,8	90,7	87,9

3.2 Caractéristiques des ménages

La distribution par âge et par sexe de la population enquêtée est consignée dans le Tableau HH.2. Dans les 11723 ménages interrogés avec succès au cours de l'enquête, 54 385 individus ont été dénombrés. Parmi ces membres du ménage, 26 722 étaient des hommes et 27 662 étaient des femmes. Sur la base des données disponible on estime à 4,6 le nombre moyen de personnes par ménage.

Figure HH.1 : Pyramide des âges de la population



La distribution par âge et sexe est également utilisée pour produire la pyramide des âges de la population de la Figure HH.1. La structure par âge et sexe de la population observée en 2006 présente une évolution régulière décroissante par groupe d'âge. Cette structure est sensiblement identique à celle observée en 2003 à partir des données du RGPH. L'analyse de la répartition par grands groupes d'âges révèle que la part de la population âgée de moins de 14 ans est légèrement en hausse (passant de 43% en 2003 à 47%) au détriment de celle de 15 à 64 ans (passant de 54% en 2003 à 51% en 2006). Les mauvaises déclarations de l'âge, phénomène classique dans les enquêtes et recensements démographiques ne suffisent pas à expliquer cet écart. Une autre explication probable pourrait provenir de la surmortalité des 15-64 ans du fait de la pandémie du VIH/SIDA.

Le Tableau HH.3 fournit l'information de base sur les ménages enquêtés. On y présente le sexe du chef de ménage, la région administrative, la préfecture, le milieu de résidence (urbain/rural), la taille du ménage et le groupe ethnique du chef de ménage. Ces caractéristiques de base seront utilisées ultérieurement dans ce rapport. Les données de ce tableau ont aussi pour objectif de présenter le nombre d'observations par catégories majeures de l'analyse dans ce rapport.

Les totaux pondérés et non pondérés des ménages sont égaux, puisque les pondérations de l'échantillonnage ont été normalisées (voir Appendice A). Ce tableau donne également des indications sur les proportions de ménages où au moins un enfant de moins de 18 ans, au moins un enfant de moins de cinq ans, au moins une femme éligible de 15 à 49 ans et au moins un homme de 15 à 59 ans éligible. Il en ressort que sur l'ensemble des 11723 ménages enquêtés, 78% de ces ménages contiennent au moins un enfant de 18 ans, 54% au moins un enfant de moins de cinq ans et 79%, au moins une femme de 15 à 49 ans et 80% au moins un homme de 15 à 59 ans.

Tableau HH.3: Composition du ménage : Répartition en pourcentage des ménages selon certaines caractéristiques, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage pondéré	Nombre pondéré de ménages	Nombre non pondéré de ménages
Sexe du chef de ménage			
Masculin	80,3	9414	9320
Féminin	19,7	2309	2403
Préfecture			
Ombella-M'poko	8,9	1038	772
Lobaye	6,3	744	736
Mambéré-Kadéï	11,0	1285	556
Nana-Mambéré	6,6	772	792
Sangha-Mbaéré	3,6	417	781
Ouham-Pendé	12,0	1404	681
Ouham	7,5	878	710
Kémo	2,7	320	770
Nana-Grébizi	2,3	275	688
Ouaka	7,3	855	812
Haute-Kotto	2,3	274	780
Bamingui-Bangoran	1,1	127	679
Basse-Kotto	8,3	973	732
Mbomou	5,0	587	761
Haut-Mbomou	1,7	204	690
Bangui	13,4	1569	783
Milieu de résidence			
Urbain	34,9	4095	3642
Rural	65,1	7628	8081
Nombre de membres du ménage			
1	11,6	1356	1458
2-3	29,6	3470	3545
4-5	27,6	3232	3239
6-7	16,3	1914	1889
8-9	8,2	957	923
10+	6,8	793	669
Ensemble	100,0	11723	11723
Au moins un enfant de moins de 18 ans	77,8	11723	11723
Au moins un enfant de moins de 5 ans	54,4	11723	11723
Au moins une femme âgée de 15-49 ans	79,1	11723	11723

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

3.3 Caractéristiques des personnes interrogées

Les tableaux HH.4, HH.4a et HH.5 fournissent des informations sur les caractéristiques de base des femmes interrogées dont l'âge varie de 15 à 49 ans, des hommes âgés de 15 à 59 ans et des enfants de moins de cinq ans. Dans ces trois tableaux, le nombre total d'observations pondérées et non pondérées est égal, puisque la pondération des échantillons a été normalisée (standardisée). En plus de fournir des informations utiles sur les caractéristiques de base des hommes, des femmes et des enfants, ces tableaux visent également à montrer le nombre d'observations valides dans chacune des catégories de base.

Le tableau HH.4 et HH.4a décrit respectivement les caractéristiques de base des femmes et des hommes interrogés. Les informations sont distribuées par milieu de résidence, préfecture, région administrative, groupe d'âges, statut matrimonial, niveau d'instruction, groupe ethnique du chef de ménage et quintile de niveau de vie. En ce qui concerne particulièrement les femmes en âge de procréer, leur statut de mère pour les questions spécifiques a été saisi.

Tableau HH.4: Caractéristiques individuelle des femmes : Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ans selon les caractéristiques individuelles, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage pondéré	Nombre pondéré de femmes	Nombre non pondéré de femmes
Préfecture			
Ombella-M'poko	8,7	1009	759
Lobaye	5,8	668	720
Mambéré-Kadéi	10,6	1232	597
Nana-Mambéré	6,3	729	781
Sangha-Mbaéré	4,2	489	964
Ouham-Pendé	11,0	1276	653
Ouham	7,4	863	766
Kémo	2,5	292	710
Nana-Grébizi	2,2	260	690
Ouaka	6,8	789	776
Haute-Kotto	1,9	215	643
Bamingui-Bangoran	1,0	115	638
Basse-Kotto	6,2	720	608
Mbomou	3,9	454	626
Haut-Mbomou	1,4	157	542
Bangui	20,1	2325	1119
Milieu de résidence			
Urbain	43,3	5019	4249
Rural	56,7	6573	7343
Âge			
15-19	22,2	2572	2473
20-24	20,8	2411	2396
25-29	18,6	2154	2124
30-34	12,8	1478	1540
35-39	10,3	1191	1261
40-44	8,6	1002	1022
45-49	6,8	783	776
Statut matrimonial			
Mariée /En union	79,0	9160	9220
A été mariée/En union	11,8	1363	1336
N'a jamais été mariée/En union	9,2	1070	1036
Statut de mère			
A déjà donné naissance	35,2	4085	4089
N'a jamais donné naissance	64,8	7507	7503
Niveau d'instruction de la femme			
Sans niveau	40,9	4720	5006
Primaire	41,2	4750	4946
Secondaire & +	17,9	2069	1590
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	19,7	2279	2716
Pauvre	19,3	2238	2466
Moyen	19,7	2279	2471
Riche	20,2	2337	2132
Le plus riche	21,2	2459	1807
Ethnie du chef de ménage			
Haoussa	4,9	569	552
Sara	4,6	528	810
Mboum	6,3	727	430
Gbaya	31,0	3589	2797
Mandjia	10,2	1180	1429
Banda	22,9	2657	2931
Ngbaka-Bantou	7,4	860	908
Yakoma-Sango	6,9	795	701
Zande/Nzakara	3,3	377	764
Autres ethnies locales	,9	101	100
Ethnies non centrafricaines	1,3	148	109
Manquant	,5	62	61
Total	100,0	11592	11592

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

De même pour les enfants de moins de cinq ans, certaines de leurs caractéristiques de base sont présentées dans le Tableau HH.5. Ces informations comprennent leur distribution selon le sexe, le milieu de résidence, la préfecture, la région administrative, l'âge, le niveau d'instruction de la mère, le niveau de pauvreté du ménage et le groupe ethnique du chef de ménage.

Tableau HH.5 : Caractéristiques individuelles des enfants de moins de 5 ans : Répartition en pourcentage enfants de moins de 5 ans d'âge selon les caractéristiques individuelles, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage pondéré	Nombre pondéré enfants de moins de 5 ans	Nombre non pondéré enfants de moins de 5 ans
Sexe			
Masculin	50,7	4858	4819
Féminin	49,3	4727	4766
Préfecture			
Ombella-M'poko	8,8	841	626
Lobaye	6,5	627	656
Mambéré-Kadéi	12,3	1175	523
Nana-Mambéré	6,3	601	658
Sangha-Mbaéré	5,0	475	905
Ouham-Pendé	12,8	1224	608
Ouham	7,7	742	680
Kémo	2,5	235	588
Nana-Grébizi	2,2	209	555
Ouaka	7,1	681	662
Haute-Kotto	1,8	170	504
Bamingui-Bangoran	1,0	97	556
Basse-Kotto	5,6	540	474
Mbomou	4,2	405	549
Haut-Mbomou	1,0	96	348
Bangui	15,3	1465	693
Milieu de résidence			
Urbain	37,1	3552	3049
Rural	62,9	6033	6536
Âge			
< 6 mois	12,9	1216	1266
6-11 mois	10,2	967	956
12-23 mois	19,5	1844	1803
24-35 mois	19,2	1814	1822
36-47 mois	20,5	1936	1933
48-59 mois	17,7	1676	1682
Niveau d'instruction de la mère			
Sans niveau	43,2	4125	4348
Primaire	42,0	4007	4069
Secondaire & +	14,8	1410	1131
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	21,0	2013	2358
Pauvre	21,3	2045	2183
Moyen	21,7	2075	2110
Riche	19,4	1855	1717
Le plus riche	16,7	1596	1217
Ethnie du chef de ménage			
Haoussa	5,0	482	468
Sara	4,5	433	708
Mboum	6,6	631	361
Gbaya	33,0	3167	2420
Mandjia	9,4	900	1159
Banda	20,8	1994	2269
Ngbaka-Bantou	8,1	778	843
Yakoma-Sango	7,0	669	609
Zande/Nzakara	2,9	274	520
Autres ethnies locales	1,1	105	95
Ethnies non centrafricaines	1,1	104	77
Manquant	,5	48	56
Ensemble	100,0	9585	9585

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

IV. Mortalité des enfants de moins de cinq ans

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

4.1 Méthode utilisée pour l'estimation de la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

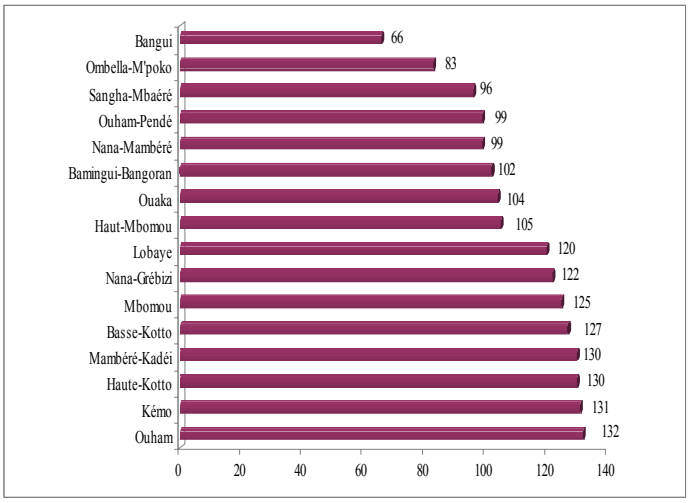
Le taux ou quotient de mortalité infantile (1q0) est la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant le premier anniversaire. Le quotient (5q0) de mortalité infanto-juvénile est la probabilité de mourir avant le cinquième anniversaire. Dans le cadre des enquêtes de type MICS, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont calculés sur la base d'une technique d'estimation indirecte dénommée Méthode de Brass (Nations Unies, 1983 ; 1990a ; 1990b). Les données utilisées pour les estimations sont les suivantes : le nombre moyen d'enfants nés pour les groupes d'âge de cinq ans de femmes âgées de 15 à 49 ans, et la proportion de ces enfants qui sont décédés, également pour les groupes d'âge de cinq ans de ces femmes. Cette technique convertit ces données en probabilités de mourir en tenant compte des risques de mortalité auxquels les enfants sont exposés, de la durée de leur exposition au risque de mourir et en supposant un type de mortalité particulière selon le groupe d'âge. Le tableau type de mortalité adapté au schéma de mortalité de la RCA est le modèle Nord.

4.2 Estimation des niveaux de mortalité infantile et infanto-juvénile

4.2.1 Mortalité des enfants de moins d'un an

Comme la plupart des pays en voie de développement, le niveau de mortalité des enfants de moins de un an est l'un des plus élevés au monde. En 2006, le taux de mortalité infantile est estimé à 106‰. En d'autres termes, sur environ 11 enfants nés vivants, un enfant risque de décéder avant de fêter son premier anniversaire. Le taux de mortalité étant plus sensible à l'environnement socio-sanitaire, un tel niveau de mortalité devrait retenir l'attention des décideurs voire de la communauté. Le taux de mortalité infantile est plus élevé chez les garçons (109‰) que chez les filles (102‰). Le niveau de mortalité relativement plus faible des filles par rapport aux garçons résulte des capacités biologiques de ces dernières à résister aux maladies, etc. Cependant, on note une grande disparité entre les milieux de résidence (urbain/rural). Les enfants qui résident dans les zones rurales (118‰) sont plus défavorisés que ceux qui résident dans les zones urbaines (82‰). Le niveau très élevé de la mortalité infantile dans les zones rurales confirme les résultats des études qui y relèvent le manque d'infrastructures sanitaires et de personnel de santé qualifié.

Figure CM.1A : Quotient (‰) de mortalité infantile selon la préfecture (tableau à modifier)



Le taux de mortalité varie considérablement entre préfectures (Figure CM.1a). La capitale Bangui (66‰) et compte tenu de l'avantage comparatif qu'elle a sur les autres préfectures en termes de concentration des infrastructures et de personnel de santé qualifié, est de loin la seule localité qui affiche un faible niveau de mortalité infantile. La préfecture de l'Ombella-M'poko (83‰) qui a un niveau de mortalité infantile un peu faible, semble tirer partie de sa position géographique particulière qui fait que sur les trois axes qui la relie à la capitale, la population de cette localité bénéficie quelque peu des mêmes avantages que la population de Bangui sur le plan socio-sanitaire. Au titre des préfectures ayant un faible niveau de mortalité des enfants de moins d'un an, on peut citer Sangha-Mbaéré (96‰) suivie de l'Ouham-Pendé et la Nana-Mambéré avec un taux, chacune, de 99‰. Le niveau relativement bas de mortalité dans la préfecture de l'Ouham Pendé qui fait partie des anciennes zones de conflits militaro-politiques, s'expliquerait par les interventions de certains humanitaires. De manière générale, les taux de mortalité infantile sont plus élevés dans toutes les autres préfectures, plus particulièrement les préfectures de l'Ouham (132‰), de la Kémo (131‰) et de la Mambéré-Kadéi.

Les résultats de l'enquête confirment les effets bénéfiques du niveau d'instruction de la mère sur son enfant. Tandis que le taux de mortalité infantile est plus élevé chez les enfants nés des femmes n'ayant jamais été scolarisées (114‰), ou ayant fréquenté le primaire (106‰), on constate que le risque de décès des enfants de moins d'un an est plus faible chez les femmes de niveau secondaire ou plus. Ces dernières ont pu acquérir les réflexes nécessaires à la prise en charge efficace en matière de soins d'alimentation, de vaccination, de suivi médical etc. aussi bien pour leurs enfants que pour elles-mêmes durant la grossesse.

Le niveau de vie des ménages semble avoir le même impact sur le risque de décès des enfants de moins d'un an. En effet, les enfants qui vivent dans les ménages plus pauvres/pauvres/moyens (120‰) sont plus exposés à la mort que ceux issus des ménages Riches/plus riches (79‰).

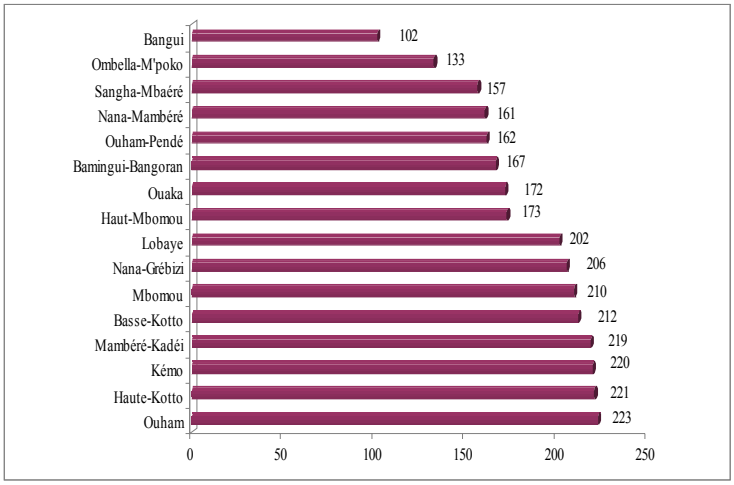
L'ethnie des parents pourrait aussi bien réguler leurs comportements alimentaires, en matière de soins ou de certaines croyances vis-à-vis de leurs enfants et en particulier ceux de moins d' un an. De ce point de vue, les enfants nés des MBoum (121‰), Mandja (117‰) ou Zandé/Nzakara (111‰) sont plus exposés au risque de décéder avant leur premier anniversaire. En revanche, ceux issus des ethnies non centrafricaines (73‰), Ngbaka-Bantou (89‰), des Yakoma-Sango et autres ethnies locales (99‰), courent moins de risque de décéder avant l'âge d'un an. Cette différence de niveau de mortalité pourrait s'expliquer par l'existence de barrières culturelles telles que une simple distance qui sépare le centre de santé, le coût des soins et de l'accueil par rapport aux attentes des patients.

4.2.2 Mortalité des enfants de moins de cinq ans

Le taux de mortalité infanto-juvénile en 2006 est estimé à 175‰. Ce niveau de mortalité est élevé car environ un enfant sur cinq court le risque de décéder avant d'atteindre son

cinquième anniversaire. Parmi les causes de décès des enfants de moins de cinq ans en RCA, figurent les infections respiratoires, les maladies parasitaires, la malnutrition et le paludisme. Contrairement aux enfants de moins d'un an, le risque de décès des filles (176‰) est quasi-identique à celui des garçons (175‰). Une fois de plus, les enfants qui résident dans les zones urbaines (131‰) ont le plus faible niveau de mortalité infanto-juvénile que ceux des zones rurales (198‰).

Figure CM1.B: Quotient (‰) de mortalité infanto-juvénile selon la préfecture(figure à reprendre)



Les mêmes disparités observées au niveau du taux de mortalité des enfants de moins de un an persistent au niveau préfectoral. Bangui (102‰) suivi de l'Ombella-M'poko (133‰) sont les deux localités où les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, bien que plus élevé par rapport aux pays développés, présentent les plus faibles taux au niveau national. Parmi les préfectures ayant un niveau de mortalité infanto-juvénile très élevé, on peut citer entre autres, l'Ouham (223‰), la Haute-Kotto (221‰), la Kémo (220‰) et la Mambéré-Kadéi (219. Le niveau de mortalité observé dans ces préfectures signifie surtout qu'environ un enfant sur cinq n'a pas la chance de fêter son cinquième anniversaire, ce qui est très inquiétant.

S'agissant du niveau d'instruction de la mère, il apparaît clairement que le niveau de mortalité infanto-juvénile est plus élevé chez les enfants issus de mère sans instruction (191‰) ou de niveau primaire (175‰) que ceux dont les mères sont plus instruites (116‰). Les disparités sont également criardes selon le niveau de vie du ménage. En effet, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est réduit de plus de la moitié chez les enfants des ménages riches/plus riches (125‰) par rapport aux enfants appartenant aux ménages plus pauvres/pauvres/moyens (201‰).

Si l'ethnie, en médiatisant les valeurs culturelles peut influer sur le risque de décès des enfants de moins de cinq ans, on constate une faible disparité à ce niveau. Le taux de mortalité infanto-juvénile est faible chez les enfants issus des ethnies non centrafricaines (114‰) et des Ngbaka-Bantou (143‰). Dans les autres groupes ethniques, le niveau de mortalité observé est sensiblement le même variant de 163‰ chez les Yakoma-Sango à 203‰ chez les Mboum.

Le faible niveau de mortalité infanto-juvénile observé ci-haut chez les enfants de certaines ethnies serait du à l'existence de certaines pratiques culturelles comme l'espacement de naissance et les pratiques alimentaires par exemple qui favoriseraient la survie des enfants issus de ces groupes ethniques.

Tableau CM.1: Mortalité infantile : Quotient (‰) de mortalité infantile et infanto-juvénile selon les caractéristiques démographiques, RCA, 2006

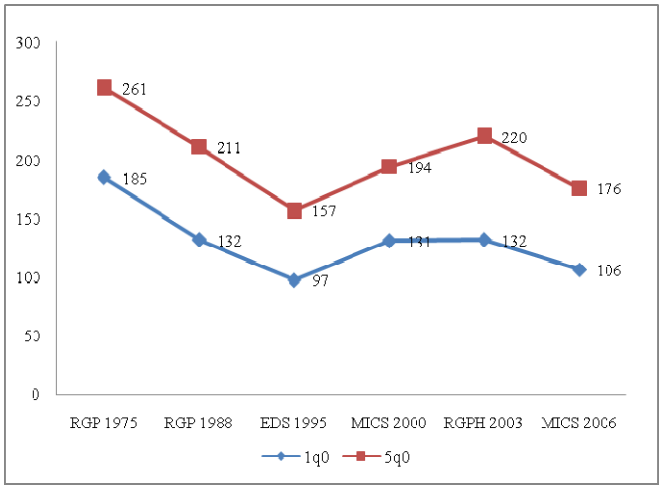
Caractéristiques	Quotient de mortalité infantile*	Quotient de mortalité infanto-juvénile**
Sexe		
Masculin	109	175
Féminin	102	176
Prefecture		
Ombella-M'poko	82	131
Lobaye	128	216
Mambéré-Kadéï	129	218
Nana-Mambéré	132	223
Sangha-Mbaéré	105	174
Ouham-Pendé	89	144
Ouham	106	175
Kémo	131	220
Nana-Grébizi	94	153
Ouaka	111	186
Haute-Kotto	130	219
Bamingui-Bangoran	162	273
Basse-Kotto	145	245
Mbomou	122	203
Haut-Mbomou	115	192
Bangui	69	108
Milieu de résidence		
Urbain	79	126
Rural	119	199
Instruction de la mère		
Sans niveau	112	187
Primaire	110	183
Secondaire & +	69	107
Quintile de bien-être économique		
Plus pauvre	132	223
Pauvre	121	203
Moyen	109	181
Riche	83	134
Plus riche	71	112
Ethnie		
Haoussa	113	189
Sara	116	193
Mboum	122	204
Gbaya	97	159
Mandjia	120	201
Banda	107	178
Ngbaka-Bantou	94	154
Yakoma-Sango	108	179
Zande/Nzakara	118	197
Autres ethnies locales	118	192
Ethnies non centrafricaines	82	131
Total	**106**	**176**

* MICS indicateur 2; OMD indicateur 14
** MICS indicateur 1; OMD indicateur 13

4.3 Evolution récente de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 2000 à 2006

Entre 1975 et 1994-95, le niveau de mortalité avait connu une baisse considérable. A titre d'exemple, le niveau de la mortalité infanto-juvénile est passé de 261‰ en 1975 à 157‰ en 1994-95. Le quotient de mortalité infantile a suivi la même tendance passant de 185‰ en 1975 à 97‰ en 1995. Malheureusement, les multiples crises militaro-politiques que le pays a connues entre 1996 et 2003 ont fait perdre à la RCA ces importants acquis. Les données actuelles de l'enquête MICS 2006 indiquent une inversion de la tendance vers la baisse du niveau de mortalité infantile et infanto-juvénile.

Figure CM.2: Evolution du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.



L'objectif de réduction du niveau de mortalité infantile et infanto-juvénile, de deux tiers d'ici à l'horizon 2015 implique, en considérant l'an 2000 comme année de base, que les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile soient ramenés respectivement à 44‰ et 65‰. L'atteinte de cet objectif implique la réduction des disparités régionales/préfectorales. Comme le révèle le tableau CM.1A ci-dessous, le niveau de la mortalité infantile a été considérablement réduit entre l'an 2000 et 2006 dans certaines préfectures comme l'Ombella-M'poko, la Nana-Grébizi, la Mambéré-Kadéï, le Haut-Mbomou, la Nana-Mambéré et la Lobaye,. Ce progrès notable est en partie dû à une amélioration significative de la couverture vaccinale dans ces préfectures.

On observe également une baisse significative du niveau de mortalité infanto-juvénile dans toutes les préfectures à l'exception de la Mambéré-Kadéï où le risque de décès infanto-juvénile est en légère augmentation et de la Haute-Kotto où la baisse n'est pas significative. Au niveau de la capitale, le taux de mortalité infantile est resté identique. Par contre, la mortalité des enfants de moins de cinq ans connaît un net recul. Les préfectures qui présentent une situation similaire à celle de la capitale sont la Sangha-Mbaéré, la Ouaka et la Basse-Kotto.

Tableau CM.1A : Evolution récente de la mortalité des enfants de moins de cinq ans par préfecture (tableau à vérifier)

Préfecture	Mortalité infantile			Mortalité infanto-juvénile		
	1q0 MICS 2000	1q0 MICS 2006	Ecart (2006-2000)	5q0 RGPH 2003	5q0 MICS 2006	Ecart (2006-2003)
Ombella-M'poko	122,9	83	-39,9	182	133	-49
Lobaye	150,4	120	-30,4	261	202	-59
Mambéré-Kadéi	166,4	130	-36,4	202	219	17
Nana-Mambéré	130	99	-31	189	161	-28
Sangha-Mbaéré	119	96	-23	238	157	-81
Ouham-Pendé	120,3	99	-21,3	233	162	-71
Ouham	151,7	132	-19,7	284	223	-61
Kémo	121,6	131	9,4	253	220	-33
Nana-Grébizi	159,4	122	-37,4	275	206	-69
Ouaka	127,9	104	-23,9	248	172	-76
Haute-Kotto	143	131	-12	228	221	-7
Bamingui-Bangoran	138	102	-36	239	167	-72
Basse-Kotto	152	127	-25	309	212	-97
Mbomou	149,7	125	-24,7	232	210	-22
Haut-Mbomou	139,8	105	-34,8	256	173	-83
Bangui	68,3	66	-2,3	156	102	-54
Vakaga	146,8			238		
Ensemble RCA	130,6	106	-24,6	220	175	-45

Conclusion

Les données de l'enquête MICS 2006 indiquent que la mortalité des enfants de moins de cinq ans, en hausse au début de cette décennie comparativement à l'année 1995, est en baisse en 2006. Cependant, les niveaux de mortalité infantile et infanto-juvénile estimés respectivement à 106‰ et 175‰, sont encore très élevés. Ces niveaux de mortalité risquent d'hypothéquer les chances de la République centrafricaine vers l'atteinte de l'OMD4, si aucun programme spécifique n'est élaboré et mis en œuvre immédiatement pour consolider et renforcer les stratégies actuelles. En effet, étant à moins de 10 ans de la date butoir de ces OMD, 2015, il faudrait développer des mesures exceptionnelles pour atteindre le seuil fixé par les OMD, soit 44‰ pour la mortalité infantile et 65‰ pour la mortalité infanto-juvénile. Une première étape vers la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans devrait mettre l'accent sur la réduction des disparités entre milieux de résidence et entre préfectures. Si l'on sait que la mortalité des enfants de moins de cinq ans et en particulier la mortalité infantile sont tributaires des facteurs socio-sanitaires, les mesures urgentes à entreprendre privilégieront conjointement l'amélioration de la couverture vaccinale, la lutte contre les maladies de l'enfance, les campagnes d'éducation nutritionnelle en faveur des mères, la prévention de la transmission verticale du VIH/SIDA de la mère à son enfant etc. Aussi, la réduction de la mortalité des enfants au-delà d'un an passe -t-elle par la lutte contre les maladies infectieuses : diarrhée et entérites, affections pulmonaires aiguës, paludisme, rougeole et tétanos. Ces mesures interpellent le gouvernement mais aussi la communauté internationale, les partenaires au développement, les ONG ainsi que la société civile.

V. Nutrition

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

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

5.1 Etat nutritionnel

Au sein d'une population bien nourrie, il existe une distribution standard de la taille et du poids pour les enfants de moins de cinq ans. La malnutrition au sein d'une population donnée peut être évaluée en comparant le poids et la taille des enfants de cette population avec ceux de la population standard. La population de référence utilisée dans ce rapport est la norme OMS/CDC/NCHS, qui a été recommandée par l'UNICEF et l'Organisation Mondiale de la Santé au moment où l'enquête était menée.

Trois indices sont généralement utilisés pour déterminer le statut nutritionnel des enfants : le rapport poids pour âge (P/A), le rapport taille pour âge (T/A) et le rapport poids pour taille (P/T). Chacun des trois indicateurs du statut nutritionnel peut être exprimé en unités d'écarts types (scores-z) par rapport à la médiane de la population de référence.

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

La taille pour âge (T/A) est une mesure de la croissance linéaire de l'enfant. Les enfants dont la taille pour âge est supérieure à deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme courts pour leur âge et comme souffrant d'un retard de croissance modéré ou sévère. Ceux dont la taille pour âge est supérieure à trois écarts types en dessous de la médiane sont considérés comme souffrant d'un retard de croissance sévère. Le retard de croissance reflète une malnutrition chronique due à l'insuffisance d'une nutrition adéquate sur une longue période et aux maladies chroniques ou récurrentes.

Enfin, l'indice poids pour taille mesure une malnutrition récente, donc aigue, et est caractérisée par une fonte des muscles et des graisses entraînant la maigreur ou l'émaciation. Les enfants dont le poids pour la taille est supérieur à deux écarts types en dessous de la

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

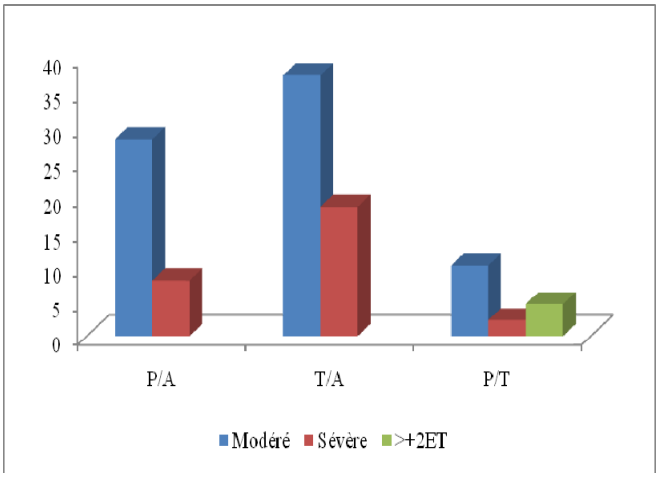
Dans le cadre de la MICS, les poids et les tailles des enfants sont mesurés en utilisant l'équipement anthropométrique recommandé par l'UNICEF (UNICEF, 2006). Les conclusions de ce chapitre sont basées sur les résultats de ces mesures.

5.1.1 Niveaux de la malnutrition

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

Dans le Tableau NU.1, les enfants qui n'ont pas été pesés et mesurés (approximativement 3% des enfants) et ceux dont les mesures se situent en dehors de la fourchette plausible sont exclus. En outre, un petit nombre d'enfants dont les dates de naissance ne sont pas connues ne sont pas pris en compte.

Figure NU.1: Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans, RCA, 2006



Presque un enfant de moins de cinq ans sur 3 en RCA souffre d'insuffisance pondérale modérée (28%) et 8% sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale sévère (Figure NU.1). Près de deux enfants sur cinq (38%) souffrent d'un retard de croissance modéré ou sont trop courts pour leur âge et presque un enfant sur cinq (19%) souffre de la forme sévère de cette malnutrition. Un enfant de moins de cinq ans sur 10 (10%) est émacié de façon modérée ou trop maigre pour sa taille et 2% souffrent de malnutrition aigue sévère.

Les garçons semblent plus exposés aux trois formes de malnutrition que leurs sœurs : 31% de garçons souffrent d'insuffisance pondérale modérée contre 26% de filles; 40% de garçons présentent un retard de croissance (sont plus courts par rapport à leur âge) comparés à 35% de filles et 9% seulement de filles sont émaciées modérément contre 11% de garçons.
On observe que les enfants vivant dans les zones rurales sont plus enclins à souffrir de l'insuffisance pondérale et de la malnutrition chronique que ceux des zones urbaines, par contre ceux des zones urbaines sont plus affectés par la malnutrition aigue que leurs pairs des zones rurales.

D'une manière générale, les enfants vivant dans le nord du pays (Régions 3 et 4) semblent un peu plus exposés aux trois formes de malnutrition avec des taux au dessus de la moyenne nationale. On observe aussi que les enfants habitant dans la région 2 (sud-ouest du pays) ont plus de risques de souffrir d'insuffisance pondérale et de malnutrition chronique que leurs

pairs de toutes les autres régions du pays. En revanche, l'émaciation sévère est plus fréquente parmi les enfants du sud (régions 1, 2 et 7) que ceux du nord (régions 3, 4 et 5).

La distribution des taux de malnutrition dans les préfectures reflète celle des régions correspondantes : les taux d'insuffisance pondérale globale sont plus élevés parmi les enfants de la Lobaye (37%), de la Mambéré-Kadéi (49%), de l'Ouham Pendé (39%), de l'Ouham (38%), de la Kémo (39%), de la Ouaka (40%) et de Basse Kotto (37%) ; la malnutrition chronique est plus prévalente dans les préfectures de : Mambéré-Kadéi (69%), Sangha Mbaéré (61%), Nana Mambéré (75%), l'Ouham Pendé (61%), de l'Ouham (72%), de la Kémo (60%), de la Ouaka (67%), de la Basse Kotto (71%) et du Mbomou (69%) ; et l'émaciation globale (malnutrition aigue) dépasse le seuil d'urgence définie par l'OMS, à savoir 15%, dans les préfectures suivantes : Ombella-M'poko (18%), Mambéré-Kadéï (16%), Bamingui Bangoran (16%) et à Bangui (15%).

La distribution des trois indices nutritionnels par tranches d'âges laisse percevoir les tendances suivantes : (i) des taux pour les trois indices relativement faibles avant 6 mois correspondant à la période ou les enfants sont soumis à l'allaitement maternel exclusif qui les protège des autres co-facteurs de la malnutrition, (ii) une augmentation croissante de la prévalence de la malnutrition chronique et de l'émaciation à partir de 6 mois pour atteindre un pic entre 12-23 mois ou 24-35 mois puis une décroissance dégressive en dessous de la moyenne nationale entre 36 et 59 mois, tandis que (iii) les taux de malnutrition chronique restent croissant dès le sixième mois pour atteindre leur summum entre 48-59 mois traduisant bien l'effet cumulatif à long terme d'une alimentation déficiente associée à des infections répétées. Ceux des enfants dont les mères ont une éducation primaire ou secondaire courent moins de risques de souffrir d'insuffisance pondérale et de retard de croissance comparé aux enfants dont les mères n'ont aucun niveau d'instruction. Par contre, la malnutrition aigue ne semble pas être influencée par le niveau d'éducation des mères d'enfants.

Les enfants issus des ménages nantis sont moins affectés par le retard de croissance et l'insuffisance pondérale que ceux issus des ménages démunis.

Selon l'ethnie du chef de ménage, les enfants Mboum, Gbaya, Banda et Mandja et ceux dont l'ethnie est indéterminée sont plus exposés à l'insuffisance pondérale et au retard de croissance. Les enfants Haoussa, Sara, Yakoma – Sango, Zandé - Nzakara et les indéterminés par contre présentent une prévalence plus élevée de malnutrition aigue globale frisant ou dépassant le seuil d'urgence.

L'analyse de l'indice poids pour taille (tableau NU.1) indique aussi que 5% des enfants en RCA, soit près de 1 enfant sur 20, présentent une surcharge pondérale par rapport à leur taille, surtout plus marquée aux premiers mois de vie entre 0-5 mois (14%) et entre 6-11 mois (6%). Cette situation est peu variable avec le sexe et le milieu de résidence. Par contre, on constate que les enfants nés de mère non instruites et issus des ménages pauvres semblent plus exposés à la surcharge pondérale ce qui peut s'expliquer par l'introduction précoce de la bouillie de farine à l'enfant. Les enfants des régions administratives 4 au centre et 6 au sud-est, notamment dans les préfectures de la Kémo (11%), de la Ouaka (12%) et du Mbomou (12%) sont plus affectés que les autres. La distribution par groupes ethniques montre que la surcharge pondérale est plus importante parmi les enfants Banda (6%), Mandja (6%) et Yakoma-Sango (7%).

Tableau NU.1 : Malnutrition infantile Pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois atteints de malnutrition sévère ou modérée, RCA, 2006

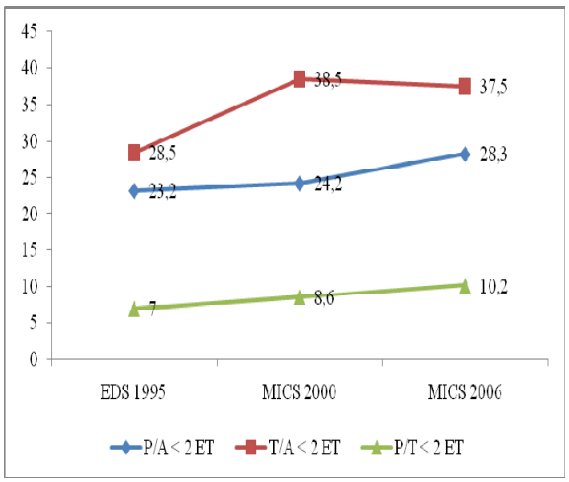
Caractéristiques	Rapport poids/âge		Rapport taille/âge		Rapport poids/taille			Nombre d'enfants de 0-59 mois
	% en dessous - 2 ET*	% en dessous -3 ET*	% en dessous - 2 ET**	% en dessous -3 ET**	% en dessous - 2 ET***	% en dessous -3 ET***	% au-dessus +2 ET	
Sexe								
Masculin	30,5	9,1	39,8	20,7	11,4	2,6	4,7	3053
Féminin	26 ,0	7,1	35,0	16,7	9,0	2,0	4,8	2820
Régions								
Région 1	27,2	8,6	34,3	16,4	12,1	3,1	4,5	1071
Région 2	32,3	9,5	45,6	22,8	8,5	2,4	3	1266
Région 3	29,1	9,4	40,6	21,6	10,5	1,3	4,9	1068
Région 4	29,1	8,4	40,7	20,9	9,1	1,5	7,6	691
Région 5	22	6,1	24,9	11,7	10,6	2,2	3,7	184
Région 6	25,2	5,3	43,1	22,5	7,7	2,2	8,1	525
Région 7	26,2	6,4	25,4	11,3	12,3	2,8	3,6	1068
Préfectures								
Ombella-M'poko	27,6	7,2	30,7	14,7	13,7	4,5	3,4	561
Lobaye	26,8	10,1	38,2	18,2	10,3	1,6	5,7	511
Mambéré-Kadéi	37,1	12,0	45,1	24,0	11,7	3,8	1,4	658
Nana-Mambéré	28,1	6,5	48,6	26,3	6,7	1,2	8,4	291
Sangha-Mbaéré	25,9	6,9	44,0	17,2	3,2	,7	1,4	317
Ouham-Pendé	28,0	10,8	33,7	20,1	12,1	1,8	3,4	577
Ouham	30,5	7,8	48,8	23,4	8,5	,7	6,6	491
Kémo	31,0	8,4	39,2	21,1	11,3	2,5	10,6	130
Nana-Grébizi	23,5	7,4	31,9	16,6	8,8	2,2	11,6	157
Ouaka	30,7	8,8	44,5	22,5	8,5	,9	5,1	404
Haute-Kotto	19,8	5,3	21,0	8,8	9,6	1,7	2,6	128
Bamingui-Bangoran	27,2	8,1	34,0	18,4	13,0	3,3	6,3	55
Basse-Kotto	30,6	6,1	47,0	24,0	7,4	2,4	6,2	282
Mbomou	19,7	5,5	45,1	23,6	6,7	2,4	11,8	185
Haut-Mbomou	16,8	,5	18,1	12,1	12,4	,8	5,2	58
Bangui	26,2	6,4	25,4	11,3	12,3	2,8	3,6	1068
Milieu de résidence								
Urbain	26,1	6,9	32,6	14,5	11,3	2,7	4,4	2582
Rural	30,1	9,1	41,4	22,1	9,4	2,0	5,0	3291
Age								
< 6 mois	4,6	1,2	8,8	2,5	4,9	2,2	13,7	735
6-11 mois	21,9	5,8	19,7	7,2	13,8	3,6	6,1	720
12-23 mois	36,8	9,8	43,9	18,8	15,5	3,3	4,1	1295
24-35 mois	33,6	12,8	43,9	22,3	9,8	1,3	2,0	1112
36-47 mois	33,5	8,8	46,3	28,2	9,1	1,9	2,5	1108
48-59 mois	27,8	6,7	47,2	24,9	6,2	1,6	3,4	904
Instruction de la mère								
Aucune	31,9	9,6	40,9	23,0	10,6	2,2	5,0	2065
Primaire	27,1	7,8	37,6	18,3	9,5	2,1	4,4	2681
Secondaire +	24,7	5,9	30,6	11,9	11,5	2,9	4,6	1094
Quintiles de bien-être économique								
Plus pauvre	31,8	10,5	43,7	23,4	11,2	2,3	7,3	938
Deuxième	29,9	8,2	38,0	19,6	8,2	2,2	4,5	1140
Moyen	29,5	10,0	43,3	22,5	10,4	2,2	4,0	1291
Quatrième	29,4	7,2	39,0	19,5	10,7	2,4	4,3	1280
Plus riche	21,8	5,2	24,6	9,6	10,9	2,4	4,2	1224
Ethnie du chef de ménage								
Haoussa	27,5	8,8	34,3	13,8	13,7	2,1	5,1	246
Sara	26,4	6,6	31,8	16,9	12,0	2,2	2,9	295
Mboum	32,9	13,0	41,1	27,5	11,3	,8	4,1	314
Gbaya	30,9	9,0	43,3	21,9	9,4	2,4	3,8	1843
Mandjia	29,2	7,7	37,1	18,5	10,0	1,9	5,6	619
Banda	28,5	7,1	38,2	19,2	9,9	1,3	6,2	1226
Ngbaka-Bantou	25,4	8,5	31,9	14,0	10,3	3,0	3,9	585
Yakoma-Sango	20,3	6,2	28,7	11,2	9,2	4,3	6,6	428
Zande/Nzakara	18,0	3,9	34,2	15,6	9,8	1,9	4,9	169
Autres ethnies locales	30,1	9,7	24,1	15,7	15,1	9,9	,2	54
Ethnies non centrafricaines	19,9	,9	10,1	,5	13,1	,0	,6	63
Manquant	63,2	19,7	39,4	37,3	27,5	13,1	12,2	33
Total	**28,3**	**8,1**	**37,5**	**18,7**	**10,2**	**2,3**	**4,7**	**5873**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006 * Indicateur MICS 6 ; Indicateur OMD 4
** Indicateur MICS 7 *** Indicateur MICS 8

5.1.2 Tendance de la prévalence de la malnutrition chez les enfants de 0-59 mois

La Figure ci-dessous montre l'évolution de l'état nutritionnel des enfants en RCA de 1996 à 2006.

Figure NU.2 : Evolution de la prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans de 1995 à 2006 en RCA



La Figure NU.2 indique une aggravation de situation des enfants affectés par la malnutrition aigue modérée (P/T<2 ET) et l'insuffisance pondérale (P/A < 2 ET), tandis que le retard de la croissance est resté presque stationnaire entre 2000 et 2006.
En conclusion, la malnutrition reste endémique dans le pays entier avec une tendance à l'aggravation depuis 1995, date de la première enquête nationale. Cependant, l'état nutritionnel des enfants dans certaines régions et préfectures mérite une attention particulière en raison des taux de malnutrition excessivement élevés.

5.2 Allaitement au sein

L'allaitement maternel pendant les premières années de la vie joue un rôle important dans l'état nutritionnel des enfants ; il les protège contre les infections et leur apporte une source idéale d'éléments nutritifs. De plus, il est économique et sûr. Toutefois, sa protection n'est assurée que si les mères n'abandonnent pas l'allaitement trop tôt au profit du lait artificiel pour nourrisson ; ce qui peut conduire à un fléchissement de la croissance et à une malnutrition due à une carence en micronutriments. L'objectif du plan d'action «Un Monde Digne des Enfants» stipule que les enfants doivent être allaités exclusivement au cours des six premiers mois, puis poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans au moins, en l'associant avec des aliments complémentaires sûrs, appropriés et suffisants.

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

- commencement de l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance ;
- l'allaitement exclusif au cours des six premiers mois ;
- la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus ;
- l'alimentation complémentaire sûre, appropriée et adéquate à partir du sixième mois;
- la fréquence de l'alimentation complémentaire: 2 fois par jour pour les enfants de 6 à 8 mois ; 3 fois par jour pour les enfants de 9 à 11 mois.

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

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

Les données relatives à la pratique de l'allaitement, à la consommation d'aliments et/ou de la bouillie sont recueillies à partir des déclarations de la mère/tutrice de l'enfant, au cours des

24 heures qui ont précédé l'enquête. Dans ce rapport, l'allaitement exclusif fait référence aux nourrissons qui n'ont reçu que du lait maternel et des vitamines, des compléments minéraux ou des médicaments.

5.2.1 Allaitement initial

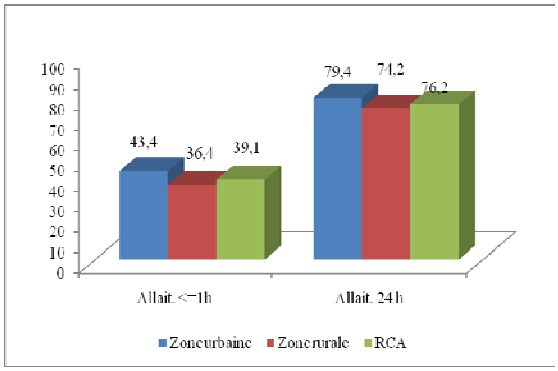
Le tableau NU.2 présente la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché au cours des deux années précédant l'enquête et qui ont allaité leur bébé dans l'heure qui a suivi l'accouchement ou le jour de l'accouchement.

Les données du tableau indiquent que près de deux femmes sur cinq, soit 39%, ont commencé à allaiter leur bébé dans l'heure qui a suivi l'accouchement, conformément à la politique nationale de l'allaitement du ministère de la santé, contre un peu plus de trois quarts de femmes (76%) qui ont commencé l'allaitement bien plus tard au cours des 24 heures après l'accouchement. Par ailleurs, on note que près d'une mère sur quatre (24%), n'a pas allaité son bébé le jour même de l'accouchement. Le fait de ne pas allaiter l'enfant dès sa naissance le prive du colostrum, premier lait de couleur jaunâtre réputé pour sa composition très riche en anticorps indispensables pour la protection contre les infections.

L'initiation de l'allaitement dès le premier jour varie selon les régions. Dans la plupart des régions, notamment les régions 1, 2, 5 et 7, presque huit femmes sur dix ont allaité leurs bébés dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'accouchement, contre environ six femmes sur dix dans la région 6 et sept femmes sur dix dans les régions 3 et 4. En ce qui concerne l'allaitement durant la première heure qui a suivi l'accouchement, seulement un peu plus de deux femmes sur cinq (39%) ont promptement commencé à allaiter leur bébé dans l'heure qui a suivi l'accouchement dans presque toutes les régions à l'exception des régions 1 et 3 où les proportions sont relativement faibles, respectivement 28% et 33%.

L'initiation de l'allaitement dès le premier jour est très répandue dans la majorité des préfectures. La proportion des femmes ayant allaité leur bébé dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'accouchement varie de 86% dans la préfecture de Bamingui-Bangoran à 62% dans le Haut-Mbomou. On observe la même tendance au niveau des régions. En ce qui concerne le démarrage de l'allaitement au sein durant la première heure qui a suivi l'accouchement, on note que dans la plupart des préfectures, un peu plus de deux femmes sur cinq ont allaité leur bébé durant la première heure qui a suivi l'accouchement. Cependant, c'est dans les préfectures de la Ouaka et de l'Ombella-M'poko avec respectivement 54% et 26% des femmes qui ont allaité leurs bébés durant la première heure qui a suivi l'accouchement, que l'on observe la meilleure et la plus faible performance.

Figure NU.2A : Pourcentage des mères ayant commencé l'allaitement en moins d'une heure ou moins d'une journée après l'accouchement par milieu de résidence

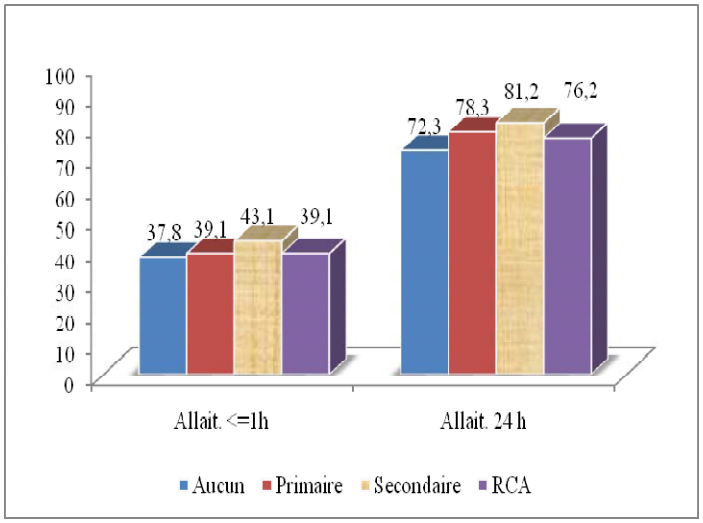


L'initiation de l'allaitement dans les premières 24 heures après la naissance de l'enfant est variable selon le milieu de résidence et est plus répandue en zone urbaine que rurale. En milieu urbain, 79% des enfants ont été allaités durant les premières vingt-quatre heures qui ont suivi l'accouchement et 43% durant la première heure, alors que dans les zones rurales, 74% des mères ont allaité leurs nouveau-nés dans les premières vingt-quatre heures et 36% durant la première heure qui a

suivi l'accouchement. L'écart entre les milieux urbain et rural pourrait s'expliquer par les comportements socioculturels liés à la tradition.

La distribution selon les tranches d'âge indique également qu'un peu plus d'un tiers des enfants du groupe d'âges 0 à 6 mois révolus ont été mis au sein durant la première heure qui a suivi l'accouchement contre 41% dont l'âge varie de 12 à 23 mois révolus. Pour ce qui est de l'allaitement durant les premières vingt-quatre heures qui ont suivi l'accouchement, la situation est similaire pour les enfants des groupes d'âges 0 à 6 mois et 12 à 23 mois révolus, avec environ 77% des enfants allaités le premier jour après la naissance.

Figure NU.2B : Pourcentage des mères ayant commencé l'allaitement en moins dune heure ou moins d'une journée selon le niveau d'instruction



Le niveau d'instruction de la mère influence sensiblement le début de l'allaitement. Les enfants dont les mères n'ont aucun niveau d'instruction ont commencé à être allaités plus tardivement que ceux dont les mères sont instruites. Les écarts sont plus prononcés dans le cas où l'allaitement a eu lieu dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'accouchement. En effet, le pourcentage d'enfants allaités dès le premier jour varie de 72% chez les enfants dont la mère est sans instruction à 81% chez ceux dont la mère a le niveau secondaire ou plus. En ce qui concerne l'allaitement durant la première heure qui a suivi l'accouchement, 38% des femmes non instruites ont mis leur bébé au sein, alors que 39% des femmes qui ont le niveau primaire et 43% de celles qui ont le niveau secondaire ou plus, ont mis les leurs au sein immédiatement après l'accouchement. Ces écarts de pourcentage en matière d'allaitement initial entre les femmes non instruites et celles ayant fréquenté le secondaire ou plus pourraient être expliqués par le fait que le niveau d'instruction de la mère peut améliorer ses connaissances en pratique d'allaitement initial.

L'allaitement initial des nouveau-nés est influencé aussi par le bien-être économique du ménage. En effet, les enfants issus des ménages pauvres sont tardivement mis au sein que leurs homologues issus des ménages modestes et riches. On observe également une légère variation dans l'allaitement maternel selon l'appartenance ethnique du chef de ménage

Tableau NU.2 : Allaitement maternel initial : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant accouché au cours des deux années précédant l'enquête et allaité leur bébé dans l'heure qui a suivi l'accouchement ou le jour de l'accouchement, RCA, 2006.

Caractéristiques	Pourcentage de mères ayant allaité dans l'heure qui a suivi l'accouchement*	Pourcentage de mères ayant allaité le jour de l'accouchement*	Nombre de femmes ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête
Milieu de résidence			
Urbain	43,4	79,4	1593
Rural	36,4	74,2	2533
Préfecture			
Ombella-M'poko	25,7	76,1	366
Lobaye	31,7	85,5	282
Mambéré-Kadéi	38,0	81,2	489
Nana-Mambéré	44,8	79,3	244
Sangha-Mbaéré	45,6	79,0	182
Ouham-Pendé	32,4	77,9	482
Ouham	34,1	64,1	319
Kémo	28,8	69,4	110
Nana-Grébizi	42,6	70,8	87
Ouaka	53,6	76,4	284
Haute-Kotto	46,8	80,0	70
Bamingui-Bangoran	48,3	83,1	41
Basse-Kotto	46,4	66,6	263
Mbomou	49,1	68,9	174
Haut-Mbomou	45,5	61,9	50
Bangui	41,6	79,0	682
Région Administrative			
Région 1	28,3	80,2	648
Région 2	41,3	80,2	915
Région 3	33,1	72,4	802
Région 4	45,9	73,8	480
Région 5	47,3	81,2	112
Région 6	47,3	67,0	487
Région 7	41,6	79,0	682
Mois depuis l'accouchement			
< 6 mois	38,4	77,2	1224
6-11 mois	37,1	73,7	1065
12-23 mois	40,6	77,0	1804
Niveau d'instruction de la mère			
Sans niveau	37,8	72,3	1665
Primaire	39,1	78,3	1806
Secondaire +	43,1	81,2	639
Quintiles de bien-être économique			
Très pauvre	37,1	70,3	862
Pauvre	36,9	72,9	874
Moyen	39,4	76,8	890
Riche	40,1	81,9	785
Très riche	42,8	80,4	714
Ethnie du chef de ménage			
Haoussa	46,7	78,9	185
Sara	42,8	78,4	195
Mboum	36,2	74,6	265
Gbaya	34,8	76,4	1298
Mandjia	32,7	74,8	370
Banda	46,5	74,3	920
Ngbaka-Bantou	35,6	83,2	327
Yakoma-Sango	42,7	77,5	299
Zandé/Nzakara	44,4	68,3	130
Autres ethnies locales	32,9	68,5	60
Ethnies non centrafricaines	28,2	72,3	47
Manquant	44,3	94,7	28
Total	**39,1**	**76,2**	**4126**

5.2.2 Allaitement maternel exclusif

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

Les résultats du tableau NU. 3 révèlent que 23% des enfants de moins de six mois sont exclusivement allaités au sein au niveau national. Le taux d'allaitement exclusif est peu variable en fonction du sexe de l'enfant et du milieu de résidence.

Au niveau des préfectures, le taux d'allaitement maternel exclusif présente des différences très remarquables. Dans trois préfectures, on enregistre les taux les plus élevés par rapport à la moyenne nationale, à savoir : 45% dans le Haut-Mbomou, 42% dans la Mambéré-Kadéi suivi de 40% dans la Haute-Kotto. En revanche, les taux les plus faibles s'observent dans les préfectures suivantes : Ouham (12%), Ouham-Péndé (14%), Basse-Kotto (14%), Nana-Mambéré (16%), Mbomou (20%), Sangha-Mbaéré (22%), Nana-Grébizi (22%) et dans la capitale Bangui (22%).

La pratique de l'allaitement maternel exclusif en dessous de six mois est plus répandue chez les mères d'enfants résidant dans les régions 2 et 5, et plus faible dans la région 3 avec des taux respectifs de 30%, 34% et 14%.

Le niveau d'instruction de la mère influence l'allaitement exclusif des enfants de 0 à 5 mois. Le tableau NU.3 montre que le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois est inversement proportionnel au niveau d'instruction des mères. En effet, 25% des enfants dont les mères n'ont jamais été à l'école ont été exclusivement nourris au lait maternel contre 24% de ceux dont les mères ont atteint un niveau d'éducation secondaire ou plus et 21% de ceux dont les mères ont fait le niveau primaire. Ce résultat contrasté, traduirait peut être les difficultés qu'ont les mères lettrées à conduire l'allaitement exclusif du fait de la pression du modernisme ou de l'emploi hors domicile.

On note aussi que le niveau du bien-être économique des ménages est un facteur important qui influence la pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois. Seulement 19% des enfants issus des ménages plus pauvres sont exclusivement allaités au sein jusqu'à six mois, comparés à 24% issus des ménages pauvres, 26% issus des ménages moyens et 24% issus des ménages riches.

La pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois est aussi variable avec l'ethnie du chef de ménage. Elle est plus répandue parmi les enfants d'ethnie Zandé-Nzakara (30%), Banda (29%) et Ngbaka-Bantou (26%), et très faible chez les enfants nés des pères Haoussa (9%), Sara (19%), Mboum (12%), Mandja (17%) et Yakoma-Sango (17%).

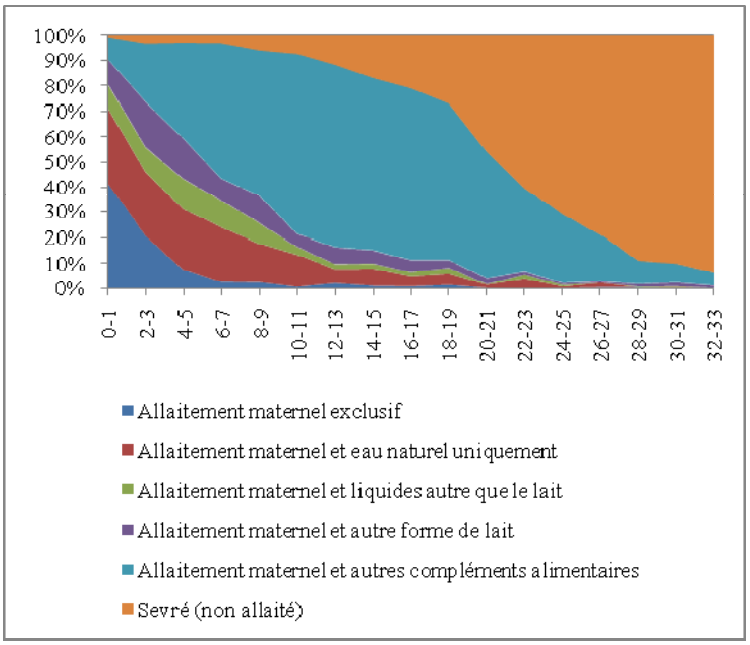
Tableau NU.3 : Allaitement maternel : Pourcentage d'enfants vivants suivant l'état d'allaitement maternel à chaque tranche d'âge, Pays, 2006.

	Enfants de 0-3 mois		Enfants de 0-5 mois		Enfants de 6-9 mois		Enfants de 12-15 mois		Enfants de 20-23 mois	
	Pourcentage d'allaitement exclusif	Nombre d'enfants	Pourcentage d'allaitement exclusif*	Nombre d'enfants	Pourcentage recevant du lait maternel et des aliments solides/pâteux**	Nombre d'enfants	Pourcentage d'allaitement***	Nombre d'enfants	Pourcentage d'allaitement***	Nombre d'enfants
Sexe										
Masculin	28,9	417	22,7	593	51,5	362	83,1	384	45,9	234
Féminin	32,2	407	23,5	623	59,2	335	88,9	359	48,5	213
Milieu de résidence										
Urbain	31,5	280	22,2	425	51,5	262	83,8	297	29,4	177
Rural	30,0	544	23,6	791	57,4	435	87,3	446	58,7	270
Préfecture										
Ombella-M'poko	30,3	64	20,0	105	56,8	64	85,5	72	35,9	48
Lobaye	48,3	45	32,4	70	56,8	69	93,4	40	51,6	39
Mambéré-Kadéi	55,2	86	42,3	129	76,8	85	82,6	92	44,4	76
Nana-Mambéré	17,5	49	16,2	74	31,2	41	88,8	43	62,6	27
Sangha-Mbaéré	32,7	39	22,0	64	82,7	26	94,4	32	33,9	11
Ouham-Pendé	18,5	122	14,4	167	40,5	71	90,2	75	77,5	37
Ouham	12,6	66	12,4	91	61,3	50	95,0	81	76,1	28
Kémo	32,0	27	25,7	37	47,4	16	84,4	18	44,2	12
Nana-Grébizi	30,5	15	22,3	21	38,9	14	88,5	16	47,6	10
Ouaka	36,1	62	27,9	96	56,0	48	90,3	32	49,4	33
Haute-Kotto	56,7	15	40,4	24	37,1	9	80,8	16	27,9	5
Bamingui-Bangoran	27,7	11	24,9	16	55,0	4	78,3	9	22,0	3
Basse-Kotto	19,0	61	13,9	83	58,6	43	74,4	42	60,8	32
Mbomou	28,7	45	20,0	67	73,1	24	94,5	31	53,0	17
Haut-Mbomou	55,5	10	44,7	14	69,8	12	86,0	8	75,0	5
Bangui	31,5	106	22,4	157	44,1	121	76,8	136	13,5	65
Région Administrative										
Région 1	37,7	109	24,9	174	56,8	134	88,3	111	42,9	87
Région 2	39,5	174	30,2	267	65,4	153	86,5	167	47,7	114
Région 3	16,4	188	13,7	259	49,1	120	92,7	157	76,9	65
Région 4	34,2	105	26,6	155	51,1	77	88,3	67	48,0	54
Région 5	44,2	26	34,3	40	42,6	13	79,9	25	25,8	8
Région 6	26,0	116	19,0	164	64,8	79	83,2	81	59,6	53
Région 7	31,5	106	22,4	157	44,1	121	76,8	136	13,5	65
Niveau d'instruction de la mère										
Sans niveau	32,0	373	24,8	533	57,5	287	88,1	297	63,7	164
Primaire	29,1	341	21,2	530	53,0	304	87,2	329	46,0	183
Secondaire +	30,9	107	24,0	150	54,8	102	76,3	116	22,3	98
Quintile de bien-être économique										
Très pauvre	23,0	191	19,4	283	50,4	141	87,6	149	58,4	88
Pauvre	34,1	183	23,7	275	61,9	134	85,1	165	56,7	73
Moyen	32,7	190	26,1	275	48,0	166	91,8	143	58,2	101
Riche	31,7	145	24,3	211	59,9	135	89,4	149	40,3	105
Très riche	32,4	114	22,1	173	57,8	121	74,9	137	20,9	80
Ethnie du chef de ménage										
Haoussa	14,4	23	8,9	38	40,1	31	81,9	40	33,4	23
Sara	18,8	35	18,9	47	71,7	39	82,7	33	64,7	27
Mboum	16,3	62	12,2	83	54,6	34	88,0	41	85,3	23
Gbaya	30,5	271	24,3	393	55,9	213	88,3	242	55,9	140
Mandjia	25,6	62	17,2	110	43,6	70	95,5	63	40,6	47
Banda	37,3	185	28,6	270	51,3	154	83,3	155	45,5	100
Ngbaka-Bantou	36,3	79	25,9	113	78,6	57	81,7	51	27,0	31
Yakoma-Sango	24,1	49	17,3	78	48,0	54	77,8	59	17,7	28
Zandé/Nzakara	39,2	26	30,2	34	60,5	25	94,7	21	52,4	16
Autres ethnies locales	68,4	16	49,2	23	24,1	10	100,0	18	14,0	5
Ethnies non centrafricaines	0,0	8	0,0	19	93,7	7	56,1	15	0,0	7
Manquant	30,3	9	30,3	9	80,1	2	100,0	6	100,0	1
Total	**30,5**	**824**	**23,1**	**1216**	**55,2**	**697**	**85,9**	**743**	**47,1**	**447**

5.2.3 Poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans et alimentation de complément

Le tableau NU.3 fournit les informations sur les types d'aliments, solides ou semi- solides, reçus en complément du lait maternel par les enfants âgés de moins de deux ans au cours des vingt-quatre heures qui ont précédé l'interview.

Figure NU.3 : Mode d'allaitement par groupe d'âge



La distribution par tranches d'âges montre que 55% des enfants de 6 à 9 mois ont reçu en plus du lait maternel des aliments complémentaires solides, semi-solides ou pâteux. Cette situation est beaucoup plus fréquente chez les enfants de sexe féminin (59%) que ceux du sexe masculin (52%). Le taux d'alimentation opportune de complément chez les enfants de 6 à 9 mois est plus élevé chez les enfants dont les mères ont un niveau primaire (58%) comparé aux enfants dont les mères ont un niveau secondaire ou plus (55%).

En ce qui concerne les enfants de 12 à 15 mois, on constate que 86% continuent d'être allaités au sein, et cette pratique est plus répandue chez les filles que les garçons d'une part et chez les enfants du milieu rural (87%) que ceux résidant dans les zones urbaines (84%) d'autre part. D'une manière générale, les taux deviennent plus importants dans toutes les régions d'une part et dans les préfectures d'autre part.

Entre 20 à 23 mois, la proportion d'enfants encore allaités au sein et qui reçoivent des aliments de compléments chute jusqu'à 47%. Cette pratique est beaucoup plus observée en milieu rural (59%) qu'urbain (29%). Cet écart énorme de 29 points peut s'expliquer entre autres par la disponibilité et la diversité des produits alimentaires pour enfants en ville. Au niveau régional, les taux les plus élevés et plus faibles s'observent respectivement dans les régions 3 (77%), 5 (26%) et 7 (14%). La situation au niveau des préfectures, reflète celle observée dans les régions administratives.

La figure NU.3 présente la situation détaillée du statut d'allaitement par âge en mois de l'enfant. La plupart des enfants reçoivent des aliments liquides ou des aliments autres que le lait maternel même aux âges les plus précoces. A la fin du sixième mois, la proportion d'enfants allaités exclusivement au sein est inférieure à 3% alors que 38% des enfants sont encore allaités après deux ans.

Tableau NU.3w: Différentes formes d'alimentation des enfants selon leur âge.
Répartition en pourcentage des enfants âgés de moins de 3 ans selon la forme d'alimentation, RCA, 2006

Tranches d'âge	Formes d'alimentation de l'enfant						Total	Nombre d'enfants
	Allaitement maternel exclusif	Allaitement maternel et eau naturel uniquement	Allaitement maternel et liquides autre que le lait	Allaitement maternel et autre forme de lait	Allaitement maternel et autres compléments alimentaires	Sevré (non allaité)		
0-1	41,9	30,1	9,2	9,4	8,6	0,8	100,0	382
2-3	20,7	25,6	9,8	17,6	23,0	3,3	100,0	442
4-5	7,4	23,7	12,2	16,0	37,7	3,0	100,0	392
6-7	2,5	21,7	10,4	8,8	53,5	3,2	100,0	412
8-9	2,4	15,1	8,1	10,7	57,6	6,0	100,0	285
10-11	,5	12,9	2,9	5,0	71,2	7,4	100,0	270
12-13	2,0	5,6	2,0	6,4	72,3	11,7	100,0	399
14-15	,9	6,9	2,0	5,1	68,3	16,9	100,0	344
16-17	,7	4,1	1,6	4,7	68,0	20,9	100,0	395
18-19	1,3	4,5	2,3	3,0	62,0	26,9	100,0	260
20-21	,1	1,3	,2	2,3	50,2	45,8	100,0	233
22-23	,0	3,8	1,6	1,1	32,9	60,6	100,0	214
24-25	,0	,6	,7	,7	27,0	71,0	100,0	341
26-27	,3	1,9	,0	,4	18,4	79,0	100,0	405
28-29	,3	,0	,3	1,0	9,3	89,1	100,0	371
30-31	,0	,4	,3	1,5	7,5	90,3	100,0	319
32-33	,0	,0	,0	,9	5,3	93,8	100,0	201
34-35	,0	1,2	,0	,4	4,5	93,8	100,0	176
Total	**5,5**	**10,0**	**4,0**	**6,0**	**38,4**	**36,1**	**100,0**	**5841**

5.2.4 Les enfants adéquatement nourris

Le tableau NU.4 nous renseigne sur les enfants adéquatement nourris. Il existe différents critères de nutrition adéquate suivant l'âge de l'enfant, à savoir :

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

Les critères cités ci-dessus résument la proportion des enfants âgés de 0 à 11 mois révolus, et qui sont adéquatement nourris. Les données du tableau révèlent que seulement un quart (25%) des enfants de moins d'un an quel que soit le sexe, sont adéquatement nourris selon les recommandations de l'OMS et l'UNICEF.

Les résultats selon le milieu de résidence ne présentent pas de différence significative. Les proportions des enfants adéquatement nourris sont presque les mêmes et tournent autour de la moyenne nationale (25%) aussi bien en milieu rural qu'urbain. Par ailleurs au niveau préfectoral, les taux sont presque partout au dessus de la moyenne nationale à l'exception des cinq préfectures sur 16, qui sont respectivement l'Ombella-M'poko (21%), le Mbomou (22%), l'Ouham-Pendé (17%), la Nana-Mambéré (17%) et l'Ouham (16%). Les proportions les plus élevées d'enfants adéquatement nourris sont enregistrées dans la région 5 (33%) suivie des régions 2 (32%) et 7 (26%). Pendant que celles des régions 1, 4 et 6 restent au niveau de la moyenne nationale, on observe la plus faible performance en matière d'alimentation correcte des enfants dans la région 3 (16%).

De façon surprenante, on observe que ce sont les femmes sans niveau d'instruction qui semblent avoir des enfants mieux nourris que leurs consœurs scolarisées. En effet, 27% des enfants nés des femmes jamais scolarisées sont correctement nourris contre 23% et 25% des

enfants dont les mères ont atteint respectivement le niveau d'éducation primaire et secondaire ou plus.

Tableau NU.4 : Enfants bien nourris : Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au lait maternel, pourcentage de nourrissons de 6-11 mois nourris au lait maternel ayant consommé des aliments solides/pâteux au moins le nombre de fois minimal recommandé la veille de l'enquête et pourcentage de nourrissons correctement nourris, RCA, 2006.

Caractéristiques	Pourcentage de nourrissons					
	0-5 mois exclusivement allaités	6-8 mois ayant été allaités et ayant reçu des compléments alimentaires au moins 2 fois dans les dernières 24 heures	9-11 mois ayant été allaités et ayant reçu des compléments alimentaires au moins 3 fois dans les dernières 24 heures	6-11 mois ayant été allaités et ayant reçu des compléments alimentaires au moins le nombre de fois minimal recommandé par jour*	0-11 mois correctement nourris**	Nombre de nourrissons de 0-11 mois
Sexe						
Masculin	22,7	31,8	17,8	25,9	24,1	1098
Féminin	23,5	39,4	15,3	29,9	26,2	1085
Milieu de résidence						
urbain	22,2	33,4	23,4	29,0	25,5	812
rural	23,6	36,8	11,6	27,0	25,0	1371
Préfecture						
Ombella-M'poko	20,0	31,9	13,8	22,4	21,2	209
Lobaye	32,4	35,6	14,9	25,8	28,6	164
Mambéré-Kadéi	42,3	43,9	21,1	36,9	39,9	237
Nana-Mambéré	16,2	22,8	5,8	17,2	16,6	124
Sangha-Mbaéré	22,0	73,4	22,7	49,8	32,6	103
Ouham-Pendé	14,4	35,9	,0	21,6	17,1	267
Ouham	12,4	34,0	7,1	21,8	16,4	158
Kémo	25,7	40,6	13,6	28,8	26,9	61
Nana-Grébizi	22,3	29,1	34,1	31,4	26,8	41
Ouaka	27,9	19,2	18,7	19,0	24,5	157
Haute-Kotto	40,4	35,2	31,4	34,1	38,4	36
Bamingui-Bangoran	24,9	36,5	20,5	27,0	25,6	24
Basse-Kotto	13,9	47,4	23,5	40,3	24,0	135
Mbomou	20,0	35,6	14,0	26,1	22,0	99
Haut-Mbomou	44,7	40,8	22,6	38,4	41,6	27
Bangui	22,4	29,9	26,3	28,3	25,6	342
Région Administrative						
Région 1	24,9	33,8	14,3	24,0	24,4	372
Région 2	30,2	43,2	17,8	34,5	32,0	464
Région 3	13,7	35,2	3,1	21,7	16,8	425
Région 4	26,6	25,1	21,0	23,6	25,4	259
Région 5	34,3	35,6	25,0	31,2	33,3	59
Région 6	19,0	43,0	19,2	35,3	25,0	261
Région 7	22,4	29,9	26,3	28,3	25,6	342
Niveau d'instruction de la mère						
Sans niveau	24,8	43,3	11,2	31,1	27,4	908
Primaire	21,2	28,8	20,3	25,3	23,1	965
Secondaire +	24,0	34,4	18,8	26,8	25,4	302
Quintile de bien-être économique						
Très pauvre	19,4	32,7	11,3	24,5	21,4	468
Pauvre	23,7	36,3	7,8	25,5	24,4	459
Moyen	26,1	39,5	19,3	31,6	28,5	488
Riche	24,3	30,9	16,4	24,3	24,3	411
Très riche	22,1	37,8	26,6	32,8	27,6	356
Ethnie du chef de ménage						
Haoussa	8,9	25,4	36,5	29,1	19,6	81
Sara	18,9	40,6	8,3	27,5	23,4	100
Mboum	12,2	42,2	15,8	28,8	18,6	137
Gbaya	24,3	39,1	15,0	29,9	26,7	680
Mandjia	17,2	27,0	13,7	20,6	18,9	213
Banda	28,6	30,0	14,4	24,2	26,7	482
Ngbaka-Bantou	25,9	55,3	11,2	33,8	29,2	195
Yakoma-Sango	17,3	29,6	25,7	27,9	22,5	153
Zandé/Nzakara	30,2	37,2	29,4	34,3	32,2	67
Autres ethnies locales	49,2	12,7	21,5	14,6	37,4	35
Ethnies non	,0	54,1	,0	31,9	9,9	27
Manquant	30,3	40,8	92,0	69,8	44,5	14
Total	**23,1**	**35,5**	**16,6**	**27,8**	**25,2**	**2183**

L'analyse selon le quintile de bien-être économique des ménages indique que ce sont les enfants issus des ménages très riches qui sont plus correctement nourris que ceux des ménages très pauvres avec une proportion de 29% contre 21%. On observe une differenciation dans la pratique de l'allaitement et l'alimentation de l'enfant de moins d'un an selon l'ethnie du chef de ménage, très probablement en raison des pratiques socioculturelles et traditionnelles variables d'une ethnie à l'autre. Les enfants nés des pères d'ethnies Zandé-Nzakara (32%), Ngbaka-Bantou (29%), Banda et Gbaya (27%), semblent être plus adéquatement nourris que leurs congénères nés des pères Haoussa, Mboum et Mandja, avec des taux respectivement de 20%, et 19%.

5.3 Iodation du sel

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

Pour réaliser cet objectif international, le Gouvernement Centrafricain, a développé et met en œuvre depuis 1994 un programme national de lutte contre les TDCI, visant l'élimination des troubles liés à la carence en iode comme problèmes de santé publique en RCA et utilisant principalement la promotion de la consommation universelle du sel iodé.

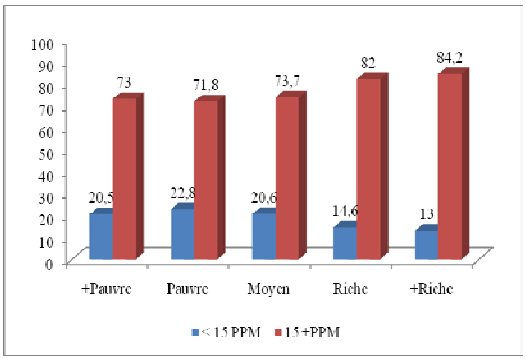
5.3.1 Consommation du sel iodé par les ménages

Le Tableau NU.5 montre que dans environ 80% des ménages, le sel de cuisine a été testé en utilisant des kits testeur d'iode pour déterminer sa teneur en iodate de potassium. Dans une très petite proportion des ménages 1% ; il n'y avait pas de sel ; dans 4% des ménages, le sel testé ne contenait pas du tout d'iode contre 95% qui disposaient de sel iodé. Parmi ces derniers, 76% avaient du sel adéquatement iodé, tandis que 19% disposaient du sel insuffisamment iodé avec une teneur en iode en dessous de seuil recommandé (15 PPM).

L'utilisation du sel iodé est très variable selon les régions. Le tableau NU.5 indique que c'est dans la capitale Bangui et dans les préfectures avoisinantes que la consommation du sel adéquatement iodé est plus largement répandue, avec des taux de 88% dans la Région 1, 85% dans la région 7 (Bangui) et notamment dans les préfectures de l'Ombella-M'poko (89%), de la Lobaye (87%) et de la Kémo (90%). Par ailleurs, on observe que dans les régions 2 au sud–ouest, 3 au nord et 5 au nord-est près de 3 ménages sur 4 consomment du sel adéquatement iodé. Les régions et les préfectures qui enregistrent des taux de consommation les plus faibles sont : le Mbomou (54%) et le Haut Mbomou (68%) dans la région 6 (65%), la Ouaka (62%) et la Nana Gribizi (63%) dans la région 4 et le Bamingui Bangoran (63%) dans la région 5 (71%).

La consommation du sel iodé varie aussi en fonction du milieu de résidence : les ménages urbains ayant plus de chance d'accéder au sel adéquatement iodé avec un taux de 81% contre 74% dans les ménages ruraux.

Figure NU.4 : Taux de consommation du sel iodé par quantile du bien-être économique, RCA, MICS 2006



De même, on observe que le taux de consommation du sel adéquatement iodé varie proportionnellement au pouvoir d'achat des ménages : les taux étant plus élevés dans les ménages les plus riches (84%) que dans les ménages pauvres (71%). Une proportion importante de ménages disposant du sel insuffisamment iodé est une situation préoccupante qui mérite une attention particulière des services compétents en la matière (Figure NU.4).

Tableau NU.5 : Consommation de sel iodé : Pourcentage de ménages consommant du sel correctement iodé, RCA, 2006.

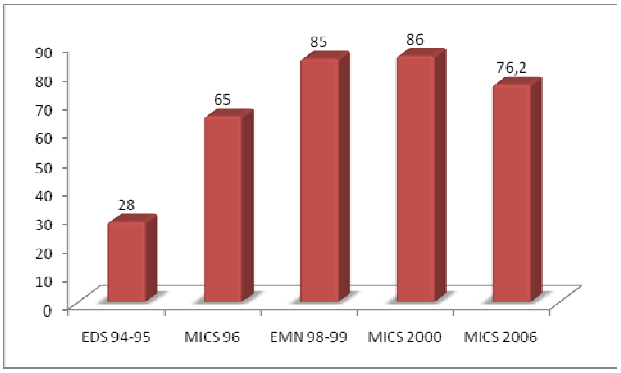
Caractéristiques	Pourcentage de ménages dont le sel a été analysé	Nombre de ménages interrogés	Pourcentage de ménages					Nombre de ménages sans sel ou dont le sel a été analysé
			Sans sel	Ayant le résultat de l'analyse du sel				
				Sel non iodé	< 15 PPM	15+ PPM*	Total	
Région								
Région 1	80,8	1782	1,1	1,5	9,4	88	100	1777
Région 2	85,1	2475	0,3	2,9	21,2	75,6	100	2464
Région 3	76,7	2282	1,3	4,3	20	74,5	100	2278
Région 4	74,2	1450	2,2	3,8	25,7	68,3	100	1445
Région 5	75,4	402	5,8	3,5	19,5	71,2	100	401
Région 6	75,5	1763	0,4	10,4	23,9	65,4	100	1756
Région 7	86,2	1569	0,6	1,4	13,1	85	100	1559
Préfectures								
Ombella-M'poko	81,4	1038	0,6	1,5	8,9	89	100	1036
Lobaye	80,1	744	1,7	1,6	10,2	86,6	100	741
Mambéré-Kadéi	86,4	1285	0,1	2,4	22,4	75,1	100	1284
Nana-Mambéré	83,7	772	0,6	4,6	20,5	74,2	100	767
Sangha-Mbaéré	83,9	417	0,4	1,1	18,7	79,8	100	414
Ouham-Pendé	76,2	1404	0,4	2,8	19,3	77,5	100	1400
Ouham	77,4	878	2,5	6,5	21	69,9	100	878
Kémo	76,6	320	0,1	1,4	8,8	89,7	100	317
Nana-Grébizi	67,9	275	8,4	3,5	24,7	63,3	100	273
Ouaka	75,3	855	1	4,9	32,4	61,8	100	855
Haute-Kotto	80,3	274	5,9	3,5	16,3	74,3	100	274
Bamingui-Bangoran	64,7	127	5,5	3,5	28	63	100	126
Basse-Kotto	75,3	973	0	8,4	19,7	71,9	100	966
Mbomou	78,6	587	0,4	16	29,5	54,1	100	586
Haut-Mbomou	67,8	204	2,3	2,4	26,9	68,4	100	203
Bangui	86,2	1569	0,6	1,4	13,1	85	100	1559
Milieu de résidence								
urbain	82,1	4095	0,9	2,4	15,8	80,8	100	4069
rural	78,6	7628	1,1	4,7	20,5	73,6	100	7610
Quintile du bien-être économique								
Le plus pauvre	72,2	3141	1,2	5,3	20,5	73	100	3132
Pauvre	78,9	2635	1	4,5	22,8	71,8	100	2628
Moyen	81,2	2344	1,1	4,5	20,6	73,7	100	2340
Riche	84,9	1998	1	2,4	14,6	82	100	1985
Le plus riche	87,9	1605	1	1,8	13	84,2	100	1594
Total	**79,8**	**11723**	**1,1**	**3,9**	**18,8**	**76,2**	**100**	**11679**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006 *MICS indicateur 41

5.3.2 Evolution du taux de consommation du sel iodé de 1995 à 2006 en RCA

La figure ci-dessous montre que la consommation du sel iodé qui était en évolution régulière croissante depuis le début du programme de lutte contre les TDCI est en dégringolade selon les résultats de la MICS 2006. Cette situation en relation avec la sévérité des crises militaro-politiques qui perdurent dans les régions du Nord–Est reconnues comme porte d'entrée de sel non iodé en provenance des pays voisins.

Figure NU.5: Evolution du taux (%) de consommation du sel iodé par les ménages en RCA, MICS 2006



5.4 Supplémentation en vitamine A

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

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

Pour les pays qui ont des problèmes de carence en vitamine A, les recommandations internationales actuelles préconisent l'administration d'une dose élevée de vitamine A tous les quatre à six mois, pour tous les enfants entre six et 59 mois vivant dans les régions affectées. Donner aux jeunes enfants deux capsules de vitamine A par an est une stratégie sûre, peu coûteuse et efficace pour éliminer la carence en vitamine A et améliorer leur survie. Donner de la vitamine A aux nouvelles mères allaitantes aide à protéger leurs enfants durant les six premiers mois de la vie et aide à la reconstitution des réserves de la mère en vitamine A, qui s'épuisent pendant la grossesse et l'allaitement. Pour les pays qui ont des programmes de supplémentation en vitamine A, l'indicateur est le pourcentage des enfants de 6 à 59 mois qui ont reçu au moins une dose de supplément en vitamine A au cours des six derniers mois. Sur la base des directives de l'UNICEF et de l'OMS, le ministère de la santé de la RCA recommande que les enfants de 6 à 59 mois reçoivent une capsule de vitamine A tous les six mois. Les capsules de vitamine A sont associées aux services de vaccination et sont données quand l'enfant entre en contact avec ces services après ses six mois ou lors des campagnes spéciales de vaccination de masse. Il est également recommandé que les mères d'enfants prennent un supplément de vitamine A huit semaines suivant l'accouchement en raison des besoins accrus en vitamine A pendant la grossesse et l'allaitement.

5.4.1 Supplémentation en vitamine des enfants de 6 à 59 mois

Selon le tableau NU.6, au cours des six derniers mois précédents l'enquête, environ deux tiers (60%) d'enfants en RCA âgés de 6 à 59 mois ont été supplémentés en vitamine A, tandis que 19% n'ont jamais reçu une capsule de vitamine A. Il n'y a pas de différence notable de la couverture de la supplémentation en vitamine A entre les garçons et les filles, de même, elle n'est pas influencée par le niveau d'éducation des mères, ni le pouvoir d'achat des ménages, ni le milieu de résidence, ceci militant en faveur de l'efficacité de la stratégie de distribution gratuite de masse mise en œuvre par le programme. Toutefois, on observe que cette tendance globale cache les disparités dans l'accès au programme de supplémentation en vitamine A mise en exergue par la proportion importante d'enfants de 6 à 59 mois n'ayant jamais reçu un supplément de vitamine A au jour de l'enquête, malgré les nombreuses campagnes de

distribution de masse organisées ces cinq dernières années. En effet, en milieu rural 23% d'enfants n'ont jamais reçu des suppléments de vitamine A contre 12% en milieu urbain ; les enfants nés de mère sans niveau d'éducation sont plus exposés (26%) à la non supplémentation que leurs pairs dont les mères ont atteint le cycle primaire (15%) et secondaire (10%) ; 29% d'enfants de 6 à 59 mois issus des ménages pauvres n'ont jamais reçu un supplément de vitamine A contre 11% seulement de ceux issus des ménages riches.

Au niveau régional, c'est dans la capitale Bangui que l'on observe la couverture la plus faible de supplémentation en vitamine A (49%) chez les enfants de 6 à 59 mois au cours des six derniers mois comparée aux sept autres régions ou le pourcentage varie de 58% à 65%. Au niveau préfectoral, les performances les plus faibles sont observées dans les préfectures suivantes : Ombella-M'poko (53%), Ouham Pendé (51%), Nana-Grébizi (56%), Bamingui Bangoran (54%), et Haut Mbomou (40%). Par contre, c'est dans la Sangha Mbaéré (77%), l'Ouham (70%) et la Lobaye (67%) que l'on observe la meilleure couverture de supplémentation en vitamine A des enfants, bien que inférieure à l'objectif national qui est de plus de 90%.

La distribution par tranche d'âge indique que les enfants de moins de 3 ans ont plus de chance d'être supplémentés que ceux plus âgés de 3 à 5 ans (problème de suivi de croissance des nourrissons de deuxième âge). La répartition en pourcentage d'enfants supplémentés en vitamine A par groupe ethnique indique que les enfants des groupes suivants ont un accès aux suppléments de vitamine A supérieur à la moyenne nationale : autres groupes ethniques (72%), Yakoma-Sango (63%), Gbaya (62%), Banda (62%) et ethnies non centrafricaines (61%).

La comparaison de la proportion d'enfants supplémentés en vitamine A telle que déterminée par la MICS3– 2006 avec les résultats de la MICS 2000 montre une très forte amélioration de la couverture de la supplémentation en vitamine A qui est passée de 10 à 60%.

Tableau NU.6 : Compléments en vitamine A pour les enfants : Répartition en pourcentage des enfants de 6-59 mois par prise ou non d'une dose élevée de compléments en vitamine A au cours des 6 derniers mois, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage d'enfants ayant reçu de la vitamine A :			N'étant pas sûr d'avoir reçu de la vitamine A	N'ayant jamais reçu de la vitamine A	Total	Nombre d'enfants de 6-59 mois
	Au cours des derniers 6 mois*	Avant les derniers 6 mois	Ne sait pas quand				
Sexe							
Masculin	60,3	9,3	10	1,7	18,7	100	4191
Féminin	60,1	8,9	10	1,6	19,4	100	4046
Région							
Région 1	58,8	13,9	9,1	0,6	17,6	100	1285
Région 2	65,6	4,7	11,1	3,1	15,6	100	1966
Région 3	58,6	6,3	5,9	1,7	27,4	100	1659
Région 4	65,1	8,1	7,5	0,8	18,6	100	935
Région 5	62,5	6,8	7,9	0,4	22,3	100	227
Région 6	63,2	5,5	8,0	0,9	22,5	100	876
Région 7	49,2	18,3	18,2	2,0	12,3	100	1289
Préfectures							
Ombella-M'poko	52,7	15,3	11,9	1	19,1	100	730
Lobaye	66,8	12	5,4	0,1	15,7	100	555
Mambéré-Kadéi	63,2	4,8	11,8	4,7	15,5	100	1033
Nana-Mambéré	61,3	6,7	7,9	1,5	22,6	100	526
Sangha-Mbaéré	77,2	1,7	13,2	1,1	6,7	100	407
Ouham-Pendé	51,1	8	6,3	2,7	31,9	100	1009
Ouham	70,4	3,7	5,4	0,1	20,4	100	650
Kémo	60,7	6,8	13	1	18,4	100	185
Nana-Grébizi	56,3	14,6	8,1	1,1	19,9	100	187
Ouaka	69,4	6,3	5,4	0,6	18,2	100	563
Haute-Kotto	67,3	4,8	7,5	0	20,5	100	145
Bamingui-Bangoran	54,1	10,5	8,7	1,2	25,6	100	82
Basse-Kotto	64,4	5,8	4,2	0	25,6	100	457
Mbomou	67	1,3	13,5	1,7	16,5	100	338
Haut-Mbomou	40,3	21,1	6,7	2,3	29,6	100	81
Bangui	49,2	18,3	18,2	2	12,3	100	1289
Milieu de résidence							
U rbain	58,5	13,9	14,2	1,6	11,8	100	3081
Rrural	61,2	6,2	7,5	1,7	23,3	100	5156
Age							
6-11 mois	62,1	6,2	5,7	1,6	24,3	100	967
12-23 mois	63,7	9,6	7	0,9	18,9	100	1844
24-35 mois	61	9,4	11	1,5	17	100	1814
36-47 mois	57,3	9	12	2,5	19,1	100	1936
48-59 mois	57,6	10,1	12,4	1,8	18,2	100	1676
Instruction de la mère							
Aucune	58,3	5,8	7,4	2	26,5	100	3527
Primaire	63,3	9,8	11	1,2	14,8	100	3418
Secondaire +	57,2	16,2	14,7	2,2	9,7	100	1253
Quintiles de bien-être économique							
Plus pauvre	57,8	5,5	6,4	0,8	29,6	100	1684
Deuxième	62,5	6,4	7,2	1,4	22,5	100	1748
Moyen	61,8	7,6	9,5	2,6	18,5	100	1774
Quatrième	61,9	12,3	11,8	2,1	11,9	100	1625
Plus riche	56,1	15,1	16,5	1,5	10,8	100	1407
Ethnie du chef de ménage							
Haoussa	52,3	8,1	13,5	2,4	23,6	100	416
Sara	50,8	12,1	9,5	1,3	26,4	100	384
Mboum	58,9	3,8	6,4	1,9	29,1	100	534
Gbaya	62,3	7	9,8	2,5	18,5	100	2747
Mandjia	57,7	12,4	9,4	0,5	20	100	779
Banda	61,5	8,6	8,4	1,5	20	100	1693
Ngbaka-Bantou	58,6	16	12,6	1,2	11,5	100	662
Yakoma-Sango	63,4	11,1	15	0,5	10	100	584
Zandé/Nzakara	59,2	12,4	10,5	1,8	16,2	100	238
Autres ethnies locales	72,6	0	8,4	0	19	100	83
Ethnies non centrafricaines	61,2	13,4	5,1	1,7	18,7	100	79
Manquant	51,8	13,3	18,9	0	16	100	39
Total	**60,2**	**9,1**	**10**	**1,7**	**19**	**100**	**8237**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* Indicateur MICS 42

5.3.2 Statut de la supplémentation en vitamine A des femmes en post partum immédiat

Selon le tableau NU.7, sur les 4126 femmes ayant accouché d'un enfant vivant dans les deux ans ayant précédé l'enquête, seulement environ 2 femmes sur 5 (soit 40%) ont reçu au cours des huit semaines qui ont suivi l'accouchement (femmes en post partum immédiat) des suppléments de vitamine A dans le but de renouveler leur réserve sanguine de vitamine A. Près de 2% d'entre elles ne se sont pas souvenues d'avoir bénéficié de ces suppléments. On constate que la couverture de la supplémentation en vitamine A des femmes en post partum immédiat se fait en défaveur des celles vivant en zone rurale, car seulement 33% ont reçu les capsules de vitamine A comparée à 51% en milieu urbain. L'accès à la supplémentation en vitamine est aussi influencé par le niveau d'éducation des mères et le pouvoir d'achat des ménages. En effet, seulement 30% des femmes sans niveau d'éducation sont supplémentées en vitamine A comparées à 43% et 55% des femmes qui ont atteint le niveau primaire et secondaire. La différence du taux de supplémentation entre les ménages « plus pauvres » et « plus riches » est de plus 100% variant de 27% à 55%, malgré la gratuité du service.

Tableau NU.7 : Compléments en vitamine A pour les accouchées : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant eu un enfant né vivant au cours des 2 années précédant l'enquête, réparties par prise ou non d'une dose élevée de compléments en vitamine A avant que le nourrisson n'atteigne 8 semaines, RCA, 2006.

Caractéristiques	A reçu des compléments en vitamine A*	N'est pas sûre d'avoir reçu de la vitamine A	Nombre de femmes de 15-49 ans
Région			
Région 1	37,5	0,1	648
Région 2	43,1	1,3	915
Région 3	32,6	2,8	802
Région 4	42,4	1,3	480
Région 5	48,1	3,5	112
Région 6	26,9	1,5	487
Région 7	51,9	3,6	682
Préfectures			
Ombella-M'poko	44,6	0,3	366
Lobaye	28,3	0	282
Mambéré-Kadéi	39,4	1,1	489
Nana-Mambéré	52,3	2,3	244
Sangha-Mbaéré	40,9	0,7	182
Ouham-Pendé	36,5	4,2	482
Ouham	26,5	0,6	319
Kémo	38,2	1,2	110
Nana-Grébizi	47,8	2,5	87
Ouaka	42,4	0,9	284
Haute-Kotto	52,5	4,7	70
Bamingui-Bangoran	40,6	1,5	41
Basse-Kotto	24,5	2,1	263
Mbomou	22	1,1	174
Haut-Mbomou	56,7	0	50
Bangui	51,9	3,6	682
Milieu Résidence			
Urbain	50,5	2,1	1593
Rural	33	1,7	2533
Instruction de la mère			
Aucune	30	2,2	1665
Primaire	43,3	1,1	1806
Secondaire +	55,1	3,2	639
Quintiles de bien-être économique			
Plus pauvre	26,5	1,7	862
Deuxième	35,2	1,8	874
Moyen	39,7	1,6	890
Quatrième	46	2,5	785
Plus riche	54,7	1,9	714
Ethnie du chef de ménage			
Haoussa	48,2	4	185
Sara	29,6	3,9	195
Mboum	45,7	2,6	265
Gbaya	37,9	1,8	1298
Mandjia	41,5	1,7	370
Banda	40	2	920
Ngbaka-Bantou	39,6	1,7	327
Yakoma-Sango	43,2	0,3	299
Zande/Nzakara	39,8	0,9	130
Autres ethnies locales	24,3	0	60
Ethnies non centrafricaines	36,8	0	47
Manquant	61,8	0	28
Total	**39,8**	**1,9**	**4126**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006 * Indicateur MICS 43

La distribution du taux de supplémentation en vitamine A des femmes en post partum immédiat par région indique qu'outre les femmes de la capitale Bangui (52%), seules celles des régions 2, 4 et 5 ont plus de chance de recevoir les capsules de vitamine A. Au niveau préfectoral, le taux est supérieur à la moyenne nationale dans le Haut-Mbomou, la Haute-Kotto et la Nana-Mambéré. Selon le groupe ethnique du chef de ménage, la couverture est plus élevée chez les femmes dont le chef de ménage est Haoussa (48%) et Mboum (46%). Par contre les taux les plus faibles sont observés chez celles dont le chef de ménage est Sara (30%) ou issus d'autres ethnies locales (24%).

5.4 Faible poids à la naissance

Le poids à la naissance est un bon indicateur non seulement de la santé et de l'état nutritionnel de la mère mais également des chances de survie, de croissance, de santé à long terme et de développement psychosocial du nouveau-né. Un faible poids à la naissance (moins de 2500 grammes) comporte une série de risques graves pour la santé des enfants. Les bébés sous-alimentés dans le ventre de leurs mères risquent davantage de mourir au cours de leurs premiers mois et années. Ceux qui survivent ont un système immunitaire affaibli et ont plus de risques de tomber malades; ils vont probablement rester malnutris ce qui va entraîner une réduction de leur force musculaire tout au long de leur vie. Ils seront en outre davantage exposés au diabète et aux maladies cardiovasculaires à l'âge adulte. Les enfants présentant un faible poids à la naissance ont tendance à avoir un quotient intellectuel plus bas et des troubles cognitifs, qui ont une incidence sur leur réussite scolaire et leurs opportunités d'emploi en tant qu'adultes.

Dans les pays en développement, un faible poids à la naissance découle principalement d'une mauvaise santé et d'un mauvais état nutritionnel de la mère. Trois facteurs ont le plus d'impact: le mauvais état nutritionnel de la mère avant la conception, sa petite taille (due principalement à la malnutrition et aux infections contractées durant son enfance) et une mauvaise nutrition durant la grossesse. La prise de poids insuffisante durant la grossesse joue un rôle particulièrement important puisque responsable en grande partie du retard de la croissance du fœtus., Des maladies comme la diarrhée et le paludisme, qui sont courantes dans de nombreux pays en développement, peuvent sensiblement retarder la croissance du fœtus si la mère en est atteinte durant sa grossesse.

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

Un des principaux obstacles à l'évaluation de l'incidence du faible poids à la naissance est le fait que plus de la moitié des nourrissons ne sont pas pesés à la naissance dans les pays en développement. Par le passé, la plupart des estimations de la faiblesse du poids à la naissance dans les pays en développement étaient basées sur les données collectées auprès des structures sanitaires. Cependant, ces estimations sont biaisées pour la plupart des pays en développement parce que la majorité des nouveau-nés ne naissent pas dans ces structures, et ceux qui y voient le jour ne représentent qu'un échantillon sélectionné de toutes les naissances.

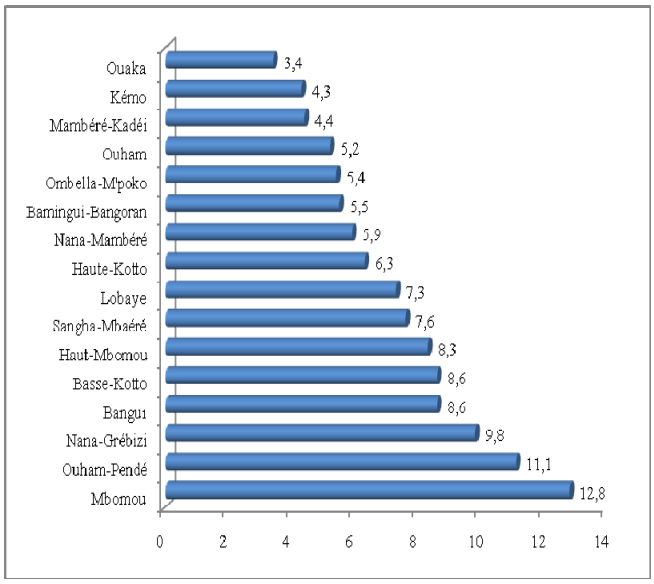
Etant donné que de nombreux nourrissons ne sont pas pesés à la naissance et que ceux qui le sont peuvent constituer un échantillon biaisé de toutes les naissances, le poids à la naissance notifié ne peut généralement pas être utilisé pour évaluer la prévalence du faible poids à la naissance pour tous les enfants. Par conséquent, le pourcentage des naissances dont le poids est inférieur à 2500 grammes est calculé à partir de deux éléments du questionnaire:

l'évaluation faite par la mère de la taille de l'enfant à la naissance (c'est à dire très petit, plus petit que la moyenne, moyen, plus gros que la moyenne, très gros) et le rappel de la mère du poids ou le poids tel qu'enregistré sur une fiche de santé si l'enfant a été pesé à la naissance[2].

Sur un total de 4126 naissances vivantes enregistrées dans les ménages visités, seulement 56% de nourrissons avaient été pesés à la naissance, dont 13% avaient une insuffisance pondérale, donc exposés au risque élevé de décès. Ces deux proportions sont presque identiques à celles observées lors de la MICS 2000. Mais, selon l'estimation du poids des enfants par leur mère, seulement 8% des nourrissons nés vivants auraient un faible poids à la naissance (enfant de taille « plus petit que la moyenne » et « très petit »). Le faible poids à la naissance semblerait plus fréquent en zone urbaine (9%) qu'en zone rurale (7%) et est de façon inattendue plus répandue parmi les enfants nés de mères avec un niveau d'éducation secondaire (10%) ou primaire (8%) que les mères non instruites (7%). Le faible poids à la naissance semble encore plus affecter les enfants issus des ménages riches (9%) que ceux nés des ménages pauvres.

La distribution par région du pourcentage d'enfants avec un faible poids à la naissance selon l'estimation des mères montre une faible variabilité entre les régions à l'exception des régions 3 et 1 qui ont respectivement les taux les plus faible (5%) et élevé (10%).

Figure NU.5 : Pourcentage d'enfants avec un faible poids à la naissance par préfecture



Les préfectures les plus affectées selon la déclaration des mères sont la Nana-Grébizi, l'Ouham-Pendé et le Mbomou. Dans les préfectures de Lobaye, Haute-Kotto, Sangha-Mbaéré, Haut-Mbomou, Basse-Kotto et Bangui, sont moyennement affectées et celles moins affectées sont : la Ouaka, Kémo, Mambéré-Kadéï, Ouham, et Ombella-M'poko (Figure NU.5).

Selon le groupe ethnique du chef de ménage, les enfants les plus exposés à l'insuffisance pondérale à la naissance sont issus des groupes ethniques suivants : autres ethnies locales, Haoussa, ethnies non centrafricaines, Sara et Sango-Yakoma.

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

Tableau NU.8a : Enfant de faible poids à la naissance : Pourcentage de naissances vivantes au cours des deux dernières années précédant l'enquête selon l'appréciation du poids à la naissance, RCA, 2006

Caractéristiques	Taille de votre dernier enfant						Pourcentage de naissances vivantes avec un poids < 2500 grammes *	Pourcentage d'enfants pesés à la naissance **	Nombre de naissances vivantes
	Très large	Plus large que la moyenne	Moyen	Plus petit que la moyenne	Très petit	NSP/Manquant			
Milieu de Résidence									
Urbain	23,2	22,6	44,1	6,0	2,6	1,5	13,7	83,3	1593
Rural	25,1	22,9	41,4	4,3	2,6	3,6	12,6	39,3	2533
Préfectures									
Ombella-M'poko	33,1	20,4	38,7	4,4	2,9	,5	12,5	70,4	366
Lobaye	25,4	19,7	41,8	8,4	4,4	,2	15,8	68,9	282
Mambéré-Kadéi	27,6	22,3	38,6	4,4	4,2	2,9	13,4	48,2	489
Nana-Mambéré	37,6	7,4	41,7	2,8	1,5	9,0	11,6	32,1	244
Sangha-Mbaéré	20,1	18,1	56,6	3,2	1,2	,8	13,1	80,3	182
Ouham-Pendé	19,8	33,8	36,8	2,5	3,8	3,4	11,7	48,3	482
Ouham	29,7	19,6	42,4	1,7	1,7	4,7	11,0	34,2	319
Kémo	18,1	22,5	50,0	5,8	1,8	1,8	13,8	41,0	110
Nana-Grébizi	23,4	25,7	34,0	3,4	2,0	11,6	10,9	44,8	87
Ouaka	28,4	21,9	39,8	5,8	2,8	1,3	13,2	43,6	284
Haute-Kotto	27,5	21,4	32,4	8,7	2,4	7,6	13,4	54,6	70
Bamingui-Bangoran	28,4	23,0	36,1	4,5	1,4	6,6	11,2	56,0	41
Basse-Kotto	15,5	26,0	50,6	5,5	,0	2,3	12,4	22,5	263
Mbomou	10,2	22,1	57,7	6,9	1,4	1,7	15,0	50,0	174
Haut-Mbomou	20,4	32,9	40,9	4,0	1,2	,7	11,1	82,7	50
Bangui	20,4	24,5	43,6	7,5	2,3	1,7	14,1	89,5	682
Régions administratives									
Région 1	29,7	20,1	40,1	6,2	3,6	,4	13,9	69,8	648
Région 2	28,8	17,5	43,0	3,7	2,9	4,1	12,8	50,3	915
Région 3	23,7	28,1	39,0	2,2	3,0	3,9	11,5	42,7	802
Région 4	25,1	22,7	41,1	5,4	2,4	3,2	12,9	43,2	480
Région 5	27,8	22,0	33,8	7,1	2,0	7,2	12,6	55,1	112
Région 6	14,1	25,3	52,1	5,9	,6	1,9	13,2	38,5	487
Région 7	20,4	24,5	43,6	7,5	2,3	1,7	14,1	89,5	682
Niveau d'instruction de la mère									
Sans niveau	24,6	21,5	43,5	3,5	2,7	4,2	12,6	33,2	1665
Primaire	24,8	22,9	42,4	5,7	2,1	2,0	13,0	65,2	1806
Secondaire & +	22,7	25,2	40,2	6,6	3,7	1,6	14,1	90,5	639
Quintiles de bien-être économique									
Le plus pauvre	23,8	19,2	44,8	4,0	2,4	5,8	12,9	27,4	862
Pauvre	27,4	22,6	39,5	4,8	3,4	2,2	13,1	42,7	874
Moyen	24,1	24,4	42,7	4,3	2,4	2,1	12,5	54,0	890
Riche	23,7	24,2	40,9	7,3	1,8	2,1	13,2	75,7	785
Le plus riche	22,6	23,7	44,6	4,6	3,0	1,5	13,3	89,1	714
Ethnie du chef de ménage									
Haoussa	23,8	15,7	46,6	5,9	3,9	4,1	15,0	57,9	185
Sara	18,0	24,3	42,8	4,0	5,3	5,7	14,4	57,2	195
Mboum	23,3	34,1	32,5	2,6	4,5	3,1	11,6	45,8	265
Gbaya	29,7	18,7	41,4	4,7	2,3	3,2	12,7	51,1	1298
Mandjia	24,9	22,1	44,0	4,1	,9	4,0	11,6	52,2	370
Banda	23,7	22,1	44,1	5,5	1,7	2,8	12,9	48,8	920
Ngbaka-Bantou	23,1	26,2	40,9	6,7	2,2	,9	13,2	79,8	327
Yakoma-Sango	16,6	29,0	44,7	4,7	4,4	,7	14,2	73,1	299
Zande/Nzakara	19,3	26,1	47,0	6,4	,2	1,0	12,5	80,5	130
Autres ethnies locales	6,0	36,2	44,1	5,7	7,7	,3	16,7	54,2	60
Ethnies non centrafricaines	30,8	15,4	44,4	4,4	4,9	,0	14,7	71,6	47
Manquant	1,8	37,4	49,3	10,2	,0	1,2	14,1	88,0	28
Total	**24,4**	**22,8**	**42,5**	**5,0**	**2,6**	**2,8**	**13,0**	**56,3**	**4126**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006 * Indicateur MICS 9** Indicateur MICS 10

5.5 Anémie

Le manque de fer est la forme de carence en micronutriments la plus répandue dans le monde et elle affecte plus de 3,5 milliards d'individus dans les pays en développement (ACC/SCN, 2000). L'anémie est une affection caractérisée par une réduction du nombre de globules rouges et un affaiblissement de la concentration de l'hémoglobine dans le sang. L'anémie est habituellement la conséquence d'une déficience alimentaire en fer, en vitamine B12 ou en d'autres nutriments. Bien que l'anémie puisse être causée par des parasitoses, des hémorragies, des affections congénitales ou des maladies chroniques, elle est due le plus souvent à une déficience alimentaire, dont à la base, un manque de fer (DeMaeyer, 1989 ; Yip, 1994).

Au cours de la MICS-3, en plus de la mesure de la taille et du poids des femmes et des enfants, on a également procédé à un test de sang prélevé. Ce test n'a eu lieu que dans un ménage sur deux de l'échantillon. Le prélèvement était réalisé de la manière suivante : (a) du sang capillaire était prélevé au moyen d'une piqûre au doigt faite à l'aide d'une petite lance rétractable (Tenderlette) ; (b) on laissait alors tomber une ou deux gouttes de sang sur une cuvette miniature que l'on plaçait ensuite dans un hémoglobinomètre portatif (HemoCue), appareil qui, en moins d'une minute, pouvait donner une mesure exacte du niveau (en grammes) d'hémoglobine par décilitre de sang ; et (c) cette valeur était enfin enregistrée dans le questionnaire.

L'anémie peut être classée en trois niveaux selon la concentration de l'hémoglobine dans le sang ; cette classification a été développée par des chercheurs de l'OMS (DeMaeyer, 1989). Ainsi, l'anémie est considérée comme sévère si la mesure d'hémoglobine par décilitre de sang est inférieure à 7,0 g/dl, elle est modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl et enfin, elle est qualifiée de légère si la mesure se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl. Pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, l'anémie sera considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 10,9 g/dl.

Le niveau d'hémoglobine dans le sang augmente avec l'altitude ; cependant, en RCA, la majorité de la population vit dans des régions de faibles altitudes, il ne s'est pas avéré nécessaire d'ajuster les valeurs de la concentration d'hémoglobine dans le sang.

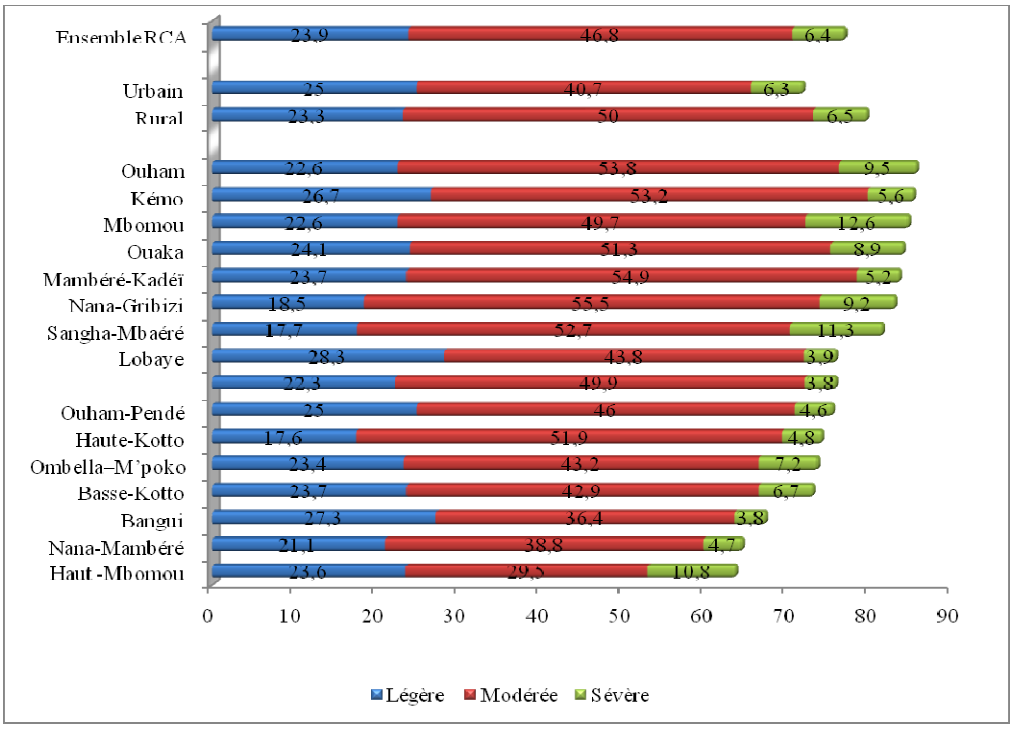
5.5.1 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Le tableau NU.9 indique qu'en République Centrafricaine près de huit enfants sur dix (77%) âgés de 6 à 59 mois sont atteints d'anémie : 24% sous une forme légère, 47% sous une forme modérée et 6% sont atteints d'anémie sévère. On ne constate pas d'écart significatif de prévalence entre les enfants vivant avec leurs mères et ceux dont la mère n'est pas dans le ménage.

Du point de vue de l'âge, c'est entre 9 et 11 mois que les enfants sont les plus touchés par l'anémie (91%). C'est probablement la période pendant laquelle beaucoup d'enfants ne reçoivent pas de compléments alimentaires en quantité et en qualité suffisantes. Les résultats font apparaître des différences très peu significatives entre les sexes (76% chez les garçons et 79% chez les filles), mais relativement significatives entre les milieux de résidence (72% en milieu urbain et 80% en milieu rural) et selon les préfectures (moins de 70% dans le Haut-Mbomou, la Nana-Mambéré et à Bangui ; moins de 80% dans six préfectures : la Basse-Kotto, l'Ombella-M'poko, la Haute-Kotto, l'Ouham-Pendé, la Lobaye, et le Bamingui-Bangoran, et plus de 80% dans les autres préfectures). Selon le niveau d'instruction, la proportion d'enfants anémiés est de 79% quand la mère a un niveau primaire contre 70% quand elle a au moins un niveau secondaire. Enfin, les résultats selon le quintile de bien-être

économique montrent que la prévalence de l'anémie des enfants diminue généralement des ménages les plus pauvres aux plus riches.

Figure NU.6: Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans



La majorité des enfants anémiés en souffrent modérément (47%). Les enfants souffrant d'anémie sévère présentent un profil sociodémographique différent de celui des enfants présentant la forme légère. On observe ainsi que la prévalence de l'anémie sévère est supérieure à la moyenne nationale dans la moitié des préfectures enquêtées (Mbomou, Sangha-Mbaéré, Haut-Mbomou, Ouham, Nana-Gribizi, Ouaka, Ombella-M'poko et Basse-Kotto). Dans les autres préfectures, le niveau d'anémie sévère varie entre 4% et 5%. La proportion d'enfants sévèrement anémiés diminue avec l'âge de l'enfant passant d'un maximum de presque 18% chez les enfants de 6 à 8 mois à moins de 1% chez ceux de 48 à 59 mois. Par sexe, les garçons souffrent d'anémie sévère légèrement plus que les filles (7% contre 6%). Concernant les autres variables, les différences sont moins prononcées.

Tableau NU.9 Prévalence de l'anémie chez les enfants : Pourcentage d'enfants de 6-59 mois anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, MICS-III RCA 2006

Caractéristiques	Anémie selon le niveau d'hémoglobine				
	Légère (10,0-10,9 g/dl)	Modérée (7,0-9,9 g/dl)	Sévère (en dessous de 7,0 g/dl)	Anémie	Effectif d'enfants
Age en mois					
6-8	17,8	54,2	17,7	89,7	278
9-11	23,9	52,8	14,1	90,8	236
12-17	15,1	59,3	12,1	86,5	574
18-23	18,0	58,9	8,6	85,5	416
24-35	22,8	49,4	5,8	78,1	940
36-47	27,8	42,6	2,2	72,6	995
48-59	32,0	28,7	0,9	61,6	779
Sexe					
Masculin	22,6	46,0	7,0	75,6	2 122
Féminin	25,1	47,5	5,9	78,6	2 095
Niveau d'instruction de la mère					
Sans instruction	22,9	49,0	6,2	78,1	1 743
Primaire ou programme non-formel	23,1	48,8	7,5	79,4	1 634
Secondaire ou plus	25,7	38,6	5,9	70,3	510
NSP/Manquant	*	*	*	*	7
Mère ne vivant pas dans le ménage	30,1	37,5	3,1	70,6	324
Milieu de résidence					
Urbain	25,0	40,7	6,3	72,0	1 457
Rural	23,3	50,0	6,5	79,8	2 761
Préfecture					
Ombella–M'poko	23,4	43,2	7,2	73,8	356
Lobaye	28,3	43,8	3,9	75,9	277
Mambéré-Kadéï	23,7	54,9	5,2	83,7	546
Nana-Mambéré	21,1	38,8	4,7	64,6	285
Sangha-Mbaéré	17,7	52,7	11,3	81,7	208
Ouham-Pendé	25,0	46,0	4,6	75,6	587
Ouham	22,6	53,8	9,5	85,9	346
Kémo	26,7	53,2	5,6	85,5	104
Nana-Gribizi	18,5	55,5	9,2	83,2	99
Ouaka	24,1	51,3	8,9	84,4	314
Haute-Kotto	17,6	51,9	4,8	74,3	76
Bamingui-Bangoran	22,3	49,9	3,8	76,1	38
Basse-Kotto	23,7	42,9	6,7	73,4	224
Mbomou	22,6	49,7	12,6	84,9	171
Haut -Mbomou	23,6	29,5	10,8	63,8	47
Bangui	27,3	36,4	3,8	67,5	539
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	20,6	51,9	6,6	79,2	878
Second	22,9	50,1	6,5	79,5	970
Moyen	24,5	52,1	6,8	83,4	936
Quatrième	26,4	41,7	6,1	74,2	768
Le plus riche	25,7	33,6	6,0	65,3	667
Ensemble	**23,9**	**46,8**	**6,4**	**77,1**	**4 218**

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

5.5.2 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Le tableau NU.10 présente les résultats des tests d'anémie pour les femmes. Quatre femmes sur dix sont anémiées: 31% souffrent d'anémie sous sa forme légère, 19% sous une forme modérée et moins de 1% sous une forme sévère. La prévalence de l'anémie varie en fonction des différentes variables sociodémographiques. En effet, elle est plus élevée chez les femmes de 20 à 24 ans (42%) que chez les femmes des autres groupes d'âges. Quel que soit le niveau d'hémoglobine, les femmes enceintes sont moins fréquemment anémiées (39%) que celles qui allaitent (41%). Elles sont autant anémiées que celles qui ne sont ni enceintes ni allaitantes (39%). Par contre, en ce qui concerne l'anémie modérée, il apparait que les femmes enceintes en souffrent trois fois plus que les femmes allaitantes (respectivement 19% et 6%). Elles sont aussi plus anémiées de façon modérée que celles qui ne sont ni enceintes ni allaitantes (7%).

On constate également des écarts de prévalence entre les milieux de résidence et entre les préfectures. Les femmes du milieu urbain sont moins fréquemment anémiées que celles du milieu rural (35% contre 43%). Au niveau régional, on distingue trois groupes de préfectures : celui où la prévalence de l'anémie est très élevée qui comprend les préfectures de la Kémo (52%) et de la Nana-Gribizi (59%) ; le groupe où la prévalence est inférieure à la moyenne nationale qui comprend cinq préfectures (Ombella–M'poko, Nana-Mambéré, Ouham-Pendé, Haute-Kotto et Haut-Mbomou) et la commune de Bangui ; et enfin le groupe intermédiaire où la prévalence varie entre 40% et 47% qui comprend les huit autres préfectures enquêtées (voir graphique NU.6). La prévalence de l'anémie diminue avec le niveau d'instruction (42% pour les femmes non instruites contre 37% pour celles ayant atteint le niveau secondaire). Il diminue aussi et avec le niveau de bien-être économique (46% pour les femmes des ménages les plus pauvres contre 30% pour celles des ménages les plus riches).

Figure NU.6: Prévalence de l'anémie chez les femmes de 15-49 ans

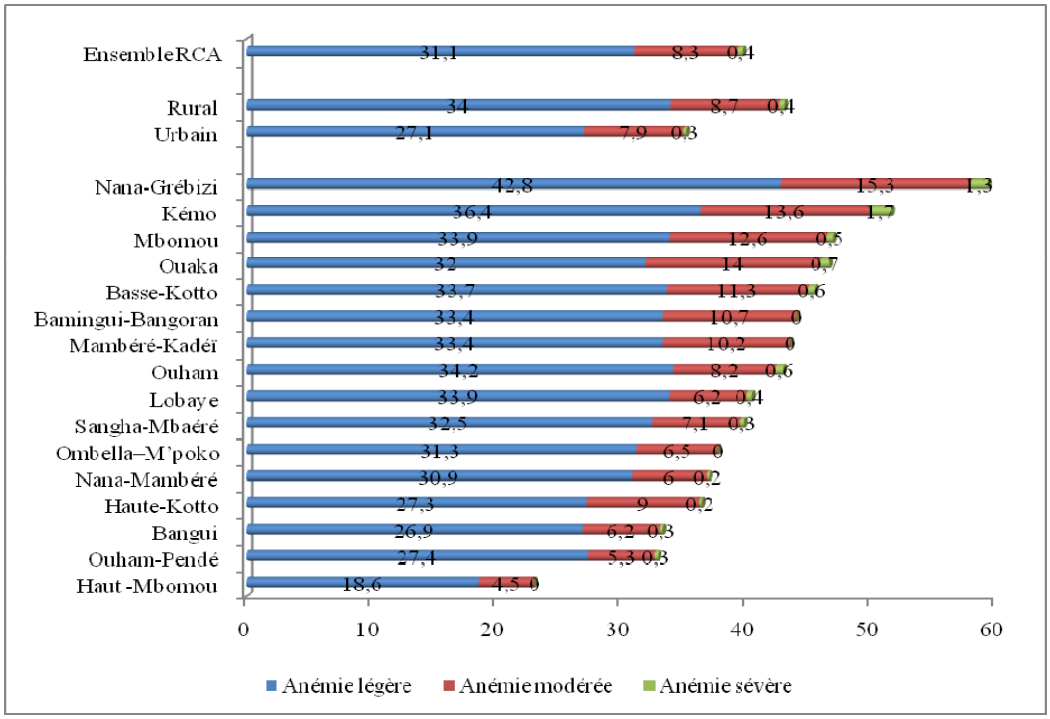


Tableau NU.10 : Prévalence de l'anémie chez les femmes : Pourcentage de femmes de 15-49 ans anémiées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, MICS-iii RCA 2006

Caractéristiques	Anémie selon le niveau d'hémoglobine				
	Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	Anémie	Effectif de femmes
Age					
15-19	29,0	9,5	0,3	38,8	1 226
20-24	33,3	8,4	0,5	42,2	1 159
25-29	30,5	8,4	0,2	39,2	959
30-34	32,2	5,9	0,1	38,3	744
35-39	29,2	11,5	0,7	41,4	603
40-44	32,8	6,1	1,1	40,0	531
45-49	31,5	7,2	0,0	38,7	383
État de la femme					
Enceinte	19,5	18,9	0,6	39,1	720
Allaité au cours des 2 dernières années	34,8	5,9	0,2	40,9	1 841
Ni l'un, ni l'autre	31,7	7,3	0,4	39,4	3 044
Milieu de Résidence					
Urbain	27,1	7,9	0,3	35,3	2 302
Rural	34,0	8,7	0,4	43,1	3 303
Préfecture					
Ombella–M'poko	31,3	6,5	0,0	37,8	444
Lobaye	33,9	6,2	0,4	40,5	322
Mambéré-Kadéï	33,4	10,2	0,0	43,6	600
Nana-Mambéré	30,9	6,0	0,2	37,2	399
Sangha-Mbaéré	32,5	7,1	0,3	39,9	262
Ouham-Pendé	27,4	5,3	0,3	33,0	666
Ouham	34,2	8,2	0,6	43,0	437
Kémo	36,4	13,6	1,7	51,8	147
Nana-Grébizi	42,8	15,3	1,3	59,4	133
Ouaka	32,0	14,0	0,7	46,7	401
Haute-Kotto	27,3	9,0	0,2	36,5	110
Bamingui-Bangoran	33,4	10,7	0,0	44,2	55
Basse-Kotto	33,7	11,3	0,6	45,7	344
Mbomou	33,9	12,6	0,5	47,0	219
Haut -Mbomou	18,6	4,5	0,0	23,1	88
Bangui	26,9	6,2	0,3	33,4	979
Niveau d'instruction					
Sans instruction	33,5	8,1	0,5	42,1	2 403
Primaire ou programme non-formel	29,8	8,5	0,3	38,6	2 313
Secondaire ou plus	28,3	8,8	0,3	37,3	889
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	34,2	10,8	0,7	45,7	1 090
Second	33,5	8,4	0,4	42,3	1 132
Moyen	33,0	9,6	0,3	42,9	1 173
Quatrième	30,9	7,6	0,4	38,9	1 070
Le plus riche	24,2	5,3	0,1	29,6	1 139
Ensemble	31,1	8,3	0,4	39,9	5 605

Note: Les femmes avec un taux d'hémoglobine <7,0 g/dl ont une anémie sévère, les femmes avec un taux entre 7,0 et 9,9 ont une anémie modéré, et les femmes enceintes avec un taux de 10,0 et 10,9 g/dl et les femmes non enceintes qui ont un taux entre 10,0 et 11,g/dl ont une anémie bénigne.

Le tableau NU.12 présente la prévalence de l'anémie chez les enfants selon la gravité de l'anémie chez leur mère. Sur 3 789 cas, on dispose à la fois de données sur les enfants et sur leurs mères. Globalement, les résultats montrent que quand la mère est anémiée, la proportion d'enfants anémiés est légèrement supérieure à celle observée au niveau global (83% contre 79%). Quelle que soit la gravité de l'anémie de la mère, c'est toujours sous la forme modérée que l'on constate les proportions les plus élevées d'enfants anémiés. Ainsi, parmi les enfants des mères avec une anémie modérée, 11% souffrent d'anémie sévère et 54% sont anémiés sous la forme modérée. Pareillement, parmi les enfants des mères avec une anémie légère, 7% souffrent d'anémie sévère et 52% sont anémiés sous la forme modérée. Le fait que la mère soit elle-même anémiée semble donc être un facteur déterminant de la prévalence de l'anémie chez les enfants.

Tableau NU.12 : Prévalence de l'anémie chez les enfants selon le niveau d'anémie de la mère : Pourcentage d'enfants de 6-59 mois par niveau d'anémie, selon le niveau d'anémie de la mère, MICS-III RCA 2006

		Pourcentage d'enfants anémiés			Effectif d'enfants
Anémie de la mère	Pourcentage d'enfants anémiés	Légère (10,0-10,9 g/dl)	Modérée (7,0-9,9 g/dl)	Sévère (en dessous de 7,0 g/dl)	
Anémié	82,6	22,9	51,9	7,9	1 590
Anémie selon le niveau d'hémoglobine					
Anémie légère (10,0-10,9 g/dl)	82,4	23,7	51,7	7,0	1 305
Anémie modérée (7,0-9,9 g/dl)	83,9	19,2	53,8	11,0	274
Anémie sévère (en dessous de 7,0 g/dl)	*	*	*	*	11
Ensemble	**77,8**	**23,3**	**47,8**	**6,8**	**3 789**

Note: Le tableau concerne seulement les enfants et les mères dont les taux d'hémoglobine sont disponibles.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

5.5.3 Prévalence de l'anémie chez les hommes

Le tableau NU.13 présente les résultats du test de l'anémie chez les hommes de 15 à 59 ans. Près de trois hommes sur dix sont anémiés (27%). Dans 13% des cas, les hommes présentent une anémie légère, 12% souffrent d'anémie modérée et enfin, moins de 1% en sont atteints sous la forme sévère. Les résultats selon l'âge montrent que c'est parmi les hommes de 50 à 59 ans (moyenne de 36%) que la prévalence de l'anémie est la plus élevée. À l'opposé, dans les groupes d'âges 20 à 34 ans, cette carence ne touche en moyenne que 22% des hommes. On constate en outre que cette prévalence varie selon le milieu de résidence puisqu'en milieu rural, 30% des hommes sont anémiés contre 23% en milieu urbain. De même, dans les préfectures, on note des écarts importants : dans les préfectures de la Nana-Gribizi (51%), la Basse-Kotto (40%) et la Kémo (37%), la prévalence est environ trois à deux fois plus élevée qu'à Bangui (18%), dans le Haut-Mbomou ou dans l'Ouham-Pendé (21%) qui se caractérisent par les proportions les plus faibles d'hommes anémiés. Le niveau d'instruction semble influencer le niveau de cette prévalence puisque 21% des hommes ayant un niveau secondaire ou plus présentent un état d'anémie contre 30% parmi ceux sans instruction ou ceux ayant un niveau primaire. Les résultats selon les quintiles de bien-être économique mettent en évidence une prévalence plus faible dans le quintile le plus riche par rapport aux autres (18% parmi les hommes des ménages les plus aisés contre 28% de ceux des ménages moyens et 34% parmi les hommes des ménages les plus pauvres).

Tableau NU.13 : Prévalence de l'anémie chez les hommes : Pourcentage d'hommes de 15-59 ans anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, MICS-III RCA 2006

Caractéristiques	Anémie selon le niveau d'hémoglobine				
	Légère (12,0-12,9 g/dl)	Modérée (9,0-11,9 g/dl)	Sévère (< 9,0 g/dl)	Anémie	Effectif d'hommes
Age					
15-19	14,5	15,5	0,6	30,6	737
20-24	10,6	10,5	0,3	21,4	814
25-29	14,1	7,7	0,3	22,1	722
30-34	13,3	8,6	0,6	22,5	654
35-39	11,3	14,4	1,5	27,2	517
40-44	12,8	14,7	1,5	28,9	418
45-49	16,6	16,2	2,0	34,8	391
50-54	16,4	20,3	0,7	37,5	281
55-59	13,8	20,1	1,1	35,0	208
Milieu de résidence					
Urbain	12,3	9,7	0,9	22,9	1 797
Rural	14,0	14,8	0,8	29,6	2 947
Préfecture					
Ombella–M'poko	10,8	11,8	1,1	23,7	370
Lobaye	14,0	13,0	0,5	27,5	296
Mambéré-Kadéï	13,8	10,6	0,6	25,0	538
Nana-Mambéré	13,7	9,0	0,5	23,2	314
Sangha-Mbaéré	14,6	9,8	0,9	25,3	215
Ouham-Pendé	10,7	10,2	0,0	21,0	524
Ouham	15,4	14,7	1,1	31,1	351
Kémo	18,6	17,1	0,9	36,6	127
Nana-Gribizi	19,9	29,6	1,8	51,4	116
Ouaka	12,6	18,2	1,1	31,9	333
Haute-Kotto	15,6	12,4	2,2	30,2	102
Bamingui-Bangoran	14,5	15,1	0,6	30,3	45
Basse-Kotto	15,0	23,8	0,8	39,7	392
Mbomou	12,4	20,8	3,0	36,2	181
Haut -Mbomou	16,9	2,3	0,9	20,1	63
Bangui	11,6	6,1	0,6	18,4	778
Niveau d'instruction					
Sans instruction	13,2	16,0	0,8	29,9	777
Primaire ou programme non-formel	14,9	14,3	0,8	30,0	2 416
Secondaire ou plus	11,1	9,1	0,9	21,0	1 550
Quintile du bien-être économique					
Le plus pauvre	15,8	17,2	1,0	33,9	987
Second	13,1	14,1	0,9	28,0	1 028
Moyen	13,2	13,7	0,9	27,8	941
Quatrième	13,7	11,5	0,7	25,9	867
Le plus riche	10,9	7,2	0,7	18,9	921
Ensemble	13,4	12,9	0,8	27,1	4 744

Conclusion

En dépit de ses nombreuses potentialités agro-écologiques et halieutiques, la RCA demeure l'un des pays où la situation nutritionnelle n'est guère satisfaisante. Les résultats obtenus en 2006 indiquent que la malnutrition est partout élevée sur l'ensemble du territoire national. Comparativement à l'année 1995, date de réalisation de la première enquête nationale sur le l'état nutritionnel des enfants en Centrafrique, on constate une tendance à l'aggravation des indices nutritionnels. A titre d'exemple, 23% des enfants en 1995, et 24% en l'an 2000 contre 28% en 2006 souffrent de l'insuffisance pondérale modérée.

L'allaitement au sein dès les premières heures qui suivent la naissance n'est guère respecté par la majorité des mères : à peine 39% d'entre elles ont commencé à allaiter leur bébé durant l'heure qui a suivi l'accouchement et 76% d'entre elles ont commencé l'allaitement 24 heures après l'accouchement.

Grâce à l'action conjointe du Gouvernement et des partenaires à travers les campagnes de vaccination et de supplémentation en vitamine A, on observe une nette amélioration de la couverture de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans passant de 10% en 2000 à 60% en 2006.

Par contre, la consommation du sel iodé qui était en évolution croissante depuis le début du programme de lutte contre les TDCI a décru de façon considérable passant de 28% en 1995 à 86% en 2000 pour ensuite baisser à 76% en 2006.

En outre, on constate qu'en République Centrafricaine, les trois quart des enfants de moins de cinq ans sont atteints d'anémie.. Parmi eux, ceux de 9 à 11 mois sont les plus touchés par cette maladie (91%).

De manière générale les résultats indiquent que d'importants résultats ont été obtenus en ce qui concerne particulièrement la supplémentation en vitamine A, l'introduction du lait maternel dans les premières heures qui suivent la naissance. Par contre des mesures énergiques doivent être prises en ce qui concerne l'amélioration de la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans et la réduction des facteurs de risque de l'anémie qui limite considérablement les chances de la RCA d'atteindre les objectifs d'un monde digne des enfants et des objectifs du millénaire pour le développement.

VI. Santé de l'enfant

La République Centrafricaine a marqué sa ferme détermination à ne pas tourner le dos aux enfants qui constituent l'avenir de demain lorsqu'elle a ratifié la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE ; 1992) et a successivement adopté la déclaration du Sommet Mondial pour l'Enfant (SME, 1990) et celle du Sommet du Millénaire pour le Développement (OMD, 2000) en 2000. Elle a également adopté les recommandations d'un monde digne des enfants lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies en mai 2002. Afin de leur permettre d'assumer pleinement les responsabilités d'adultes de demain, vitales au développement socio-économique de la RCA dans un contexte de mondialisation, les enfants d'aujourd'hui, ont et auront droit de jouir d'un bon état de santé physique, mental et social et d'un bien-être.

La volonté et le ferme engagement du Gouvernement centrafricain d'offrir aux enfants centrafricains une bonne santé se sont matérialisés par l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 1994-1998), le Plan Intérimaire de Santé (PIS, 2000-2002), le PNDS 2006-2015 et le Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) 2008-2010. Ces différents documents de référence nationale accordent une priorité à la lutte contre le paludisme, les maladies évitables par la vaccination avec comme cibles l'éradication de la poliomyélite, le contrôle de la rougeole et l'élimination du Tétanos Materno-Néonatal (TMN). La mise en œuvre de la stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME) avec comme volets, entres autres, la lutte contre les maladies diarrhéiques et les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) tant au niveau des structures des soins que des communautés devait à court terme réduire le risque de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Le Gouvernement, se basant sur les stratégies de Soins de Santé Primaires (SSP), a adopté et mis en œuvre depuis 1994 la politique des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) et celle de recouvrement partiel des coûts de soins de santé.

Comme dans le cas de l'Enquête MICS 2 dont les résultats ont permis d'évaluer les objectifs du SME de 1990, l'enquête MICS 3 offre à la RCA l'opportunité, d'une part, de mesurer les progrès en matière de santé des enfants qui sont réalisés depuis l'an 2000 à ce jour, et d'autre part, de disposer des indicateurs sanitaires de départ du DSRP 2008-2010.

6.1 Couverture vaccinale chez les enfants et les femmes enceintes

6.1.1 Couverture vaccinale des enfants

Le Gouvernement a fait du PEV, l'un de ses programmes prioritaires de santé pour améliorer la survie des enfants de moins de 5 ans. La politique nationale en matière de vaccination respecte les directives de l'UNICEF et de l'OMS selon lesquelles, un enfant avant de fêter son premier anniversaire doit recevoir la vaccination du BCG à la naissance jusqu'à 15 jours pour le protéger contre la tuberculose, trois doses de DTC respectivement à 6, 10 et 14 semaines pour le protéger contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, les doses de VPO (Vaccin Polio Oral) dont une dose à la naissance et trois autres doses à 6, 10 et 14 semaines pour le protéger contre la poliomyélite, une dose de VAR (vaccin anti-rougeoleux).

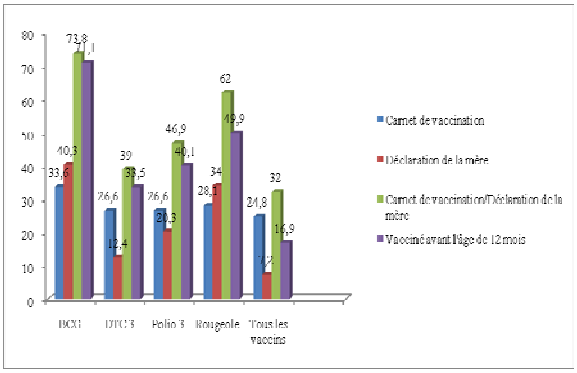
Afin de mesurer les progrès réalisés en matière d'immunisation des enfants, une section concernant la vaccination des enfants a été introduite dans l'enquête MICS3. Il a été demandé aux mères de présenter les carnets de vaccination pour les enfants de moins de cinq ans. Si l'enfant n'avait pas de carnet, l'enquêteur demandait à la mère de se rappeler si l'enfant avait reçu ou non chacune des vaccinations et, pour la DTC et la polio, combien de fois l'enfant a

reçu la dose. Les résultats de l'enquête sont présentés selon les antigènes traditionnels du PEV et les autres vaccins.

a) Vaccins traditionnels du PEV

La politique nationale recommande que les enfants âgés de 0 à 11 mois reçoivent tous leurs vaccins avant de fêter leur premier anniversaire.

Figure NU.7 : Pourcentage des enfants de 12 à 23 mois ayant reçu leurs vaccins avant leur 1er anniversaire, MICS3



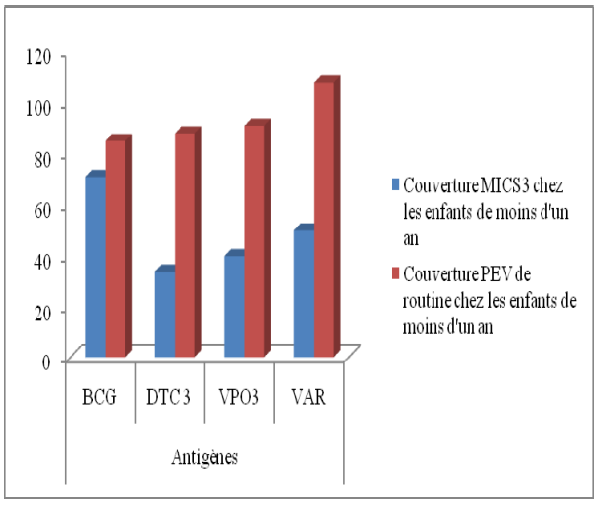
Au niveau national, seulement moins de deux enfants sur dix (17%) ont été complètement vaccinés avant de fêter leur premier anniversaire (Graphique CH1 et tableau CH1). La couverture vaccinale par antigène des enfants avant l'âge de 12 mois se présente de la manière suivante : sur dix enfants, sept sont vaccinés avec le BCG (71%), près de cinq sont vaccinés contre la rougeole (50%), quatre ont reçu trois doses de Vaccin Polio Oral (40%) et environ trois ont bénéficié des trois doses de DTC (34%).

Tableau CH.1: Vaccination durant la première année de vie (Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance à un moment quelconque avant l'enquête et avant le premier anniversaire, RCA, 2006)

	BCG *	DTCOQ 1	DTCOQ 2	DTCOQ 3 **	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3 ****	Rougeole ****	Tous ****	Aucun	Nombre d'enfants de 12-23 mois
Carnet de vaccination	33,6	32,2	27,2	26,6	28,4	32,3	27,2	26,6	28,1	24,8	,4	1844
Déclaration de la mère	40,3	31,9	22,8	12,4	25,4	48,4	38,4	20,3	34,0	7,2	11,2	1844
Carnet de vaccination/Déclaration de la mère	73,8	64,1	50,0	39,0	53,8	80,6	65,7	46,9	62,0	32,0	11,5	1844
Vacciné avant l'âge de 12 mois	71,1	59,7	46,3	33,5	53,0	75,1	60,8	40,1	49,9	16,9	11,5	1844

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3* MICS Indicateur 25** MICS Indicateur 26*** MICS Indicateur 27**** MICS, Indicateur 28 ; OMD Indicateur 15***** MICS Indicateur 31

Figure CH 1A : Comparaison des taux de couverture vaccinale chez les enfants de moins d'un an de MICS3 et du PEV de routin en fin 2006



Il y a lieu de noter que suite à l'intensification de la vaccination de routine et à l'organisation des Journées Nationales de Survie de l'Enfant (JNSE) en trois passages en août, septembre et octobre 2006, les taux de couverture vaccinale se sont sensiblement améliorés en fin 2006. Les principaux indicateurs sont respectivement : 76% pour le BCG, 82% pour le DTC3, 81% pour le VPO3, un peu plus de 100% pour le vaccin-antirougeoleux. Ces résultats ont permis à la RCA d'obtenir le prix d'excellence et d'encouragement attribué le 29 novembre 2006 à MAPUTO (MOZAMBIQUE) et d'accéder à l'initiative des nouveaux vaccins de GAVI.

Selon le tableau CH2,, seulement près de 4 enfants âgés de 12 à 23 mois sur 10 (37%) en République Centrafricaine disposent d'un carnet de santé qui, en plus de la cicatrice du BCG, atteste qu'un enfant est effectivement et correctement vacciné. Les enfants du milieu rural disposent moins souvent d'un carnet de vaccination que les enfants du milieu urbain.

Au niveau préfectoral, à l'exception de Bangui (58%) et du Haut-Mbomou (61%) où près de 6 enfants sur 10 disposent d'un carnet de vaccination, dans chacune des 14 autres préfectures, cet effectif varie de 2 à 5 enfants sur 10 dans l'Ouham (22%) et dans l'Ombella-M'poko. Dans la région administrative, seule la RA7 a un taux de disponibilité de carnet de vaccination de 58% alors que les six autres régions enregistrent moins de 5 enfants sur 10 qui ont un carnet de vaccination.

Il n'existe pas de différence significative dans la possession de carnet de vaccination selon le sexe. Par contre, les enfants des mères n'ayant aucune instruction disposent moins souvent de carnet de vaccination (27%) que ceux des mères du primaire (39%), du secondaire ou plus (54%). Les enfants des ménages plus riches ont plus souvent un carnet de vaccination (56%) que ceux des ménages plus pauvres (22%), pauvres (31%) et moyens (44%).

Dans tous les cas, le taux de disponibilité en carnet de vaccination demeure faible quels que soient le milieu, les localités, le niveau d'instruction et le niveau du bien-être économique. Ces résultats suggèrent une insuffisance dans le système de suivi de la vaccination des enfants par les familles et les agents de santé. Il est possible qu'en dehors de l'insuffisance dans la conservation des carnets de vaccination par les parents, l'absence de production et de distribution à moindre coût et à grande échelle de ce document puisse être l'une des causes.

S'agissant de la couverture vaccinale, seulement trois enfants âgés de 12 à 23 mois sur dix (32%) ont été complètement vaccinés au niveau national avec des taux respectifs par antigène de 74% pour le BCG, 39% pour le DTC3, 47% pour le VPO3 et 62% pour le vaccin antirougeoleux selon le tableau CH2. Les enfants du milieu rural sont moins souvent complètement vaccinés que ceux du milieu urbain : moins de 3 enfants sur 10 (23%) en milieu rural contre près de 5 enfants sur 10 en milieu urbain (46%).

Dans les **préfectures** et à **Bangui**, le pourcentage des enfants complètement vaccinés le plus élevé est constaté dans le Haut-Mbomou (64%) avec les taux de couverture par antigène de 89% pour le BCG, 71% pour le DTC3, 69% pour le Polio3 et 87% pour la rougeole. Le taux de couverture des enfants complètement vaccinés le plus bas est enregistré dans la préfecture de l'Ouham (10%) avec des taux respectifs par antigène de 58% pour le BCG, 16% pour le DTC3, 33% pour le Polio3 et 41% pour la rougeole. Six localités ci-après se démarquent du reste des préfectures comparativement à la moyenne nationale de 32% des enfants complètement vaccinés. Il s'agit de la Sangha-Mbaéré (33%), de la Nana-Mambéré (35%), de l'Ombella-M'Poko (42%), de la Ouaka (45%), de la Nana-Gribizi (49%), de Bangui (55%) et du Haut-Mbomou (63%). La performance assez bonne du Haut-Mbomou se justifierait par l'appui supplémentaire apporté par les partenaires au développement (HCR, UNICEF et MSF) aux réfugiés soudanais, mais qui profite également à la population locale. Par contre, la faible performance de l'Ouham tout comme celle des préfectures du Nord-Ouest (Ouham-Pendé) et du Nord-Est (Bamingui-Bangoran, Haute-Kotto) s'expliquerait par l'insécurité. Pour le reste des préfectures, d'autres facteurs, tels que la rupture de la chaîne de froid par manque du pétrole, l'insuffisance de la stratégie avancée, les séances de vaccination programmées, l'insuffisance et de supervision pourraient être à la base de cette contre performance.

Les taux de couverture vaccinale pour tous les antigènes sont élevés dans la région 7 (55%), la région 4 (40%) et dans la région 1 (36%) par rapport à la moyenne nationale, Tandis que ce

taux est plus bas dans la région 3 (14%). La performance moyenne de Bangui se justifie par la bonne disponibilité et la facilité d'accès aux services de vaccination qui, malheureusement connaissent une demande insuffisante de la population dont les causes devront être recherchées et corrigées. Par contre, la faible performance du reste des régions dont les taux de couverture vaccinale sont inférieurs à 50% s'expliquerait par l'insécurité dans la région 3, région 5 et dans une moindre mesure dans la région 2, la mauvaise organisation et le mauvais fonctionnement des services de vaccination dans les régions 4 et 6.

Il n'existe pas de différence significative selon le sexe des enfants. Par contre, les enfants des mères n'ayant aucune instruction sont proportionnellement moins nombreux à recevoir tous les vaccins (19%) que les enfants des mères du primaire (36%) et ceux des mères du secondaire ou plus (54%). Sur le plan du bien-être économique, plus de la moitié des enfants des ménages les plus riches est complètement vaccinée (54%), contre 26% de ceux des ménages moyens, 23% des pauvres et 17 des plus pauvres.

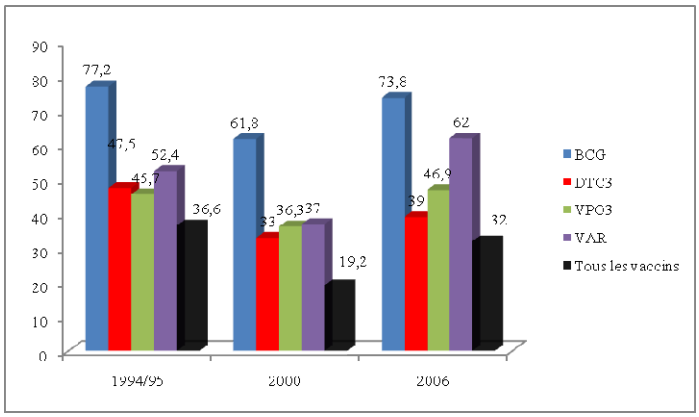
Tableau CH.2: Couverture vaccinale : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance, RCA 2006

Caractéristiques	BCG	DTC1	DTC2	DTC3	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Tous les vaccins	Aucun	Pourcentage ayant un carnet	Nombre enfants de 12-23 mois
Sexe													
Masculin	73,4	64	49,4	38,8	53	80,6	65,4	46,2	61,5	31,6	12,2	35,2	971
Féminin	74,3	64,2	50,7	39,2	54,7	80,7	66	47,8	62,6	32,4	10,8	38,1	873
Région													
Région 1	77,3	73,6	56,8	43,3	59,7	83,8	70,1	52,6	65,5	35,7	6,6	43,1	281
Région 2	74,4	61,7	48,1	36,8	53,5	82,9	66,1	41,1	65,3	26,7	11,1	29,6	436
Région 3	54,9	47	28,4	18,3	32,7	70,6	54,7	32,6	44,2	13,7	20	22,8	355
Région 4	82,5	70,6	59,2	47,2	49,9	89,5	74,1	58,3	71,1	40,3	5,4	40,2	202
Région 5	73,6	75,7	61,2	44,5	56,3	79,1	66,1	44,3	67,8	32,4	14,2	31,1	53
Région 6	70,2	55,9	43,4	33,4	47,4	76,4	57,4	40,2	54,7	27,2	15,1	31,2	206
Région 7	88,2	77,7	67,7	59,3	79,3	83,5	73,4	63,9	72,6	54,5	7,9	58,1	312
Préfecture													
Ombella-M'poko	85,2	77	61,3	51,3	69	81,9	69,1	53,8	66,7	41,9	9	49,1	170
Lobaye	65,1	68,2	49,8	31	45,4	86,7	71,5	50,8	63,5	26,1	3	33,9	110
Mambéré-Kadéi	69,2	50,9	36,4	27,6	54,2	82,7	62	35,4	63,5	20,9	11,7	22,3	247
Nana-Mambéré	75,2	71,6	58	41	33,8	80,6	69,2	53,6	60,7	35,3	12,7	40,7	110
Sangha-Mbaéré	89,6	81,5	70,9	59,6	78,6	86,8	74,7	41,3	77,3	33,3	7,3	36,8	79
Ouham-Pendé	52,8	42,1	24,6	20,3	29,9	67,3	51,3	32,1	46,8	16,4	24,3	26,1	194
Ouham	57,5	52,8	33	15,8	36	74,4	58,8	33,3	41	10,4	14,9	18,7	161
Kémo	75,5	67	48,2	32,1	34	85	59	34	62,8	21,8	8,2	29,6	46
Nana-Grébizi	90	80,7	73,2	61,4	56,2	88,9	75,4	63,1	68,5	48,5	5,2	47	42
Ouaka	82,5	68,3	58,4	48,1	53,9	91,5	79,8	66,3	75,5	44,7	4,4	42	114
Haute-Kotto	73,5	82,8	70	54,5	60,9	77,2	67,2	48,7	73,7	39	13,5	34,6	34
Bamingui-Bangoran	73,8	63	45,6	26,7	48,1	82,4	64,3	36,6	57,4	20,7	15,6	25	19
Basse-Kotto	71,7	54,6	45,4	36	49,7	77,5	61,6	44,6	58,9	29,4	17,9	29,8	113
Mbomou	62,9	50,2	30,3	19,9	41,2	71,9	45,7	26,1	40	14,5	13,1	25,7	74
Haut-Mbomou	89,2	85,3	82,7	70,7	57,6	87,2	78,2	68,7	87	63,2	6	60,5	19
Bangui	88,2	77,7	67,7	59,3	79,3	83,5	73,4	63,9	72,6	54,5	7,9	58,1	312
Milieu de résidence													
Urbain	84,6	76,5	64,5	54,8	73	82,2	70,5	56,5	71,2	45,8	9,4	48,8	729
Rural	66,8	56	40,6	28,7	41,3	79,6	62,5	40,7	56,1	22,9	12,9	28,5	1115
Niveau d'instruction de la mère													
Sans niveau	59,1	50,2	36,6	24,3	38,3	72,8	55,4	32,3	48,8	18,5	18,2	26,6	733
Primaire	79,6	69,8	53,3	43,2	58,1	84,6	71,3	54,3	66,3	35,7	8,6	38,6	788
Secondaire & +	93,2	81,5	72,4	62	78,4	88,6	74,7	61,9	82,1	53,3	3,5	53,6	313
Quintile de bien-être économique													
Le plus pauvre	62,5	51,3	36,9	21,8	32,5	75	59,9	35,5	49,6	17,4	16,3	21,6	359
Pauvre	64,9	57	38,3	27,8	42,5	79,2	58,7	40,4	53,8	23,1	13,5	30,8	398
Moyen	72,8	61,4	47,9	37,3	56	81,4	64,3	40,5	61,3	26,4	10,3	33,3	395
Riche	80,4	71,5	58,5	49,4	61,6	80,9	72,5	56,4	71,9	42,2	11,9	44	368
Le plus riche	91,1	81,8	71,8	62,1	79,6	87,4	74,4	64,8	75,5	54,2	4,8	55,7	325
Total	**73,8**	**64,1**	**50**	**39**	**53,8**	**80,6**	**65,7**	**46,9**	**62**	**32**	**11,5**	**36,6**	**1844**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

b) Evolution du taux de couverture des vaccins traditionnels du PEV de 1994 à 2006

Figure CH.1G : Evolution des taux de couverture vaccinale chez les enfants de 12 à 23 mois de 1994/95 à 2006



L'analyse des tendances de la couverture vaccinale de BCG, du DTC3, du VPO3 et du vaccin contre la rougeole chez les enfants de 12 à 23 mois montre que les taux sont en augmentation en 2006 après une baisse en 2000 (Figure CH1G).

c) Autres vaccins du PEV

En République Centrafricaine, la vaccination contre la fièvre jaune ou anti-amarile fait partie de la vaccination de routine depuis l'introduction du Programme Elargi de Vaccination en 1979 dans le pays. Le vaccin anti-amaril est administré en même temps que le vaccin contre la rougeole aux enfants de moins d'un an à partir du neuvième mois de vie. Par ailleurs, la RCA a introduit en fin 2008, les vaccins contre l'hépatite B à plus grande échelle.

Au niveau national, 44% des enfants de moins d'un an sont vaccinés contre la fièvre jaune et 13% des enfants de la même tranche d'âges ont déjà reçu la 3ème dose du vaccin contre l'hépatite B (tableau CH1C).

Tableau CH.1c : Vaccination durant la première année de vie (suite)Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance à un moment quelconque avant l'enquête et avant le premier anniversaire, RCA, 2006

	HepB1	HepB2	HepB3*	Fièvre jaune**	Nombre d'enfants de 12-23 mois
Carnet de vaccination	14,5	14,1	14,3	24,0	1844
Déclaration de la mère	,0	,0	,0	28,8	1844
Carnet de vaccination/Déclaration de la mère	14,6	14,1	14,3	52,7	1844
Vacciné avant l'âge de 12 mois	12,9	10,4	12,7	43,6	1844
Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 29** MICS Indicateur 30					

Le tableau CH 2C ci-dessous présente les données sur les taux de couverture vaccinale chez les enfants de 12 à 23 mois quelles que soient les sources (carnets de vaccination et déclaration des mères).

Au niveau national, les taux de couverture pour la troisième dose du vaccin contre l'hépatite B et la fièvre jaune sont respectivement de 14% et de 53%. Le taux de couverture vaccinale de la troisième dose de l'hépatite B et celui de la fièvre jaune sont moins élevés en milieu rural qu'en milieu urbain. En effet, ils sont respectivement de 47% contre 61% pour le vaccin contre la fièvre jaune et 14% contre 20% pour la 3ème dose du vaccin contre l'hépatite B.

Au niveau préfectoral, le taux de couverture vaccinale de HépB3 est plus faible dans l'Ouham (4%), tandis qu'il est plus élevé dans le Haut-Mbomou et la Ouaka avec respectivement 24%. Mis à part Bangui (24%), sept (7) localités ont un taux de couverture vaccinale HépB3 supérieur à la moyenne nationale de 14% , notamment, le Haut-Mbomou, la Ouaka (24% respectivement) , la Sangha-Mbaéré (23%), la Haute-Kotto (19%), la Basse-Kotto (18%), le

Bamingui-Bangoran (15%) et la Nana-Gribizi (15%). La vaccination contre l'hépatite B n'étant pas encore vulgarisée dans le secteur public de santé, les taux de couverture vaccinale HepB3 non négligeables observés dans les préfectures cités ci-haut s'expliqueraient par l'intervention des ONGs internationales. A Bangui, il s'agirait de la vaccination des enfants faite à titre privé à l'Institut Pasteur par leurs parents.

Tableau CH.2c: Vaccination selon les caractéristiques contextuelles : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance, RCA 2006

Caractéristiques	HepB1	HepB2	HepB3	Fièvre jaune	Pourcentage ayant un carnet	Nombre enfants de 12-23 mois
Sexe						
Masculin	13,4	13,3	13,6	52,3	35,2	971
Féminin	15,9	15,1	15,1	53,1	38,1	873
Région						
Région 1	10,7	10,2	10,2	56,6	43,1	281
Région 2	13,5	12,1	12,5	52,7	29,6	436
Région 3	7,5	7,5	7,5	36,5	22,8	355
Région 4	17,9	18,2	18,6	64,5	40,2	202
Région 5	18,3	17,5	17,5	59,6	31,1	53
Région 6	15,4	15,4	15,4	49,7	31,2	206
Région 7	24,2	24	24	60,9	58,1	312
Préfecture						
Ombella-M'poko	13,4	13,4	13,4	60,8	49,1	170
Lobaye	6,4	5,4	5,4	50,1	33,9	110
Mambéré-Kadéi	11,9	9,5	9,5	47	22,3	247
Nana-Mambéré	10,9	10,9	12,1	49,5	40,7	110
Sangha-Mbaéré	22,1	21,6	22,5	75,1	36,8	79
Ouham-Pendé	10,8	10,8	10,8	38,1	26,1	194
Ouham	3,7	3,7	3,7	34,6	18,7	161
Kémo	8	8	8	45,1	29,6	46
Nana-Grébizi	13,4	14,7	14,6	59	47	42
Ouaka	23,7	23,7	24,4	74,4	42	114
Haute-Kotto	20,2	19	19	64,8	34,6	34
Bamingui-Bangoran	14,9	14,9	14,9	50,3	25	19
Basse-Kotto	18	18	18	56,9	29,8	113
Mbomou	9	9	9	31,3	25,7	74
Haut-Mbomou	24,4	24,4	24,4	78,1	60,5	19
Bangui	24,2	24	24	60,9	58,1	312
Milieu de résidence						
Urbain	20,4	20,2	20,2	61,1	48,8	729
Rural	10,7	10,1	10,4	47,2	28,5	1115
Niveau d'instruction de la mère						
Sans niveau	8,5	7,6	7,8	40	26,6	733
Primaire	18,5	18,4	18,5	58,1	38,6	788
Secondaire & +	17,6	17,6	17,6	68,2	53,6	313
Total	**14,6**	**14,1**	**14,3**	**52,7**	**36,6**	**1844**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

Dans les régions administratives, le taux de couverture vaccinale HepB3 est plus bas dans l'Ouham (8%) alors qu'il est élevé dans la région 7 (24%). Les régions 7, 4, 5 et 6 ont des taux supérieurs à la moyenne nationale (14%). S'agissant de la vaccination contre la fièvre jaune, le niveau le plus bas est observé dans la région 3 (37%), tandis qu'il est le plus élevé dans la région 4 (65%). A l'exception des régions 3 et 6, le taux de couverture vaccinale contre la fièvre jaune est supérieur à la moyenne nationale dans le reste des régions.

Il n'existe pas de différence significative dans les taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B et la fièvre jaune selon **le sexe** des enfants. Par contre, les enfants des mères n'ayant aucune instruction sont moins souvent vaccinés contre la fièvre jaune (40%) que les enfants des mères des niveaux d'instruction du primaire (58%) et du secondaire ou plus (68%).

6.1.2 Protection antitétanique des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés

Un des OMD consiste à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle, avec une stratégie visant à éliminer le tétanos maternel. Un des objectifs d'un Monde digne des enfants était d'éliminer le tétanos maternel et néonatal d'ici 2005. La prévention du tétanos maternel et néonatal consiste à s'assurer que toutes les femmes enceintes reçoivent au moins deux doses de vaccin antitétanique. Cependant, si toutes les femmes n'ont pas reçu deux doses de ce

vaccin durant la grossesse, elles sont considérées (ainsi que leur nouveau-né) comme étant protégées si les conditions suivantes sont réunies:

- Elles ont reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique, la dernière au cours des trois années précédentes;
- Elles ont reçu au moins trois doses de vaccin antitétanique, la dernière au cours des cinq dernières années;
- Elles ont reçu au moins 4 doses, la dernière au cours des 10 dernières années;
- Elles ont reçu au moins cinq doses qui leur assurent une protection pour toute la vie.

Au niveau national, près de 3 femmes sur 10 ayant eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois (60%) sont protégées contre le tétanos, ainsi que leurs nouveau-nés avec au moins 5 doses de VAT (tableau CH3). Une femme sur deux a reçu deux doses de VAT au cours de la grossesse (51%).

Les femmes enceintes protégées contre le tétanos en milieu rural avec au moins 5 doses de VAT sont proportionnellement moins nombreuses que celles du milieu urbain (51% contre 74%).

Au niveau préfectoral, le taux de couverture VAT2 et plus chez les femmes enceintes le plus bas est dans la Basse-Kotto (33%), tandis qu'il est le plus élevé dans le Haut-Mbomou (89%). Malgré une amélioration de cette couverture dans la plupart des préfectures à l'exception de la Basse-Kotto (33%), de l'Ouham (35%) et du Mbomou (50%), elle reste encore insuffisante au regard des recommandations de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA qui demandent aux pays d'avoir au moins 80% de couverture VAT2 et plus par préfecture ou par district. La bonne performance du Haut-Mbomou est certainement due à un appui supplémentaire des partenaires au développement (HCR, UNICEF et MSF) pour venir en aide aux réfugiés soudanais mais qui profite aux populations locales. La distribution régionale des femmes enceintes protégées avec au moins deux doses de VAT est faible dans la région 5 (56%), mais elle est, par contre, élevée dans la région 4 (62%), la région 1 (71%) et la région 7 (74%). Bien que la couverture VAT2 et plus soit au-dessus de 50% dans certaines préfectures et régions, tel qu'à Bangui, celle-ci demeure insuffisante et doit amener le Gouvernement à intensifier les actions retenues dans le plan stratégique pour l'élimination du tétanos materno-néonatal 2007-2010.

Il n'existe pas de différence significative dans la protection des femmes enceintes contre le tétanos selon leur âge. Par contre, les femmes enceintes protégées contre le tétanos sont proportionnellement moins nombreuses parmi celles n'ayant aucune instruction (44%) contrairement aux femmes enceintes ayant des niveaux d'instruction du primaire (66%) et du secondaire ou plus (84%).

Au niveau du bien-être économique, les femmes des ménages plus riches (82%) et riches (73%) sont mieux protégées contre le tétanos que celles des ménages de statut économique moyens (57%), pauvres ((53%) et plus pauvres (40%).

Tableau CH.3: Protection contre le tétanos néonatal : Pourcentage des mères ayant eu une naissance vivante au cours des deux dernières années et protégées contre le tétanos néonatal, RCA, 2006

	A reçu au moins 2 doses durant la grossesse	A reçu au moins 2 doses, dans les trois précédentes années	A reçu au moins 3 doses, au cours des 5 précédentes années	A reçu au moins quatre doses, au cours des 10 précédentes années	A reçu au moins 5 doses dans sa vie	Protégée contre le tétanos *	Nombre de mères
Région							
Région 1	60	9,7	0,9	0,5	0	71,2	648
Région 2	48	9	0,5	1	0,2	58,6	915
Région 3	43,9	4,9	0	0	0	48,8	802
Région 4	53,1	6,6	1,7	0,4	0	61,8	480
Région 5	45,4	6,5	3,2	1	0	56	112
Région 6	37,8	6	0,2	0,5	0	44,5	487
Région 7	64,7	6,6	1,2	1,1	0,2	73,7	682
Préfecture							
Ombella-M'poko	63,7	8,8	0,4	0,5	0	73,4	366
Lobaye	55,2	11	1,6	0,6	0	68,3	282
Mambéré-Kadéi	44,6	9,1	0,4	0,5	0	54,6	489
Nana-Mambéré	49,6	6,7	0,5	1,1	0	57,9	244
Sangha-Mbaéré	54,9	11,6	0,8	1,8	1,1	70,3	182
Ouham-Pendé	52	6,1	0	0	0	58	482
Ouham	31,7	3	0	0	0	34,8	319
Kémo	54	4,1	1,1	0	0	59,3	110
Nana-Grébizi	68,4	4,7	2,1	0,4	0	75,6	87
Ouaka	48	8,2	1,7	0,6	0	58,5	284
Haute-Kotto	43,3	8	4,7	1,5	0	57,5	70
Bamingui-Bangoran	48,8	3,9	0,7	0	0	53,4	41
Basse-Kotto	26,9	5	0	0,8	0	32,7	263
Mbomou	43,7	5,3	0,5	0	0	49,5	174
Haut-Mbomou	75,2	13,1	0	0	0,3	88,5	50
Bangui	64,7	6,6	1,2	1,1	0,2	73,7	682
Milieu de résidence							
Urbain	63,9	7,8	0,9	0,9	0,1	73,8	1593
Rural	43,1	6,8	0,6	0,4	0,1	51	2533
Âge							
15-19	54,8	5,2	0,2	0	0	60,2	834
20-24	53	8	0,4	0	0	61,4	1213
25-29	48,2	9,8	1,2	1	0,1	60,3	937
30-34	49,6	5,4	1,2	1,1	0	57,3	579
35-39	46,9	5,9	0,9	1,8	0,2	55,6	358
40-44	50,6	7,2	1,7	1,6	0,8	61,8	172
45-49	52,2	1,8	0	0	0	54	32
Niveau d'instruction de la							
Sans niveau	37,6	4,8	0,8	0,4	0	43,6	1665
Primaire	55,5	9,2	0,7	0,7	0,1	66,2	1806
Secondaire & +	73,7	7,9	0,9	0,8	0,2	83,5	639
Quintile de bien-être							
Le plus pauvre	33,7	5,1	0,5	0,3	0	39,7	862
Pauvre	45,8	5,3	0,8	0,4	0	52,3	874
Moyen	48,1	8,6	0,4	0,2	0	57,3	890
Riche	61,6	9,2	0,7	1	0,1	72,5	785
Le plus riche	71,2	8,2	1,4	1,2	0,4	82,4	714
Total	**51,2**	**7,2**	**0,7**	**0,6**	**0,1**	**59,8**	**4126**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006 ;* MICS Indicateur 32

6.3 Maladies diarrhéiques

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

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

Les données permettant d'analyser les différents aspects concernant les maladies diarrhéiques, sont présentés dans les tableaux CH4 et CH5.

6.3.1 Prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants

Près de deux enfants âgés de moins de 5 ans sur dix (19%) ont été atteints par les maladies diarrhéiques au cours des deux semaines précédant l'enquête au niveau national. La prévalence des maladies diarrhéiques est relativement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (23% contre 16%). Cette inversion de la prévalence selon le milieu est contraire à ce qui était observée lors de MICS 2000 (27% en milieu rural contre 24% en milieu urbain).

Tableau CH.4: Réhydratation par voie orale : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines et ayant reçu une Solution de Réhydratation Orale (SRO) ou d'autres formes de réhydratation par voie orale , RCA, 2006

Caractéristiques	A eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines	Nombre d'enfants de 0-59 mois	Liquide d'un paquet SRO	Liquide recommandé préparé à la maison	Liquide SRO pré emballée	Pas de traitement	Taux d'utilisation de SRO *	Nombre d'enfants âgés de 0-59 mois ayant la diarrhée
Sexe								
Masculin	19,7	4858	11,3	23,7	2,4	67,8	32,2	957
Féminin	17,5	4727	13,8	25,8	2,5	63,2	36,8	826
Région								
Région 1	22	1469	17,9	24,1	3,2	62,6	37,4	322
Région 2	12,2	2251	13,8	30,8	2,8	57,7	42,3	275
Région 3	17,1	1966	3,5	15,1	1,3	82,5	17,5	336
Région 4	20,1	1125	6,2	23,9	1,3	70,8	29,2	226
Région 5	14,4	267	11	28,5	1,6	61,5	38,5	39
Région 6	14,5	1041	6,1	21,2	1,5	71,7	28,3	151
Région 7	29,6	1465	20,2	29,8	3,4	55,6	44,4	434
Préfecture								
Ombella-M'poko	21	841	21,4	23,3	1,7	62,3	37,7	176
Lobaye	23,3	627	13,7	25	5	62,9	37,1	146
Mambéré-Kadéi	13	1175	14	30,6	4,7	58,8	41,2	152
Nana-Mambéré	12,3	601	13,1	31,5	0	55,4	44,6	74
Sangha-Mbaéré	10,3	475	14	30,4	1	57,7	42,3	49
Ouham-Pendé	17,6	1224	4,5	12,6	2,1	84,6	15,4	216
Ouham	16,1	742	1,8	19,5	0	78,7	21,3	120
Kémo	18,5	235	5,1	14,8	2,5	82,5	17,5	44
Nana-Grébizi	18,2	209	8	26,9	1,7	65,3	34,7	38
Ouaka	21,2	681	6,1	25,9	0,8	68,7	31,3	144
Haute-Kotto	13,9	170	12,8	29	0	59,9	40,1	24
Bamingui-Bangoran	15,4	97	8,2	27,7	4,1	64,1	35,9	15
Basse-Kotto	16,5	540	3,7	19,7	0	76,6	23,4	89
Mbomou	10,4	405	1,2	28,1	4,8	65,9	34,1	42
Haut-Mbomou	20,4	96	27,8	13,4	1,3	61,6	38,4	20
Bangui	29,6	1465	20,2	29,8	3,4	55,6	44,4	434
Milieu de résidence								
Urbain	22,6	3552	19,1	26,9	3,1	58,5	41,5	802
Rural	16,2	6033	7,1	22,8	1,8	71,5	28,5	980
Âge								
< 6 mois	16,3	1216	12,8	17,9	0,4	72	28	198
6-11 mois	28,7	967	13,9	28,6	2,2	61	39	278
12-23 mois	30,4	1844	15,2	24,7	2,8	63,2	36,8	561
24-35 mois	19,1	1814	10,8	25,5	4,1	66,1	33,9	347
36-47 mois	11,7	1936	9,3	21,1	2,3	72,2	27,8	226
48-59 Niveau	9,5	1676	9,4	27,4	0,7	65,1	34,9	159
Nivea d'instruction								
Sans niveau	16,3	4125	7,7	21	1,5	71,6	28,4	673
Primaire	19,5	4007	12,6	23,9	2,3	67,5	32,5	780
Secondaire & +	22,8	1410	22,4	34,3	4,6	48,5	51,5	322
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	17,3	2013	5,4	20,1	1,6	75,4	24,6	349
Pauvre	16,9	2045	5,8	22,3	2,3	72,6	27,4	345
Moyen	18,4	2075	8,8	25,1	1,8	67,9	32,1	381
Riche	20,2	1855	16,8	27,5	2,4	59,4	40,6	374
Le plus riche	20,9	1596	26,2	27,9	4,1	52,7	47,3	333
Ensemble	18,6	9585	12,5	24,6	2,4	65,7	34,3	1782

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006. * MICS Indicateur 33

Au niveau préfectoral, la prévalence des maladies diarrhéiques varie de 10% dans la Sangha-Mbaéré à 30% à Bangui. Par ailleurs, on constate que la Lobaye (23%), l'Ombella-M'poko (21%), la Ouaka (21%) et le Haut-Mbomou (20%) ont une prévalence supérieure à la moyenne nationale de 19%. Dans les régions administratives, cette prévalence des maladies diarrhéiques est également supérieure à la moyenne nationale dans les régions 1, 4 et 7.

Les maladies diarrhéiques sont plus fréquentes chez les enfants âgés de 6 à 23 mois (59%) avec un pic chez ceux âgés de 12 à 23 mois (30%). Il n'existe pas de différence significative selon le sexe des enfants, les niveaux d'instruction des mères et du bien-être économique des ménages.

La comparaison des données de MICS2 et MICS3 semble montrer une régression de la prévalence des diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans de 26% en l'an 2000 à 19% en 2006.

6.3.2 Utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale

Au niveau national, plus d'un enfant de moins de 5 ans sur trois ayant eu de la diarrhée (34%), a reçu un ou plusieurs traitements recommandés à domicile, c'est à dire qu'ils ont été traités avec la SRO ou les fluides recommandés faits à domicile, alors que 2 enfants sur trois n'ont pas été traités. Les proportions des enfants qui ont reçu différents fluides pendant leurs épisodes diarrhéiques se présentent de la manière suivante : 13% ont reçu des fluides préparés à partir de paquets de SRO; 2% ont reçu des fluides de SRO pré-conditionnés et 25% ont reçu des fluides recommandés et préparés à domicile (tableau CH4).

Les enfants souffrant de diarrhée résidant en milieu rural reçoivent moins souvent de traitement SRO que ceux du milieu urbain (29% contre 42%). Le taux d'utilisation de SRO est inférieur à 50% dans toutes les préfectures et à Bangui avec un niveau plus bas dans l'Ouham-Pendé (15%) et un niveau élevé dans la Nana-Mambéré (45%). Au niveau régional, ce taux d'utilisation de SRO est également plus bas dans la région 3 (18%).

Les enfants souffrant de diarrhée issus des mères n'ayant aucune instruction accèdent moins souvent au traitement de SRO (25%) que les enfants des mères du primaire (33%) et ceux des mères du secondaire ou plus (52%). S'agissant du niveau du bien-être économique des ménages, le taux d'utilisation de SRO augmente lorsqu'on passe des ménages les plus pauvres (24%) aux ménages les plus riches (53%).

6.3.3 Prise en charge à domicile de la diarrhée

Dans l'ensemble du pays, seulement quatre enfants âgés de moins de 5 ans atteints des diarrhées sur dix ont été pris en charge à domicile et moins de la moitié des enfants souffrant de diarrhée a reçu autre solution de réhydratation ou a augmenté la prise de liquides et a poursuivi l'alimentation. Par ailleurs, presque 5 enfants atteints de diarrhées sur dix ont bu autant ou moins que d'habitude contre 48% pour ceux qui ont bu plus que d'habitude. Le pourcentage des enfants atteints de diarrhée qui ont mangé un peu moins, autant ou plus que d'habitude est de 73%, tandis que 26% ont moins mangé que d'habitude ou presque pas.

La prise en charge à domicile des enfants atteints de diarrhée est moins répandue en milieu rural qu'en milieu urbain (30% contre 42%). Il en est de même pour les enfants ayant reçu autre solution de réhydratation ou ont augmenté la prise de liquides et ont continué à être alimenter (43% contre 52%).

Au niveau préfectoral, le pourcentage des enfants atteints de diarrhée et ayant été pris en charge à domicile est plus bas dans l'Ouham-Pendé (16%), alors qu'il est le plus élevé dans la Lobaye (65%). La prise en charge à domicile des enfants souffrant de diarrhée est plus pratiquée dans l'Ombella-M'poko (37%), la Mambéré-Kadéï (37%), à Bangui (46%) et dans la Lobaye (65%). La proportion des enfants qui ont bu une autre solution de réhydratation ou qui ont augmenté la prise des liquides et ont continué à être alimenter est également faible

dans l'Ouham-Pendé (26%), tandis qu'elle reste plus élevée dans la Lobaye (73%). De même, les effectifs des enfants qui ont reçu davantage de liquide et d'alimentation, restent importants dans l'Ombella-M'poko (52%), la Mambéré-Kadéï (50%), la Sangha-Mbaéré (52%), à Bangui (56%) et dans la Lobaye (73%).

Dans les régions administratives, les proportions des enfants atteints de la diarrhée pris à domicile et ceux qui ont reçu davantage de liquide et d'alimentation varient respectivement de 19% à 28% dans les régions 3 et 6.

La pratique de la prise en charge à domicile et le comportement des mères ou des personnes à charge de donner davantage de liquides et d'alimentation aux enfants diarrhéiques augmentent lorsqu'on passe de la tranche d'âges de 0 à 11 mois (24% et 37%) à celle de 48 à 59 mois (43% et 54%). Cette faible prise en charge à domicile des enfants de 0 à 24 mois peut être l'une des causes des décès au regard du niveau élevé de la prévalence de diarrhées dans les tranches d'âges de 0 à 11 mois (22%) et de 12 à 24 mois (30%).

Tableau CH.5: Prise en charge de la diarrhée à domicile : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines et qui ont reçu plus de liquide et ont continué à être alimenté durant l'épisode, RCA, 2006

Caractéristiques	Enfants avec diarrhée	Nombre d'enfants âgés de 0-59 mois	A bu plus	A bu la même quantité ou moins	A mangé un peu moins, la même quantité ou davantage	A mangé beaucoup moins ou rien	Prise en charge de la diarrhée à domicile *	A reçu autre solution de réhydratation ou a augmenté la prise de liquides et poursuivi l'alimentation **	Nombre d'enfants de 0-59 mois avec diarrhée
Sexe									
Masculin	19,7	4858	48,3	50,2	73	26,7	35,2	45,7	957
Féminin	17,5	4727	48,2	49,6	73,6	25,8	36,4	47,7	826
Région									
Région 1	22	1469	57,2	42,4	79,1	20,3	49,4	61	322
Région 2	12,2	2251	52,9	43,7	66	33,4	32,6	46,5	275
Région 3	17,1	1966	25,7	73,1	73,6	25,4	19,4	28,2	336
Région 4	20,1	1125	44,8	54,1	71,6	28,3	32,5	42,4	226
Région 5	14,4	267	32,5	66,4	61,7	38,3	24,6	37,5	39
Région 6	14,5	1041	44,4	55,1	70,3	29,6	27,8	39,9	151
Région 7	29,6	1465	60,7	36	76,3	23,7	45,6	55,7	434
Préfecture									
Ombella-M'poko	21	841	44,5	54,8	76,2	22,9	36,6	51,2	176
Lobaye	23,3	627	72,7	27,3	82,7	17,3	64,8	72,8	146
Mambéré-Kadéi	13	1175	60,2	39,1	64,5	35,5	36,6	50	152
Nana-Mambéré	12,3	601	21,8	67,7	73,9	24	17,3	35,9	74
Sangha-Mbaéré	10,3	475	76,7	21,8	58,8	40,8	43,1	51,5	49
Ouham-Pendé	17,6	1224	21,3	78,1	74,4	24,8	15,8	26	216
Ouham	16,1	742	33,7	64,2	72,1	26,5	25,9	32,2	120
Kémo	18,5	235	49,9	47,2	69	30,5	34,3	44,3	44
Nana-Grébizi	18,2	209	35,4	64,6	64,9	35,1	20,5	30,6	38
Ouaka	21,2	681	45,8	53,4	74,1	25,9	35,2	45	144
Haute-Kotto	13,9	170	31,7	67,7	57	43	24,7	37,8	24
Bamingui-Bangoran	15,4	97	33,7	64,2	69,3	30,7	24,4	37,1	15
Basse-Kotto	16,5	540	47,8	52,2	65,1	34,9	28,8	38,8	89
Mbomou	10,4	405	41,8	56,9	75,7	24,3	24,4	39,3	42
Haut-Mbomou	20,4	96	34,6	64,2	82,7	16,7	30,5	46,1	20
Bangui	29,6	1465	60,7	36	76,3	23,7	45,6	55,7	434
Milieu de résidence									
Urbain	22,6	3552	57,5	40,2	72,7	26,9	42,3	51,7	802
Rural	16,2	6033	40,7	57,9	73,8	25,8	30,3	42,5	980
Age									
0-11 mois	21,8	2183	33,6	63	66,2	32,7	24,3	37,8	476
12-23 mois	30,4	1844	54,1	44,4	74,1	25,7	37,8	46,5	561
24-35 mois	19,1	1814	55,7	43,6	75,8	24,2	41	52,1	347
36-47 mois	11,7	1936	49,4	48,4	79,2	20,6	40,2	52	226
48-59 mois	9,5	1676	53,6	46,4	78,8	21,2	43,4	54,1	159
Niveau d'instruction de la									
Sans niveau	16,3	4125	39,4	58,7	72,3	27,3	28,8	40,2	673
Primaire	19,5	4007	51,7	46	74,4	25,2	38,9	48,9	780
Secondaire & +	22,8	1410	58,2	41,3	72,3	27,1	42	54	322
Quintile de bien-être									
Le plus pauvre	17,3	2013	30,5	67,7	80,4	19,4	24,4	39,2	349
Pauvre	16,9	2045	46,5	52,2	73,8	25,4	35,3	44,3	345
Moyen	18,4	2075	45,6	52	65,8	33,5	32	41,2	381
Riche	20,2	1855	59,7	37,1	70,9	28,8	43,4	53,5	374
Plus riche	20,9	1596	58,9	40,9	76,5	23,4	43,8	55,3	333
Total	**18,6**	**9585**	**48,3**	**49,9**	**73,3**	**26,3**	**35,7**	**46,6**	**1782**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006. * MICS indicateur 34, ** MICS indicateur 35

Les enfants diarrhéiques issus des mères n'ayant aucune instruction sont moins souvent traités à domicile (29%) que ceux dont les mères ont le niveau primaire (39%) ou secondaire et plus (42%). Par ailleurs, quel que soit le statut de bien-être économique des ménages, moins de 50% des enfants victimes des maladies diarrhéiques sont pris en charge à domicile. Toutefois, on observe que les enfants des ménages plus pauvres (24%), pauvres (35%) et ceux des ménages du niveau économique moyen (32%) sont moins souvent pris en charge à la maison.

6.4 Pneumonie

La pneumonie est la principale cause de mortalité chez les enfants et l'utilisation des antibiotiques chez les enfants de moins de cinq ans souffrant de pneumonie présumée est une intervention essentielle. Les enfants souffrant de pneumonie présumée sont ceux qui ont eu une maladie avec une toux accompagnée d'une respiration rapide ou difficile et dont les symptômes n'étaient pas dus à un problème au niveau de la poitrine et à une obstruction nasale. Un des objectifs d'un Monde digne des enfants est de réduire d'un tiers les décès liés aux infections respiratoires aiguës.

6.4.1 Prévalence de la pneumonie présumée chez les enfants de moins de cinq ans

On estime à 7% au niveau national la proportion des enfants de moins de 5 ans qui souffrent de la pneumonie présumée. Il n'ya pratiquement pas de différence entre milieu urbain et rural. En revanche, la prévalence de la pneumonie présumée est plus faible dans la Nana-Mambéré (2%), alors qu'elle est progressivement plus élevée dans la Kémo (15%). De même, cette maladie est plus fréquente les régions 1,4 et 7. Il n'existe pas de différence significative selon le sexe des enfants, le niveau d'instruction des mères et le statut de bien-être économique du ménage.

La prévalence des infections respiratoires aiguës est en régression, passant de 15% en 1996, à 10% en 2000 et à 7% en 2006.

6.4.2 Traitement de la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans

a) Recherche de soins contre la pneumonie présumée chez un prestataire approprié

Au niveau national, un enfant atteint de la pneumonie présumée sur trois a bénéficié des soins d'un prestataire approprié qui provient le plus souvent d'une formation sanitaire publique (25%). Les enfants qui souffrent de la pneumonie en milieu rural bénéficient moins souvent des services d'un prestataire approprié que les enfants du milieu urbain (24% contre 37%).

Au niveau préfectoral, l'assistance par un prestataire qualifié est plus élevée dans la Ouaka (46%) et la Sangha-Mbaéré (46%) et plus faible dans l'Ouham (11%). Dans les régions administratives, le niveau le plus bas est observé dans la région 5 (23%).

Le niveau d'instruction de la mère et le statut de bien-être économique du ménage influencent le recours des enfants atteints de pneumonie aux soins auprès d'un prestataire approprié. En effet, ceux issus des mères jamais scolariséés (28%) ou de niveau primaire (31%) ont moins de chance d'être suivis par un personnel qualifié que ceux de niveau secondaire ou plus (44%). De même, les enfants des ménages plus pauvres (25%), pauvres (23%) et moyens (31%) le sont moins par rapport à ceux des ménages riches (40%) et plus riches (42%).

Tableau CH.6: Recherche de soins pour cas de pneumonie suspectée : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui une pneumonie est suspectée dans les 2 dernières semaines et qui ont été amenés à un service de santé, RCA, 2006

Caractéristiques	A une infection respiratoire aiguë	Nombre d'enfants de 0-59 mois	Hôpital gouvernemental	Centre de santé gouvernemental	Poste de santé gouvernemental	Agent de santé villageois	Clinique mobile/communautaire	Autre public	Hôpital privé	Médecin privé	Pharmacie	Cliniique	Autre privé médical	Parent(e) ou ami(e)	Guérisseur traditionnel	Autre	Tout fournisseur approprié *	Nombre d'enfants de 0-59 mois avec un cas suspecté de pneumonie
Sexe																		
Masculin	7,5	4858	9,8	10,4	3,9	1,8	0	0,4	4,5	0	1,7	0	0,6	5,7	2	2,1	29,9	364
Féminin	6,6	4727	10	8,6	4,6	2,9	1,7	0,8	5,1	0,4	1,1	1,1	0,6	5,1	1,7	0,2	34	314
Région																		
Région 1	9,3	1469	12,7	15,2	5,6	0,3	0	0	3,7	0	2,7	0	0,5	1,4	3,6	1,2	37,3	136
Région 2	4,5	2251	9,6	4,7	0	0,9	0	1,2	9,3	0	0,5	0	0	4,2	0,4	0	25,9	102
Région 3	5,6	1966	2,9	8,4	7,9	4,6	4,7	0	0	0	0	3,1	0	1,4	3,4	0,7	28,8	110
Région 4	9,5	1125	17	10,5	3,9	5,2	0	0	2,9	0	0	0	0	5,7	0,5	1,4	37,6	107
Région 5	7,1	267	16,3	3,1	0,6	2,7	1,8	0	0	0	1,9	0	0	0,9	1,3	0	22,8	19
Région 6	6,5	1041	4,3	1	9	4,1	0	0	3,3	0	0	0	2,1	1,7	0,5	0	23,8	68
Région 7	9,2	1465	9,2	12,8	1,4	0	0	1,8	9,3	0,9	3,9	0	1,3	16	1,8	3,1	34	134
Préfecture																		
Ombella-	7,5	841	12,8	18,8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	1,4	0	0	38	63
Lobaye	11,7	627	12,7	12,1	3,5	0,6	0	0	6,9	0	5	0	0,9	1,5	6,7	2,2	36,6	73
Mambéré-	5,9	1175	12	0	0	1,4	0	0	6	0	0,8	0	0	5,5	0	0	19,4	69
Nana-Mambéré	1,8	601	13	0	0	0	0	11,9	0	0	0	0	0	4,9	0	0	24,9	11
Sangha-Mbaéré	4,8	475	0,7	21,3	0	0	0	0	23,8	0	0	0	0	0	1,9	0	45,9	23
Ouham-Pendé	5,5	1224	0	12,8	11,7	7,5	7,6	0	0	0	0	5	0	2,4	3	0	40	68
Ouham	5,8	742	7,6	1,6	1,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,9	1,8	11	43
Kémo	14,8	235	8,2	15,4	5,8	3,3	0	0	0	0	0	0	0	6,1	1,5	0	31,5	35
Nana-Grébizi	4,9	209	7,9	0	3,7	3,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,6	10
Ouaka	9,1	681	23,4	9,5	2,9	6,6	0	0	4,9	0	0	0	0	6,5	0	2,5	45,3	62
Haute-Kotto	8,7	170	21	2	0	0	0	0	0	0	2,5	0	0	0	1,6	0	23	15
Bamingui-	4,4	97	0	7,1	2,8	12,1	8,2	0	0	0	0	0	0	4	0	0	22,1	4
Basse-Kotto	7,4	540	1,4	1,8	7	7,1	0	0	4,4	0	0	0	3,5	0	0	0	25,1	40
Mbomou	6,1	405	7,3	0	13,5	0	0	0	0	0	0	0	0	4,2	0	0	20,8	25
Haut-Mbomou	3,5	96	16,6	0	0	0	0	0	14,1	0	0	0	0	4,5	9,2	0	30,7	3
Bangui	9,2	1465	9,2	12,8	1,4	0	0	1,8	9,3	0,9	3,9	0	1,3	16	1,8	3,1	34	134
Milieu de résidence																		
Urbain	8	3552	18,6	10,3	1,1	0,4	0	0,9	6,2	0,4	2,5	0	0,6	9,1	0,9	1,5	36,5	286
Rural	6,5	6033	3,5	9	6,5	3,6	1,4	0,3	3,8	0	0,7	0,9	0,5	2,7	2,5	1	28,4	392
Âge de																		
0-11 mois	9,5	2183	11,8	10,2	3,7	1,4	0	0	3,6	0	1,7	1,6	0	5,1	1,9	0	31,5	207
12-23 mois	8,7	1844	11,4	12	1,1	2,2	0	0	6,3	0	2,8	0	0,4	3,7	1,8	1,7	32,6	160
24-35 mois	6,7	1814	8	9,3	9,7	3,8	0	0	4,5	0	0	0	1,2	5,1	4,3	0	32,2	121
36-47 mois	5,2	1936	6,9	3,6	3	1,2	0,3	1,3	7,9	1,2	1,8	0	1,8	7,4	0,7	3,8	26,9	101
48-59 mois	5,1	1676	8,9	10,5	3,6	3,6	6	2,9	1,8	0	0	0	0	7,9	0	0	35,3	86
Niveau																		
Sans niveau	6,6	4125	4,7	9,1	5,6	4,4	1,4	0,5	1	0,5	0,6	1,3	0,2	2,5	1,2	0,6	27,7	271
Primaire	7,2	4007	9,1	8,5	4	1,2	0,6	0,8	8	0	2,8	0	1,1	6,2	1,8	1,6	31,1	290
Secondaire & +	8,1	1410	24,3	13,3	1,6	0	0	0	5,6	0	0	0	0	10,4	2,3	1,5	43,8	114
Quintile de bien-être économique																		
Le plus pauvre	7,5	2013	6,6	8,7	5,4	2	2,3	0	1,2	0	0	0	0	3,1	3	1,9	24,8	150
Pauvre	7,1	2045	3,9	6,9	5,1	6,1	0	0	1,9	0	0,5	0	0	3,1	2,9	0,7	23	145
Moyen	6	2075	5,3	9,5	7	2,2	0	0	3,4	0	1,6	2,7	1,1	4	1,1	0	31,3	124
Riche	7,5	1855	12,2	9,9	1,7	0,5	1,5	2,7	12,1	0	1,3	0	1,8	8,7	1,8	1,8	40,1	139
Le plus riche	7,5	1596	23,3	13,4	1,8	0	0	0	5,6	1	4,4	0	0	9	0	1,5	42,1	120
Total	**7,1**	**9585**	**9,9**	**9,5**	**4,2**	**2,3**	**0,8**	**0,6**	**4,8**	**0,2**	**1,4**	**0,5**	**0,6**	**5,4**	**1,9**	**1,2**	**31,8**	**678**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006. * MICS indicateur 34, ** MICS indicateur35

b) Utilisation des antibiotiques dans le traitement de la pneumonie présumée

Près de quatre enfants âgés de moins de cinq ans souffrant d'une pneumonie sur dix ont reçu un antibiotique au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête. La prise en charge des enfants souffrant de pneumonie est élevée dans le milieu urbain (55%) qu'en milieu rural (28%). Au niveau préfectoral, l'Ombella-M'poko (51%), le Bamingui-Bangoran (55%), la Haute-Kotto (55%) et la capitale Bangui (54%) présentent des taux les plus élevés tandis qu'il est bas dans l'Ouham (11%). Un peu plus d'un enfant sur deux atteints de pneumonie est traité avec un antibiotique dans les régions 5 et 7 contre près d'un enfant sur trois dans le reste des régions administratives avec un plus bas niveau dans la région 6.

Les enfants souffrant de pneumonie et dont les mères n'ont aucune instruction sont moins souvent traités avec un antibiotique (29%) que ceux des mères de niveaux primaire (36%) ou secondaire et plus (75%). De même, les enfants ayant une pneumonie vivant dans les ménages plus pauvres (22%), pauvres (28%) et de statut économique moyen (35%) sont

également moins souvent traités aux antibiotiques que les enfants résidant dans les ménages riches (46%) et plus riches (73%).

Tableau CH.7: Traitement à l'antibiotique de la pneumonie : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie est suspecté et qui a reçu un traitement à l'antibiotique, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie a été suspecté et qui a reçu un traitement à l'antibiotique durant les 2 dernières semaines *	Nombre d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie a été suspecté dans les 2 dernières semaines précédant l'enquête
Sexe		
Masculin	37,9	364
Féminin	41,2	314
Région		
Région 1	48,5	136
Région 2	29,2	102
Région 3	32,1	110
Région 4	32,6	107
Région 5	54,5	19
Région 6	25,6	68
Région 7	54,1	134
Préfecture		
Ombella-M'poko	51,1	63
Lobaye	46,3	73
Mambéré-Kadéi	25,2	69
Nana-Mambéré	24,9	11
Sangha-Mbaéré	43,3	23
Ouham-Pendé	45,3	68
Ouham	11,2	43
Kémo	25,7	35
Nana-Grébizi	18,4	10
Ouaka	38,8	62
Haute-Kotto	54,9	15
Bamingui-Bangoran	54,6	4
Basse-Kotto	**25,3**	**40**
Mbomou	24,4	25
Haut-Mbomou	38,9	3
Bangui	54,1	134
Milieu de résidence		
Urbain	54,7	286
Rural	28,2	392
Niveau d'instruction de la mère		
Sans niveau	28,7	271
Primaire	35,7	290
Secondaire & +	74,6	114
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	22	150
Pauvre	27,9	145
Moyen	35	124
Riche	45,6	139
Le plus riche	72,5	120
Total	39,4	678

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales. *MICS 2006MICS indicateur 22

6.4.3 Connaissance des signes d'alerte de la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans

La connaissance des signes d'alerte de la pneumonie est la première des mesures à instaurer pour réduire la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. En RCA, seulement 21% des femmes connaissent les deux signes d'alerte de la pneumonie. Près de 28% et 34% des mères ont respectivement identifié la respiration rapide et la difficulté respiratoire comme des signes d'alerte. Il n'existe pas de différence dans la connaissance des mères sur les signes d'alerte de pneumonie entre les milieux urbain et rural. Par contre, au niveau préfectoral, la connaissance des 2 signes de risque de la pneumonie est élevée dans la Haute-Kotto (39%) et très basse dans la Ouaka (2%). Les mères et les personnes à charges des enfants atteints de pneumonie dans les régions 5 et 7 reconnaissent le plus souvent les signes d'alerte de cette maladie que celles d'autres régions avec un plus bas niveau dans la région 4 (10%). Le niveau d'instruction des mères et le statut de bien-être économique du ménage n'ont pas une influence significative dans la connaissance des signes de risque de la pneumonie pour un recours immédiat aux soins.

Tableau CH.7A: Connaissance des deux signes de risque de pneumonie : Pourcentage de mères/personnes en charge d'enfants de 0-59 mois selon la connaissance les symptômes pour amener immédiatement un enfant à l'hôpital; et reconnaissant la respiration rapide et difficile comme un signe pour soins immédiats, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de mères/personnes en charge d'enfants de 0-59 mois qui pensent qu'un enfant doit être amené immédiatement dans un service de santé s'il :								Mères/personnes en charge reconnaissant qui reconnaissent deux signes de risque de la pneumonie	Nombre de mères/personnes en charge d'enfants de 0-59 mois
	N'arrive pas a boire ou téter	Devient de plus en plus malade	Développe la fièvre	A une respiration rapide	A des difficultés a respirer	A du sang dans les selles	Boit difficilement	A d'autres symptômes		
Région										
Région 1	28,9	40,6	86,3	22,6	29,4	25,8	19,3	48,4	17,5	1469
Région 2	28,1	43,7	81,2	23,9	29,6	23,5	19,2	49,7	17,3	2251
Région 3	49	44,2	89,9	34	41,2	28,3	32,5	25,9	24,3	1966
Région 4	28,6	36	83,3	17,1	21,1	20,6	15,6	36,7	9,9	1125
Région 5	39,9	50	87,8	35,3	44,1	31,2	35,2	30,3	28,9	267
Région 6	39,7	46,9	83,2	29,5	33,3	24,2	26,6	23,7	25	1041
Région 7	44,7	43,9	85,3	35,2	45,8	39,6	37,5	30,8	28,3	1465
Préfecture										
Ombella-M'poko	38,7	46,6	88,1	31,6	39,2	34,8	31,9	32,2	26,2	841
Lobaye	15,7	32,6	83,9	10,5	16,3	13,7	2,6	70,2	5,8	627
Mambéré-Kadéi	16,6	37,5	76,4	12,1	17,1	15,1	5,6	49,3	5,2	1175
Nana-Mambéré	39,2	56,7	86,6	36,6	47,3	33,3	35	46,6	29,2	601
Sangha-Mbaéré	42,5	42,4	86	37,1	38,1	32,1	32,6	54,4	32,3	475
Ouham-Pendé	51,1	44,9	86,9	38,3	48,2	35,7	40,2	30,9	28,8	1224
Ouham	45,6	43	94,9	26,9	29,7	16,2	19,9	17,7	16,9	742
Kémo	39,4	42,9	85,3	33,1	37,2	37,6	33,6	25	28,3	235
Nana-Grébizi	40,2	45	93,2	25,8	28,5	24,6	28	21,9	15,8	209
Ouaka	21,2	30,9	79,5	9	13,2	13,5	5,6	45,2	1,8	681
Haute-Kotto	41,9	54,3	91	43,9	50,8	37,4	40,4	39,3	38,6	170
B-Bangoran	36,4	42,5	82,1	20,4	32,4	20,4	26,1	14,6	12	97
Basse-Kotto	42,4	42,6	80,8	25,1	30,1	20,3	22,4	24	19,6	540
Mbomou	40,1	56,6	84,5	38,9	41,2	31,6	33,2	20,4	36,1	405
Haut-Mbomou	22,3	30	90,9	14,7	17,3	15,2	22,5	36	9	96
Bangui	44,7	43,9	85,3	35,2	45,8	39,6	37,5	30,8	28,3	1465
Milieu de résidence										
Urbain	37,3	39,7	85	27,9	37,1	32	28,7	35,2	21,8	3552
Rural	36,4	44,9	85,1	27,5	32,6	24,5	23,7	37,8	20,1	6033
Niveau d'instruction mère										
Sans niveau	36,1	44	83,7	27,8	34,6	26,8	26	35,9	21,1	4125
Primaire	37,5	42,2	86	27,3	33,7	26,7	24,6	37,9	20,6	4007
Secondaire & +	36,1	42,3	86,3	28,5	34,8	30,3	27,6	36,1	20,3	1410
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	36,3	46,8	84,8	29,8	32,8	24,2	22,8	32,9	21,7	2013
Pauvre	35,5	43,4	83,9	24,6	30	24,4	23,1	37	17,2	2045
Moyen	34,8	39	84,5	25	33,6	24,8	25,1	38,3	18,7	2075
Riche	39,8	43,5	87,3	29,1	38	31,3	29,1	38	23,3	1855
Le plus riche	37,5	42,2	84,8	30,7	38,1	33,2	28,9	38,3	23,8	1596
Total	36,7	43	85	27,7	34,2	27,3	25,6	36,8	20,7	9585

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

6.5 Combustibles solides

Plus de 3 millions de personnes dans le monde dépendent des combustibles solides (biomasse et charbon) pour leurs besoins en énergie de base, comme la cuisine et le chauffage. Faire la cuisine et se chauffer avec des combustibles solides entraînent des niveaux élevés de pollution de l'air intérieur, par la production d'un mélange complexe de polluants nuisibles pour la santé. Le principal problème posé par l'utilisation de combustibles solides est les émanations d'une combustion incomplète, comme le monoxyde de carbone (CO), les hydrocarbures aromatiques polycycliques, le dioxyde d'azote (SO_2) et autres éléments toxiques. L'utilisation de combustibles solides augmente les risques de maladies respiratoires aiguës, de pneumonie, d'obstruction pulmonaire chronique, de cancer et peut-être de tuberculose, de faible poids à la naissance, de cataracte et d'asthme.

6.5.1 Ampleur de l'utilisation des combustibles solides par les ménages

En RCA, pratiquement tous les ménages utilisent des combustibles solides pour faire la cuisine quel que soit le milieu de résidence, les niveaux d'instruction ou le statut de bien-être économique. Les données indiquent clairement une forte utilisation du bois pour faire la cuisine. Il n'existe pas différence significative dans l'utilisation du four ouvert ou feu sans cheminée ou hotte selon les niveaux d'instruction et du bien-être économique des ménages.

Tableau CH.8: Utilisation de combustibles solides : Distribution en pourcentage des ménages selon le type de combustible pour la cuisine, et pourcentage des ménages utilisant un combustible solide pour la cuisine, RCA, 2006

Caractéristiques	Type de combustible utilise pour la cuisine												Total	Combustible solide pour la cuisine *	Nombre de ménages
	Electricité	Gaz propane liquéfie (GPL)	Gaz naturel	Kerosene	Charbon/lignite	Charbon de bois	Bois	Paille/ banchages/herbes	Bouse	résidus agricoles	Autres	Manquant			
Région															
Région 1	0	0	0	0,2	0	0,7	98,8	0,2	0	0	0	0,1	100	99,7	1782
Région 2	0	0	0	0	0	0,6	99	0,1	0	0	0,1	0,2	100	99,7	2475
Région 3	0	0	0	0	0	2,2	97,4	0	0	0	0	0,3	100	99,6	2282
Région 4	0,1	0,1	0	0,3	0	2,8	96,5	0,1	0	0	0	0,1	100	99,5	1450
Région 5	0,3	0,2	0	1,5	0	1,6	96,1	0,2	0	0	0,1	0	100	97,8	402
Région 6	0	0	0	0,7	0	1,1	97,8	0,2	0	0,1	0	0,1	100	99,1	1763
Région 7	2,1	0,3	0,2	0	0	7,1	89,2	0,2	0	0	0,4	0,5	100	96,5	1569
Préfecture															
Ombella-M'poko	0	0	0	0	0	0,7	99,1	0,2	0	0	0	0	100	100	1038
Lobaye	0	0	0	0,5	0	0,7	98,4	0,1	0	0	0	0,2	100	99,3	744
Mambéré-Kadéi	0	0	0	0	0	0,4	99,3	0,2	0	0	0,1	0	100	99,9	1285
Nana-Mambéré	0	0	0	0,1	0,1	0,8	98,4	0	0	0	0	0,5	100	99,3	772
Sangha-Mbaéré	0	0	0,1	0	0	0,6	99,2	0	0	0	0	0	100	99,9	417
Ouham-Pendé	0	0	0	0	0	0,4	99,1	0	0	0	0	0,5	100	99,5	1404
Ouham	0	0	0	0	0	5,1	94,7	0	0	0	0,1	0,1	100	99,8	878
Kémo	0	0	0	1,3	0	1	97,5	0	0,1	0	0	0,1	100	98,5	320
Nana-Grébizi	0	0	0	0	0	4,7	95	0	0	0	0	0,3	100	99,7	275
Ouaka	0,1	0,1	0	0	0,1	2,9	96,7	0,2	0	0	0	0	100	99,8	855
Haute-Kotto	0,1	0,3	0	2,3	0	0,8	96,2	0,2	0	0	0,1	0	100	97,2	274
B.Bangoran	0,6	0,1	0	0	0	3,3	95,8	0,1	0	0	0,1	0,1	100	99,2	127
Basse-Kotto	0	0	0	1,2	0	1,6	96,8	0,3	0	0,2	0	0	100	98,6	973
Mbomou	0	0	0	0	0,1	0,6	98,8	0,2	0	0	0	0,3	100	99,7	587
Haut-Mbomou	0	0	0	0	0	0,7	99,2	0	0	0	0	0,1	100	99,9	204
Bangui	2,1	0,3	0,2	0	0	7,1	89,2	0,2	0	0	0,4	0,5	100	96,5	1569
Milieu															
Urbain	0,8	0,1	0,1	0,1	0,1	4	94,3	0,1	0	0	0,2	0,3	100	98,4	4095
Rural	0	0	0	0,3	0	1,2	98,1	0,1	0	0	0	0,2	100	99,4	7628
Niveau d'instruction du chef de ménage															
Sans niveau	0,2	0	0	0,4	0	1,5	97,3	0,2	0	0	0	0,3	100	99	3271
Primaire	0,1	0	0	0,2	0	1,7	97,7	0	0	0	0	0,2	100	99,4	5277
Secondaire & +	0,7	0,2	0,1	0,1	0	3,8	94,6	0,2	0	0	0,2	0,1	100	98,6	3079
Quintile de bien-être économique															
Le plus pauvre	0	0	0	0,1	0	0	99,8	0	0	0	0	0,1	100	99,8	3141
Pauvre	0	0	0	0,3	0	0,7	98,7	0	0	0	0,1	0,1	100	99,5	2635
Moyen	0	0	0	0,4	0	3,1	96,1	0,2	0	0	0	0,2	100	99,4	2344
Riche	0	0	0	0,2	0	3,1	95,7	0,2	0	0	0,2	0,5	100	99	1998
Le plus riche	2,2	0,3	0,2	0,2	0,1	6,3	90,1	0,3	0	0	0,3	0,1	100	96,8	1605
Total	0,3	0,1	0	0,2	0	2,2	96,8	0,1	0	0	0,1	0,2	100	99,1	11723

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS indicateur 24; OMD indicateur 29

6.5.2 Utilisation des combustibles solides par les ménages selon le type de four

L'utilisation de combustible solide a plus ou moins d'effet sur la pollution intérieure, étant donné que la concentration des polluants est différente selon que le même combustible est consumé dans différents fourneaux. L'utilisation de fourneaux fermés avec des cheminées réduit la pollution intérieure, tandis qu'un fourneau ouvert ou un feu ouvert sans cheminée ni hotte signifie qu'il n'y a pas de protection contre les effets nocifs des combustibles solides.

Au niveau national, 92% des ménages utilisent le four ouvert ou feu sans cheminée ou hotte contre 7% pour le four ouvert ou feu avec cheminée ou hotte. Ce dernier type peut s'apparenter au foyer amélioré qui, semblerait-il consomme moins de bois de chauffe, et qui est de plus en plus conseillé. Il n'existe pas de différence significative entre les milieux urbain et rural dans l'utilisation de ce type de four le plus fréquemment rencontré en RCA.

L'utilisation de combustibles solides pour la cuisine est quasi-totale dans toutes les préfectures à l'exception de la Haute-Kotto qui enregistre le niveau le plus bas (76%). Dans cette préfecture 22% des ménages utilisent un four ouvert ou feu avec cheminée ou hotte. Cette situation est identique dans toutes les régions administratives.

Tableau CH.9: Utilisation de combustible solide par type de four ou de feu : Pourcentage de ménages utilisant des combustibles solides pour la cuisine par type de four ou de feu, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de ménages utilisant des combustibles solides pour la cuisine :					Total	Nombre de ménages utilisant des combustibles solides pour la cuisine
	Four fermé avec cheminée	Four ouvert ou feu avec cheminée ou hotte	Four ouvert ou feu sans cheminée ou hotte	Autre four	NSP le type du four /manquant		
Région							
Région 1	0,1	1,6	98	0,3	0,1	100	1777
Région 2	0,1	7,1	92,8	0	0	100	2467
Région 3	0	11,3	88,5	0,1	0,1	100	2274
Région 4	0,1	5,3	94,3	0,3	0,1	100	1443
Région 5	0,1	16,8	80	2,9	0,2	100	393
Région 6	0,2	5,9	93,9	0	0	100	1750
Région 7	0,1	9,9	87,5	2,3	0,2	100	1513
Préfecture							
Ombella-M'poko	0,1	2,3	96,9	0,5	0,1	100	1038
Lobaye	0	0,5	99,5	0	0	100	739
Mambéré-Kadéi	0,2	12,2	87,6	0	0	100	1283
Nana-Mambéré	0	0,5	99,5	0	0	100	767
Sangha-Mbaéré	0	3,7	96,3	0	0	100	416
Ouham-Pendé	0	13,6	86,3	0	0,2	100	1398
Ouham	0	7,7	92	0,3	0	100	876
Kémo	0	1,2	98,7	0	0,1	100	315
Nana-Grébizi	0	10,3	88,2	1,5	0	100	274
Ouaka	0,1	5,2	94,7	0	0,1	100	854
Haute-Kotto	0,1	21,7	75,7	2,4	0	100	267
Bamingui-Bangoran	0	6,2	89,1	4,1	0,6	100	126
Basse-Kotto	0,3	8,5	91,2	0	0	100	961
Mbomou	0	2,6	97,4	0	0	100	585
Haut-Mbomou	0	2,7	97,3	0	0	100	203
Bangui	0,1	9,9	87,5	2,3	0,2	100	1513
Milieu de résidence							
Urbain	0,1	7,5	91,2	1	0,1	100	4031
Rural	0,1	7,3	92,4	0,2	0	100	7587
Niveau d'instruction du chef de ménage							
Sans niveau	0,1	7,4	92,2	0,2	0	100	3241
Primaire	0,1	7,4	92	0,4	0,1	100	5246
Secondaire & +	0,1	7,2	91,5	1	0,1	100	3035
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	0,1	7,9	91,8	0,1	0	100	3135
Pauvre	0	6	93,7	0,3	0	100	2621
Moyen	0,1	8,6	91	0,3	0,1	100	2329
Riche	0	6,3	92,7	0,8	0,2	100	1978
Le plus riche	0,2	8,1	89,8	1,8	0,2	100	1554
Total	0,1	7,4	92	0,5	0,1	100	11618

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

6.6 Paludisme

Le paludisme est une des principales causes de décès chez les enfants âgés de moins de cinq ans en Centrafrique. Il contribue également à l'anémie chez les enfants tout en étant responsable d'un fort absentéisme scolaire. Des mesures de prévention, particulièrement l'utilisation de moustiquaires imprégnées, peuvent réduire de manière appréciable les taux de mortalité du paludisme chez les enfants. Dans les régions où le paludisme est endémique, les recommandations internationales suggèrent de traiter toute fièvre de l'enfant comme s'il s'agissait du paludisme et de donner immédiatement à l'enfant un traitement complet de comprimés antipaludéens recommandés. Les enfants présentant des symptômes de paludisme sévère, tels que la fièvre ou les convulsions, doivent être emmenés dans un établissement de santé. De même, les enfants convalescents du paludisme doivent recevoir des fluides et des aliments supplémentaires et, pour les plus d'entre eux, continuer d'être allaités.

Des questions sur la disponibilité et l'utilisation des moustiquaires dans les ménages et les enfants de moins de cinq ont été posées. Le questionnaire contient également des questions sur la prévalence du paludisme et les antipaludéens utilisés chez les enfants de moins de 5 ans atteints du paludisme, ainsi que celles concernant la prophylaxie intermittente anti-palustre chez les femmes enceintes.

6.6.1 Prévention du paludisme par l'utilisation des Moustiquaires

Le sous-chapitre relatif à la prévention du paludisme par l'utilisation des moustiquaires concerne les ménages et les enfants de moins de 5 ans.

a) Disponibilité des moustiquaires au niveau des ménages

Les résultats de l'enquête portés dans le tableau CH.10 indiquent que 36% des ménages possèdent au moins une moustiquaire et 16% possèdent une ou plusieurs Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII). Quels que soient les types de moustiquaires, elles sont plus disponibles en milieu urbain qu'en milieu rural : 54% contre 26% pour les moustiquaires en général et 26% contre 11% pour les MII.

Au niveau préfectoral, la proportion des ménages disposant d'une moustiquaire est élevée à Bangui (73%) et dans le Bamingui-Bangoran (80%). Par contre, le niveau est très faible dans les autres préfectures et plus particulirement dans la Nana-Mambéré (11%), l'Ouham-Pendé (15%), l'Ouham (16%) et la Nana-Gribizi (19%). Dans les régions administratives, les ménages qui disposent d'au moins une moustiquaire sont proportionnellement plus nombreux dans les régions 5 et 7.

S'agissant des moustiquaires imprégnées d'insecticide, les ménages résidant à Bangui (37%) et dans les préfectures de la Lobaye (30%), du Haut-Mbomou (27%), de la Ouaka (25%) et de la Mambéré-Kadéï (24%) sont mieux pourvus que ceux des autres préfectures.

Le niveau d'instruction et le statut du bien-être économique influencent le comportement d'un ménage à disposer d'une moustiquaire. En effet, 1 ménage sur 2 dont les chefs ont un niveau d'instruction du secondaire ou plus dispose d'au moins une moustiquaire (54%) contre 1 ménage sur 3 du niveau primaire et près d'1 ménage sur 4 sans instruction. La situation est pire en ce qui concerne les MII avec près d'un ménage sur 3 pour les chefs du secondaire ou plus contre 1 ménage sur 10 dont les chefs sont du primaire et n'ayant aucune instruction. De même, les ménages plus pauvres et pauvres ont moins souvent la possibilité de disposer des MII que ceux des ménages riches et plus riches. A titre d'exemples, moins d'un ménage pauvre sur 4 possède une moustiquaire contre au moins 1 ménage sur 2 chez les riches ; seulement 1 ménage pauvre sur 10 dispose d'une MII contre au moins 1 ménage riche sur 4.

Tableau CH.10 : Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire traitée à l'insecticide (MII), RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire	Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée (MII) *	Number of households
Région			
Région 1	40,4	22,5	1782
Région 2	33,3	16,7	2475
Région 3	15,2	1,5	2282
Région 4	28,2	17,6	1450
Région 5	68,1	11	402
Région 6	26,5	11,3	1763
Région 7	73,1	36,8	1569
Préfecture			
Ombella-M'poko	45,1	17	1038
Lobaye	33,8	30,1	744
Mambéré-Kadéi	41,7	23,6	1285
Nana-Mambéré	10,6	4,5	772
Sangha-Mbaéré	49,7	17,9	417
Ouham-Pendé	14,9	1,1	1404
Ouham	15,6	2,2	878
Kémo	34,1	10	320
Nana-Grébizi	18,5	3,3	275
Ouaka	29,1	25	855
Haute-Kotto	62,5	11,9	274
Bamingui-Bangoran	80,3	9	127
Basse-Kotto	23,6	11,8	973
Mbomou	24,5	5,1	587
Haut-Mbomou	45,8	26,5	204
Bangui	73,1	36,8	1569
Milieu			
Urbain	54	26,1	4095
Rural	25,9	11,2	7628
Niveau d'instruction du chef de ménage			
Sans niveau	24,8	10,8	3271
Primaire	31,3	13,8	5277
Secondaire & +	54,4	26,4	3079
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	15,3	6,6	3141
Pauvre	25,8	11	2635
Moyen	34,6	16,3	2344
Riche	53,4	25,5	1998
Le plus riche	71,4	33,3	1605
Total	35,7	16,4	11723

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006. * MICS Indicateur 36

b) Utilisation des moustiquaires chez les enfants de moins de 5 ans

Selon le tableau CH 11, seulement un enfant âgé de moins de cinq ans sur trois (33%) a dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête et très peu d'enfants ont dormi sous une MII (15%). Les enfants du milieu rural dorment moins souvent sous une moustiquaire que ceux du milieu urbain (22% contre 52%). Il en est de même pour les MII (10% en milieu rural contre 24% en milieu urbain).

Au niveau des préfectures, les enfants qui dorment sous une moustiquaire sont proportionnellement plus nombreux à Bangui et dans le Bamingui-Bangoran.Exceptées les localités précédemment citées, les niveaux demeurent faibles dans certaines préfectures notamment la Nana-Mambéré (8%), l'Ouham (8%), la Nana-Gribizi (13%), l'Ouham-Pendé (14%), et le Mbomou (15%).

S'agissant des régions, on note que le pourcentage des enfants qui dorment sous une moustiquaire est plus bas dans la région 3 (12%), tandis qu'il est élevé dans la région 5 (62%) et la région 7 (72%). A l'exception de la région 3 (1%), le pourcentage des enfants dormant sous une moustiquaire imprégnées varie de 12% à 35% respectivement dans les régions 5 et 7.

Il n'existe pas une différence significative dans l'utilisation de moustiquaires selon l'âge et le sexe. Par contre, les enfants des ménages plus pauvres (11%) et pauvres (22%) dorment le moins souvent sous une moustiquaire que les enfants des ménages riches (47%) et plus riches (64%). Cependant, la situation de l'utilisation des MII chez les enfants de moins de 5 ans, quels que soient les statuts du bien-être économique des chefs des ménages, est peu reluisante.

Tableau CH.11: Enfant dormant dans un lit avec moustiquaire : Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant dormi la nuit dernière sous une moustiquaire traitée a l'insecticide, RCA, 2006

Caractéristiques	Ont dormi sous une moustiquaire *	Ont dormi sous une moustiquaire traitée **	Ont dormi sous une moustiquaire non traitée	Ont dormi sous une moustiquaire mais ne sait pas si elle était traitée	Ne sait pas s'ils ont dormi sous une moustiquaire	N'ont pas dormi sous une moustiquaire	Nombre d'enfants de 0-59 mois
Sexe							
Masculin	33,2	15,1	17,3	,9	,3	66,5	4858
Feminin	32,9	15,1	17,1	,6	,2	67,0	4727
Milieu							
Urbain	52,4	24,0	27,1	1,3	,4	47,2	3552
Rural	21,7	9,9	11,4	,4	,1	78,2	6033
Préfecture							
Ombella-M'poko	46,4	15,3	30,4	,8	,5	53,1	841
Lobaye	30,0	27,2	2,4	,5	,0	70,0	627
Mambéré-Kadéi	34,8	20,6	13,4	,8	,0	65,2	1175
Nana-Mambéré	7,5	1,6	5,8	,2	,4	92,0	601
Sangha-Mbaéré	43,1	12,0	30,6	,5	,2	56,8	475
Ouham-Pendé	14,0	,7	13,0	,4	,3	85,6	1224
Ouham	8,4	1,9	6,3	,3	,0	91,6	742
Kémo	29,1	5,6	23,4	,1	,1	70,8	235
Nana-Grébizi	12,9	2,3	10,3	,2	,0	87,1	209
Ouaka	23,0	18,8	4,0	,1	,0	77,0	681
Haute-Kotto	48,7	10,6	36,7	1,3	,2	51,2	170
Bamingui-Bangoran	84,5	14,2	66,5	3,8	,1	15,4	97
Basse-Kotto	22,1	17,1	5,1	,0	,1	77,8	540
Mbomou	15,3	3,8	10,9	,7	,0	84,7	405
Haut-Mbomou	48,8	26,6	21,3	,9	,3	50,9	96
Bangui	71,7	34,5	35,0	2,2	,6	27,7	1465
Région administrative							
Région 1	39,4	20,4	18,4	,6	,3	60,3	1469
Région 2	29,3	13,7	15,0	,6	,1	70,6	2251
Région 3	11,9	1,1	10,5	,3	,2	87,9	1966
Région 4	22,4	13,0	9,2	,1	,0	77,6	1125
Région 5	61,7	11,9	47,6	2,2	,2	38,1	267
Région 6	21,9	12,8	8,8	,3	,1	78,0	1041
Région 7	71,7	34,5	35,0	2,2	,6	27,7	1465
Âge							
0-11 mois	34,8	16,4	18,0	,4	,3	64,9	2183
12-23 mois	38,0	18,4	19,0	,7	,2	61,8	1844
24-35 mois	32,0	13,7	17,0	1,3	,2	67,8	1814
36-47 mois	31,9	15,4	16,1	,4	,1	68,0	1936
48-59 mois	28,4	11,1	16,2	1,1	,3	71,4	1676
Quintile de bien-etre économique							
Le plus pauvre	10,9	4,9	5,7	,2	,1	89,1	2013
Pauvre	21,9	9,9	11,8	,2	,2	77,9	2045
Moyen	29,2	15,5	12,9	,8	,0	70,7	2075
Riche	47,3	20,1	26,6	,6	,5	52,2	1855
Le plus riche	63,7	28,2	33,3	2,3	,4	35,8	1596
Total	**33,1**	**15,1**	**17,2**	**,8**	**,2**	**66,7**	**9585**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006
* MICS indicateur 38, ** MICS indicateur 37; OMD indicateur 22

6.6.2 Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5ans

Selon le tableau CH12, un enfant sur cinq a fait la fièvre au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête au niveau national. La prévalence de la fièvre est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (29% contre 17%).

Au niveau préfectoral, le pourcentage des enfants fébriles semble être plus bas dans la Nana-Mambéré (14%), tandis qu'il est plus élevé à Bangui (35%). En plus de la capitale citée précédemment, on note également que cette prévalence dépasse la moyenne nationale dans l'Ombella-M'poko (23%), la Nana-Gribizi (24%), la Lobaye (25%), la Kémo (25%), l'Ouham (25%), la Ouaka (27%).

Dans les régions administratives, le pourcentage des enfants souffrant de la fièvre prédominent dans les régions 1, 4 et 7.

L'analyse selon l'âge montre que la prévalence de la fièvre, premier signe présomptif du paludisme, décroit avec l'âge des enfants : 12 à 23 mois (27%), 24 à 35 mois (25%) et 6 à 45 mois (20%). Quels que soient le niveau d'instruction des mères et le statut économique du du ménage, le paludisme n'épargne aucun enfant. Toutefois, on constate curieusement que les enfants des mères du secondaire ou plus et ceux issus des ménages riches sont les plus touchés.

6.6.3 Traitement curatif du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

Toute fièvre chez une personne est considérée et traitée avant tout comme un cas de paludisme tel que mentionné ci-haut. Le Plasmodium Falciparum est le principal agent pathogène du paludisme. Depuis quelques temps, plusieurs études ont démontré que le Plasmodium Falciparum est devenu résistant à la chloroquine (nivaquine). C'est ainsi que le Ministère de la Santé Publique de Centrafrique a retiré la chloroquine de la liste des médicaments antipaludiques.

Le traitement approprié aux antipaludiques est analysé de deux manières suivantes :1) selon la définition de MICS3 pour besoin de comparaison avec les autres pays ; 2) En excluant la chloroquine et en ne considérant comme antipaludiques "appropriés" que ceux mentionnés dans les nouvelles directives du ministère de la Santé publique de la RCA.

Dans l'ensemble du pays, 25% des enfants fébriles âgés de moins de 5 ans ont reçu de la Quinine (Quinimax), 4% de l'Amodiaquine (Flavoquine), 4% de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (Fansidar) et 9% les autres antipaludiques. Un pourcentage important des enfants continue d'être traités avec de la chloroquine ou Nivaquine (29%) retirée de la liste des antipaludiques. Seulement 3% ont reçu la thérapie associée à base d'artémisinine. Par ailleurs, les antipyrétiques ont également été donnés aux enfants fébriles avec 57% pour le paracétamol, 8% pour l'aspirine et 2% pour l'ibuprofène. Enfin, un enfant atteint de la fièvre sur quatre (20%) a reçu des médicaments autres que les antipaludiques et les antipyrétiques.

L'analyse des antipaludiques selon le milieu de résidence, les préfectures, les régions, les caractéristiques des mères et des ménages montre que la chloroquine et la quinine sont les plus utilisées chez les enfants fébriles, certainement en traitement de première intention dans le cas de paludisme simple. Cela risque de constituer une entrave au nouveau protocole thérapeutique, et par conséquent entraîner une chimiorésistance du Plasmodium Falciparum à la quinine qui est utilisée en monothérapie dans le cas de paludisme grave.

a) Analyse selon la définition de MICS3

Au niveau national, environ trois enfants sur cinq (57%) atteints de la fièvre ont été traités avec "un antipaludique approprié" et deux enfants sur cinq (42%) l'ont été 24 heures suivant l'apparition des signes. Les enfants fébriles en zone rurale sont moins souvent traités avec un antipaludique approprié que les enfants en zone urbaine (47% contre 68% et 36% contre 48% pour un traitement institué dans les 24 heures suivant l'apparition des signes).

Au niveau préfectoral, le pourcentage des enfants ayant de la fièvre et traités avec un antipaludique approprié est plus bas dans la Kémo (29%), tandis qu'il est plus élevé à Bangui (72%). La proportion des enfants fiévreux qui reçoivent un antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition des signes est plus élevée dans la Sangha-Mbaéré (56%) et plus basse dans la Kémo (11%). En dehors de la région 1 (41%), près ou plus de 5 enfants fébriles sur dix reçoivent un antipaludique approprié avec des niveaux élevés de 6 à 7 enfants sur dix dans les régions 1 et 7

Les enfants fébriles des mères sans instruction reçoivent moins souvent un antipaludique approprié (50%) que ceux des mères des niveaux du primaire (55%), du secondaire ou supérieur (72%). Les enfants atteints du paludisme vivant dans les ménages pauvres accèdent moins souvent à un antipaludique approprié (19%) que les enfants des ménages riches (57%). Cette situation se présente de même manière chez les enfants fiévreux soignés avec un antipaludéen dans les 24 heures suivants l'apparition des signes selon le niveau d'instruction ou le statut économique du ménage.

b) Analyse selon le protocole thérapeutique antipaludique de la RCA

Selon le tableau CH.12 et conformément au protocole thérapeutique national, 37% des enfants fébriles ont été traités avec un antipaludique approprié et 27% ont reçu ce traitement dans les 24 heures suivant l'apparition des signes présumés du paludisme. Les enfants atteints de la fièvre en milieu rural sont souvent moins traités avec un antipaludique approprié que ceux du milieu urbain (25% contre 50%). Les enfants du milieu rural sont également défavorisés pour un traitement avec un antipaludique approprié dans les 24 heures qui suivent l'apparition des premiers signes du paludisme par rapport à ceux du milieu urbain(18% contre 32%).

Dans les préfectures, le pourcentage des enfants fébriles traités avec un antipaludéen approprié varie de 12% dans la Kémo à 56% à Bangui avec cinq unités administratives ci-après qui ont un pourcentage dépassant la moyenne nationale. Il s'agit de l'Ouham-Pendé (38%), du Haut-Mbomou (45%), de l'Ombella-M'Poko (46%), de la Sangha-Mbaéré (46%) et de Bangui (56%). Le pourcentage des enfants atteints de la fièvre et traités dans les 24 heures est élevé à Bangui (39%), tandis que le niveau le plus bas est observé dans la Kémo (3%). Les mêmes localités citées ci-haut se démarquent sensiblement de la moyenne nationale de 27%. A l'exception des régions 4 (25%) et 6 (20,2%), le traitement approprie des enfants fébriles est plus répandu dans le reste des régions comparativement à la moyenne nationale (37%).

Les enfants des mères n'ayant aucune instruction (28%) reçoivent moins souvent un antipaludéen approprié que les enfants des mères du primaire (36%), du secondaire et plus (55%). Ce constat est le même dans le cas de traitement dans les 24 heures suivant l'apparition des signes du paludisme. Bien que moins de 50% d'enfants fébriles de tous les niveaux du bien-être économique se traitent avec un antipaludique approprié, les enfants des ménages pauvres le sont moins par rapport aux ménages riches (13% à 16% contre 34% à 42%.

ement des enfants avec des médicaments antipaludéens. Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont souffert de la fièvre dans les 2 dernières semaines et qui ont
006

Nombre d'enfants de 0-59 mois	Enfant ayant eu la fièvre au cours des 2 dernières semaines et qui ont été traitées avec														
	Antipaludéen : SP/Fansidar	Antipaludéen : Chloroquine	Antipaludéen : Amodiaquine	Antipaludéen : Quinine	Combinaison basée sur l'Artémisinine	Antipaludéen : Autre antipaludéen	Tout antipaludéen approprié	Tout antipaludéen approprié en RCA	Autre médicament : Paracétamol/Acetaminophen	Autre médicament : Aspirine	Autre médicament : Ibuprofen	Autre médicament : Autre	Ne sait pas	Tout traitement antipaludéen approprié dans les 24 heures sur la base des symptômes *	Tout traitemen approprié dans sur la base de en R
4858	5,7	30,2	5,3	26,4	2,9	8,6	59,3	40,1	57,3	7,3	2,0	20,5	1,4	43,3	28
4727	2,5	28,2	4,3	23,4	2,1	8,6	54,3	33,9	56,4	8,4	2,2	18,7	,9	39,6	25
1469	2,2	33,3	6,6	24,2	,0	17,7	62,5	41,6	64,8	8,5	4,5	24,1	,4	46,8	31
2251	2,6	25,8	3,9	28,4	,1	1,3	50,6	32,3	53,2	11,7	3,2	14,8	3,3	38,6	24
1966	1,4	26,8	,7	18,7	8,2	5,8	50,7	30,0	55,4	11,7	,0	10,4	,2	40,1	22
1125	2,7	32,1	2,0	18,6	,1	3,6	49,8	24,8	57,4	4,5	,9	18,5	,9	38,5	18
267	4,7	32,8	1,3	17,6	,0	6,2	52,1	28,9	46,0	3,5	,0	17,6	2,7	36,1	17
1041	1,0	24,8	1,4	12,7	,2	8,4	41,0	20,2	46,6	4,4	,6	14,6	1,0	29,4	14
1465	10,5	30,2	10,3	36,0	4,1	12,5	72,0	56,2	59,2	5,5	2,5	29,2	,9	47,5	39
841	4,1	32,5	7,9	29,6	,0	16,9	61,6	45,6	58,4	6,6	2,0	22,3	,7	41,6	33
627	,0	34,2	5,0	17,6	,0	18,6	63,6	36,7	72,7	10,9	7,5	26,3	,0	53,3	29
1175	4,6	26,2	5,1	23,0	,0	,6	44,5	28,6	52,2	15,6	5,5	13,4	3,7	35,4	23
601	,0	22,9	3,5	27,9	,0	3,3	49,9	30,0	39,9	7,7	,0	11,9	,0	32,1	16
475	,0	28,0	,9	44,7	,7	1,0	69,2	46,0	72,3	5,1	,3	22,1	6,1	55,9	37
1224	1,4	25,3	1,4	21,8	17,1	3,0	55,6	37,9	51,0	10,2	,0	7,0	,0	43,3	30
742	1,4	28,2	,0	15,9	,0	8,4	46,2	22,8	59,5	13,1	,0	13,4	,4	37,2	15
235	2,8	18,8	,0	6,9	,0	3,2	28,9	12,3	45,5	3,4	,0	14,9	,6	11,4	2,
209	,0	27,2	1,1	18,7	,0	5,7	43,0	25,5	53,4	5,4	,4	11,3	,0	30,6	15
681	3,4	37,7	2,9	22,2	,2	3,2	58,4	28,5	62,3	4,6	1,3	21,6	1,2	49,3	24
170	7,7	30,2	,9	13,5	,0	8,2	47,9	29,4	41,2	2,3	,0	19,0	2,8	28,0	13
97	,7	36,2	1,8	23,2	,0	3,5	57,7	28,2	52,3	5,1	,0	15,7	2,6	47,0	22
540	,6	24,0	1,2	8,2	,0	6,5	36,5	15,3	42,9	6,0	,0	7,6	,0	26,8	11
405	1,6	25,5	1,9	12,4	,0	7,9	41,4	20,3	46,4	1,7	1,4	19,8	1,4	27,8	15
96	1,6	26,6	,7	35,8	1,8	19,3	62,3	44,5	65,9	4,1	1,1	33,6	4,4	47,1	29
1465	10,5	30,2	10,3	36,0	4,1	12,5	72,0	56,2	59,2	5,5	2,5	29,2	,9	47,5	39
3552	7,3	29,7	7,7	34,0	2,5	11,2	67,6	50,0	61,9	6,6	2,2	25,2	,8	47,7	36
6033	1,2	28,9	2,1	16,2	2,5	6,1	46,6	24,8	52,0	9,1	1,9	14,3	1,4	35,6	18
2183	1,3	26,0	4,0	22,2	2,0	10,6	52,6	34,0	51,7	8,9	2,1	21,7	,8	36,6	24
1844	5,0	28,2	7,9	23,9	3,7	8,9	58,8	40,4	60,0	7,6	2,6	22,1	1,0	43,9	29
1814	6,2	32,7	2,5	28,0	2,4	7,1	61,2	38,0	61,0	9,1	1,3	16,0	,5	45,7	28
1936	3,8	30,7	4,6	24,8	1,9	8,2	55,6	35,5	55,5	7,0	2,1	17,5	2,7	38,2	23
1676	4,9	29,1	5,2	24,9	2,3	8,2	55,9	37,2	54,7	6,5	2,3	21,9	,5	42,9	29
4125	3,3	29,9	2,2	18,0	2,3	6,6	50,4	28,0	51,3	9,8	1,7	15,0	1,3	35,6	19
4007	2,9	26,9	2,9	25,2	1,6	8,7	54,6	35,6	57,2	8,2	1,9	17,7	,7	41,1	27
1410	8,4	32,6	12,9	35,9	4,5	11,5	72,1	55,1	64,8	4,1	3,0	30,7	1,7	51,8	39
2013	1,3	22,7	1,9	12,3	1,7	5,1	38,3	19,3	44,4	9,7	2,0	10,8	,9	26,0	12
2045	1,2	26,7	,9	16,3	3,7	4,5	44,7	23,6	53,7	9,7	,6	18,5	,5	32,6	15
2075	3,4	30,9	1,2	23,3	1,2	10,3	57,2	35,0	57,9	8,3	2,0	16,4	2,6	45,1	27
1855	7,9	35,5	6,4	30,3	1,8	12,3	66,9	46,9	62,3	6,7	1,5	26,5	1,3	48,5	33
1596	6,0	28,5	12,7	39,6	4,4	9,3	73,3	56,5	63,9	5,4	4,2	24,2	,1	52,4	42
9585	4,2	29,3	4,8	25,0	2,5	8,6	57,0	37,2	56,9	7,8	2,1	19,7	1,1	41,6	27

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006*MICS indicateur 39; OMD indicateur 22

6.6.4 Traitement Présomptif Intermittent (TPI) du Paludisme chez les femmes enceintes

Les femmes enceintes qui vivent dans des zones où la prévalence du paludisme est forte, courent quatre fois plus de chances que les autres adultes de contracter cette maladie et deux fois plus de risques d'en mourir. En cas d'infection, les femmes enceintes risquent l'anémie, l'accouchement prématuré et de donner naissance à un enfant mort-né. Leurs bébés risquent de présenter un faible poids à la naissance, ce qui compromet leurs chances de survie au bout de leur première année. Pour cette raison, des mesures sont prises pour protéger les femmes enceintes en leur distribuant des moustiquaires traitées à l'insecticide et en leur faisant prendre des médicaments lors des consultations prénatales pour prévenir le paludisme à travers le traitement présomptif intermittent (TPI).

Dans le cadre de la MICS, il a été demandé aux femmes de mentionner les médicaments qu'elles avaient reçus durant leur dernière grossesse au cours des deux ans qui ont précédé l'enquête. Les femmes sont considérées comme ayant reçu une thérapie préventive intermittente si elles ont reçu au moins 2 doses de SP/Fansidar durant la grossesse.

En RCA, quel que soit le protocole, six femmes sur dix (61%) ont bénéficié d'un traitement présomptif intermittent (TPI) contre le paludisme durant leur grossesse. Selon le protocole national, seulement 9% des femmes ont reçu deux traitements ou plus au Fansidar durant leur grossesse et 3% des femmes enceintes l'ont reçu une seule fois. Il est à noter que 44% d'entre elles continuent à utiliser de la chloroquine en traitement présomptif intermittent.

Au niveau des préfectures et Bangui, le pourcentage des femmes qui reçoivent deux traitements ou plus au Fansidar durant leur grossesse conformément au protocole national varie de 1% dans l'Ouham à 19% à Bangui (Tableau CH13). Cette pratique est également plus répandue dans la Lobaye (9%), la Sangha-Mbaéré (10%), la Kémo (12%) comparativement à la moyenne nationale de 9%.

Dans les régions administratives, la proportion des femmes qui ont reçu deux traitements ou plus au Fansidar oscille entre 3% dans la région 3 et 11% dans la région 2.

Les femmes n'ayant aucune instruction (5%) reçoivent moins souvent deux traitements ou plus au Fansidar durant leur grossesse que les femmes des niveaux primaire (8%) et secondaire ou plus (20%). Les femmes des ménages plus pauvres (2%) et pauvres (4%) bénéficient moins souvent de deux traitements ou plus au Fansidar durant leur grossesse que celles des ménages riches (14%) et plus riches (19%).

Les faibles effectifs de femmes qui bénéficient d'un TPI pendant la grossesse pourrait s'expliquer par, entre autres, l'insuffisance de formation des agents de santé, de l'éducation sanitaire des familles et des communautés, les difficultés financières pour accéder des ménages aux antipaludiques recommandés.

Tableau CH.13: Traitement préventif du paludisme par intermittence : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance au cours des deux années précédant l'enquête et qui ont par intermittence, un traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme pendant la grossesse, RCA, 2006

Caractéristiques	Un médicament contre le paludisme durant leur grossesse	SP/Fansidar une fois seulement	SP/Fansidar 2 fois ou plus *	SP/Fansidar nombre de fois inconnu*	Chloroquine	Autres médicaments	Ne sait pas	Nombre de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance au cours de deux années précédant l'enquête
Préfecture								
Ombella-M'poko	67,8	1,6	7,1	,9	47,0	20,9	3,2	365
Lobaye	79,3	5,1	9,3	,0	54,8	32,9	1,7	282
Mambéré-Kadéi	72,0	2,2	11,7	,0	54,4	15,1	2,5	488
Nana-Mambéré	51,7	1,2	8,2	,0	31,0	21,6	4,1	241
Sangha-Mbaéré	66,0	5,6	10,1	,4	44,2	24,7	2,1	181
Ouham-Pendé	54,2	,0	3,5	,3	44,3	24,1	6,5	472
Ouham	35,9	,8	1,0	1,5	27,4	7,6	2,8	317
Kémo	42,3	1,4	11,6	,2	26,8	6,7	2,8	109
Nana-Grébizi	51,0	1,2	4,2	,2	37,1	12,5	3,8	85
Ouaka	45,2	1,1	5,4	,0	37,8	6,9	1,7	283
Haute-Kotto	55,6	2,1	8,3	,0	40,8	10,8	7,1	67
Bamingui-Bangoran	50,3	,7	2,8	,3	35,2	11,8	4,0	41
Basse-Kotto	31,5	1,3	4,3	,0	21,9	6,0	1,2	258
Mbomou	59,2	6,3	4,3	,4	50,8	18,4	,6	174
Haut-Mbomou	80,5	12,1	5,8	,0	61,7	19,6	2,2	50
Bangui	83,9	6,3	19,1	,9	57,3	22,5	2,3	672
Milieu								
Urbain	77,2	5,6	15,1	1,0	53,2	21,2	3,0	1575
Rural	51,2	1,2	4,7	,1	38,8	16,0	2,9	2510
Niveau d'instruction de la femme								
Sans niveau	44,4	1,4	4,9	,3	32,9	12,6	3,1	1643
Primaire	68,0	2,7	8,2	,4	50,8	20,9	3,1	1794
Secondaire & +	84,7	6,9	19,6	,8	56,3	23,0	2,1	632
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	38,7	,6	2,1	,2	28,4	10,4	3,3	853
Pauvre	54,7	1,2	4,4	,0	41,9	17,0	3,2	866
Moyen	60,0	3,3	6,6	,3	46,2	18,2	3,0	885
Riche	74,0	3,9	13,9	,4	52,5	21,1	2,8	776
Le plus riche	83,7	6,0	18,9	1,5	55,3	24,9	2,3	706
Total	61,2	2,9	8,7	,4	44,4	18,0	2,9	4085

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 40

6.7 Sources et couts d'approvisionnement en médicaments et autres consommables pour le traitement et la prévention des maladies des enfants

Dans la MICS3 les questions ont été incluses pour recueillir des informations sur les sources et les coûts d'approvisionnement en : moustiquaires imprégnées, antipaludéens, antibiotiques et SRO. Ces informations sont très importantes en ce sens qu'elles permettent une évaluation basée sur la population de la portée des programmes et du point auquel des groupes cibles particuliers sont couverts par ces programmes.

Ces informations sont également utiles pour contrôler la fourniture de matériel gratuit ou subventionné et pour l'évaluation des coûts du matériel, étant donné que les prix du matériel peuvent constituer un obstacle à son utilisation. Pour les responsables de programme souhaitant déterminer la part des secteurs tant public que privé dans la fourniture de ces approvisionnements, et l'importance relative de chacune des sources, les informations sur les sources et coûts des approvisionnements peuvent être essentiels.

6.7.1 Moustiquaires imprégnées d'insecticides pour la prévention du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

Au niveau national, 93% des ménages s'approvisionnent en MII auprès des autres sources contre seulement 6 et 2% auprès des secteurs publics et privés. Il possible que parmi les autres sources de fourniture des MII figurent les ONG et la distribution gratuite lors des Journées Nationales de Survie de l'Enfant.

Les ménages du milieu rural s'approvisionnent plus souvent en MII auprès des autres sources que ceux du milieu urbain (95% contre 91%). Toutefois, le secteur public constitue la seconde source d'approvisionnement des ménages autant en milieu urbain que rural (7% contre 3%). Par contre, le secteur privé est prépondérant en milieu rural (3% contre 1% en milieu urbain).

L'approvisionnement des ménages en MII par le secteur public dans les préfectures est très visible dans l'Ouham (86%), la Nana-Gribizi (54%), le Haut-Mbomou (29%), la Kémo (18%), l'Ombella-M'Poko (11%) et le Mbomou (10%). Il est possible que ces préfectures fassent partie des premières localités qui ont bénéficié de la distribution à grande échelle des MII du GFATM mais aussi de l'UNICEF, particulièrement dans la Nana-Gribizi et l'Ouham. Par ailleurs, à l'exception de l'Ouham (14%) et de la Nana-Gribizi (46%), entre 58% et 99% des ménages dans le reste des préfectures s'approvisionnent en MII auprès d'autres sources. Enfin, il y a lieu de noter que 15% des ménages dans la Basse-Kotto et 13% dans le Haut-Mbomou se sont approvisionnés en MII auprès du secteur privé.

Les ménages dont les chefs n'ont aucune instruction s'approvisionnent moins souvent en MII dans le secteur public (3%) que ceux de niveau primaire (5%) et secondaire et plus (8%). Cette situation est la même dans le secteur privé. L'analyse des sources d'approvisionnement en MII selon les statuts économiques des chefs des ménages montre que les ménages riches et moyens utilisent plus souvent le secteur privé que les ménages pauvres. Cependant, quels qu'en soient le niveau d'instruction et le statut économique des ménages, les autres sources constituent le lieu de prédilection des ménages pour disposer des MII.

Par ailleurs, on constate que des ménages ont gratuitement reçu des MII du secteur public (20%) et du secteur privé (12%). Les ménages pauvres ont plus souvent reçu gratuitement des MII du secteur public que les ménages riches. On note paradoxalement que les ménages les plus riches (28%) à l'image des ménages les plus pauvres (18%) bénéficient gratuitement des MII du secteur privé que les ménages des autres statuts économiques. Il est possible que la distribution gratuite des MII par les structures sanitaires publiques et du secteur privé social (confession religieuse) puisse expliquer la réception gratuité des MII pour ces ménages.

S'agissant des coûts des MII, il est difficile de se prononcer sur leurs prix de revient moyen auprès des secteurs publics et privés à cause des données manquantes pour certaines variables et de l'absence d'informations sur les types des MII.

D'une manière générale, en Centrafrique, les structures du secteur public vendent plus cher les MII que celles du secteur privé, au regard des coûts médians (3.500 F CFA contre 3.000 F CFA). Les coûts médians des MII du secteur public sont les mêmes qel que soit le milieu de résidence (3500 F CFA). Par contre dans le secteur privé, le coût médian des MII est plus bas en milieu rural qu'en milieu urbain (2793 FCFA contre 3000 F CFA). Toutefois, on constate que les coûts médians sont élevés et risquent de constituer une barrière financière pour l'accessibilité des ménages centrafricains aux MII.

Tableau CH.14: Source d'approvisionnement en moustiquaires traités : Distribution en pourcentage des ménages par la source d'approvisionnement endu moustiquaire ; des ménages obtenant gratuitement et coût médian pour ceux qui payent, RCA, 2006

Caractéristiques	Source du moustiquaire traité			Total	Nombre de ménages avec au moins un moustiquaire	Pourcentage gratuit	Coût médian à l'achat		
	Public*	Privé	Autre			Public	Privé	Public**	Privé**
Milieu de résidence									
Urbain	7,9	,9	91,2	100,0	1070	13,0	14,5	3500,0	3000,0
Rural	2,6	2,5	94,9	100,0	854	44,6	10,8	3500,0	2793,4
Préfecture									
Ombella-M'poko	11,0	1,4	87,6	100,0	177	21,0	50,0	4000,0	4000,0
Lobaye	3,6	,3	96,2	100,0	224	66,0	,0	2500,0	5000,0
Mambéré-Kadéi	1,3	,0	98,7	100,0	303	,0	.	4191,3	.
Nana-Mambéré	8,7	,0	91,3	100,0	35	15,0	.	2114,8	.
Sangha-Mbaéré	1,0	,0	99,0	100,0	75	,0	.	.	.
Ouham-Pendé	,0	10,0	90,0	100,0	15	.	100,0	.	.
Ouham	86,2	,0	13,8	100,0	19	,0	.	3500,0	.
Kémo	18,3	4,6	77,1	100,0	32	,0	,0	2500,0	6253,1
Nana-Grébizi	54,1	,0	45,9	100,0	9	4,7	.	1928,8	.
Ouaka	3,4	,0	96,6	100,0	214	6,7	.	1970,5	.
Haute-Kotto	5,0	1,9	93,1	100,0	33	,0	,0	6319,3	.
Bamingui-Bangoran	5,5	,0	94,5	100,0	11	,0	.	.	.
Basse-Kotto	,6	15,0	84,5	100,0	115	,0	,0	2500,0	2500,0
Mbomou	10,0	2,0	87,9	100,0	30	48,1	,0	4167,5	.
Haut-Mbomou	29,3	12,6	58,1	100,0	54	56,6	14,1	3288,1	2750,0
Bangui	2,6	,0	97,4	100,0	577	,0	.	3863,6	.
Région administrative									
Région 1	6,8	,8	92,4	100,0	401	34,1	40,5	4000,0	4296,8
Région 2	1,9	,0	98,1	100,0	412	5,9	.	3500,0	.
Région 3	48,1	4,4	47,4	100,0	35	,0	100,0	3500,0	.
Région 4	7,1	,6	92,4	100,0	255	4,0	,0	2000,0	6253,1
Région 5	5,1	1,4	93,5	100,0	44	,0	,0	4277,6	.
Région 6	9,8	12,4	77,8	100,0	199	53,4	3,9	3500,0	2545,3
Région 7	2,6	,0	97,4	100,0	577	,0	.	3863,6	.
Niveau d'instruction du chef de ménage									
Sans niveau	2,6	,8	96,7	100,0	352	43,8	,0	3070,7	2500,0
Primaire	4,7	1,1	94,2	100,0	726	17,7	,0	3500,0	2955,7
Secondaire & +	7,6	2,5	89,8	100,0	814	17,5	18,0	3500,0	3000,0
Quintile de bien-etre économique									
Le plus pauvre	4,7	1,0	94,3	100,0	209	32,4	17,6	2764,8	4000,0
Pauvre	3,3	2,7	94,0	100,0	289	48,7	1,6	3500,0	2735,9
Moyen	5,8	1,0	93,2	100,0	383	29,3	1,9	3500,0	4508,0
Riche	6,4	1,3	92,3	100,0	509	14,9	3,1	3957,1	2500,0
Le plus riche	6,1	2,0	92,0	100,0	534	5,2	27,9	3500,0	4000,0
Ethnie du chef de menage									
Haoussa	2,8	,3	96,9	100,0	128	58,3	100,0	8000,0	.
Sara	9,2	,2	90,6	100,0	86	,0	100,0	3136,1	.
Mboum	,0	8,3	91,7	100,0	19	.	100,0	.	.
Gbaya	4,9	,0	95,1	100,0	520	9,1	.	3500,0	.
Mandjia	7,6	,0	92,4	100,0	134	2,2	.	3108,1	.
Banda	2,5	2,8	94,7	100,0	534	3,7	,0	2500,0	2821,3
Ngbaka-Bantou	5,3	1,1	93,6	100,0	166	57,3	67,9	3919,6	5000,0
Yakoma-Sango	7,9	3,2	88,9	100,0	170	16,3	,0	3540,9	4000,0
Zande/Nzakara	20,8	7,7	71,5	100,0	86	47,8	6,8	3500,0	2826,5
Autres ethnies locales	7,1	,0	92,9	100,0	17	,0	.	2750,0	.
Ethnies non centrafricaines	6,0	,0	94,0	100,0	51	,0	.	5000,0	.
Manquant	15,4	2,7	81,9	100,0	11	,0	,0	3500,0	4500,0
Total	**5,5**	**1,6**	**92,8**	**100,0**	**1924**	**19,6**	**11,9**	**3500,0**	**3000,0**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3 ; * MICS indicateur 96, ** MICS indicateur 97

6.7.2 Antipaludique pour le traitement des épisodes de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

Dans l'ensemble du pays, la principale source d'approvisionnement en antipaludiques reste le secteur public avec 45% contre 19% au secteur privé. On note également que 35% des ménages s'approvisionnent en antipaludiques à travers d'autres sources. Il est à craindre que parmi ces autres sources figurent les vendeurs non-autorisés, appelés communément des « Boubanguérés » qui n'ont aucune notion de la médecine et de la pharmacie.

Les ménages en milieu rural s'approvisionnent moins souvent en antipaludiques pour le traitement des enfants de moins de 5 ans dans les secteurs public et privé que ceux du milieu urbain. Ils sont respectivement de 41% et 17% en milieu rural contre 48% et 21% en milieu urbain. Par contre, les ménages du milieu rural utilisent plus souvent les autres sources d'approvisionnements antipaludiques que ceux du milieu urbain (43% contre 30%). Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les ménages du milieu rural éprouvent plus de difficultés pour avoir accès aux services publics et privé de santé.

D'une manière générale, quelles que soient les localités (préfectures, Bangui et régions), les ménages s'approvisionnent prioritairement en antipaludiques dans le secteur public, puis viennent ensuite les autres sources. Cependant, il convient de noter que les ménages de la Sangha-Mbaéré (48%) et de la Basse-Kotto (24%), reçoivent plus souvent des antipaludiques pour le traitement des enfants du secteur privé. Cette situation pourrait s'expliquer par l'importance de plus en plus grandissante de l'intervention des confessions religieuses dans le secteur de la santé.

Les ménages dont les chefs ont un niveau d'instruction secondaire ou plus acquièrent le plus souvent en antipaludiques du secteur public (59%) que les chefs des ménages ayant un niveau d'instruction du primaire (39%) et ceux n'ayant aucune instruction (42%).

En ce qui concerne le niveau du bien-être économique des ménages, le secteur public est plus souvent sollicité par les ménages les plus riches (46%) et riches (43%) pour leur approvisionnent en antipaludiques que les ménages pauvres (41%) et plus pauvres (34%). Par contre, les ménages les plus pauvres (58%) et pauvres (45%) utilisent le plus souvent les autres sources d'approvisionnement en antipaludiques que les ménages de statut économique moyen (36%), riche (30%) et plus riche (25%). Cette situation s'expliquerait par le faible pouvoir économique des ménages pauvres et par les difficultés d'accessibilité géographique aux services de santé.

D'une manière générale, le coût médian d'achat d'un antipaludique est plus élevé dans le secteur public (1.000 F CFA) que dans le privé (700 F CFA), ce qui s'explique par la présence du privé à but non-lucratif ou confessionnel, mais également par celle des vendeurs ambulants des médicaments du secteur informel.

Les antipaludiques coûtent moins chers en milieu rural qu'en milieu urbain. Ces coûts médians sont respectivement de 300 F CFA pour le secteur privé et 652,6 F CFA pour le public en milieu rural contre 900 et 1034,9 F CFA pour les mêmes secteurs en milieu urbain.

Au niveau préfectoral, le coût médian d'un antipaludique dans le secteur privé varie de 165 F CFA dans l'Ouham à 3893 F CFA dans le Bamingui-Bangoran et 11 localités sur 16 présentent un coût médian qui est supérieur à la moyenne nationale de 700 F CFA. Parmi ces préfectures, on peut citer, entre autres, la Haute-Kotto (2405 FCFA), l'Ombella-M'poko (1070 F CFA), la Nana-Gribizi (1001 F CFA) et le Haut-Mbomou (1001,6 FCFA). Par contre dans le secteur public, le coût médian d'un antipaludique oscille ente 500 F CFA dans la Lobaye à 1855 F CFA dans la Haute-Kotto. Outre la préfecture précédemment citée, le coût

médian d'un antipaludique dans le secteur public est supérieur à la moyenne nationale de 1000 F CFA dans la Basse-Kotto (1069,5 F CFA), la Mambéré-Kadéï (1085,6 F CFA), la Nana-Mambéré (1366 F CFA) et à Bangui (1267 F CFA).

Tableau CH.15: Source et coût d'approvisionnement des antipaludéens : Distribution en pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu une fièvre et reçu un antipaludéen par source pourcentage d'enfants ayant obtenu gratuitement l'antipaludéen et cout médian de ceux achetés, RCA, 2006

Caractéristiques	Source des antipaludéens			Total	Nombre d'enfants ayant eu une fièvre au cours des 2 dernières semaines et qui ont traité avec des antipaludéens	Pourcentage gratuit		Coût médian pour ceux qui l'ont acheté	
	Public*	Privé	Autre			Public	Privé	Public**	Privé**
Sexe									
Masculin	46	19,7	34,3	100	657	3,9	6	1000	500
Féminin	44,3	19	36,6	100	527	4,6	6,2	1000	835,3
Région									
Région 1	37,4	26,3	36,3	100	217	2,7	10,1	600	1008,6
Région 2	45,1	23,8	31,1	100	175	1,1	3,9	1000	500
Région 3	47,7	10	42,3	100	183	19,2	18,6	584,9	500
Région 4	41,9	11,9	46,1	100	145	4	0	600	1387,8
Région 5	45,1	16,3	38,6	100	22	1,1	0	1327,8	2060,5
Région 6	31,9	18,6	49,5	100	72	0,6	2,6	600	250
Région 7	52,6	21,2	26,2	100	369	0	3,6	1267,1	900
Préfecture									
Ombella-M'poko	41,5	19,7	38,8	100	118	2	8,2	800	1070,3
Lobaye	32,5	34,2	33,2	100	99	3,7	11,3	500	917,6
Mambéré-Kadéi	54	8,2	37,8	100	88	1,9	12,3	1085,6	1950
Nana-Mambéré	39,3	30	30,7	100	41	0	0	1366,5	869,3
Sangha-Mbaéré	33,5	47,5	19	100	47	0	3,4	862	500
Ouham-Pendé	60,9	8,6	30,5	100	96	28,6	41	424,2	810
Ouham	33	11,5	55,5	100	87	0	0	775	165
Kémo	42,5	1,5	56	100	17	0	0	788,4	2375
Nana-Grébizi	40,9	10,9	48,3	100	21	0	0	712,7	1001,1
Ouaka	42,1	13,8	44,1	100	107	5,4	0	573,6	1450
Haute-Kotto	31,3	16,5	52,2	100	12	0	0	1855,1	2405,2
B-Bangoran	60,6	16	23,4	100	11	1,8	0	1000	3893,3
Basse-Kotto	19,8	23,9	56,3	100	36	0	0	1069,5	147,3
Mbomou	36,1	10,4	53,5	100	25	0	0	720,2	316,7
Haut-Mbomou	58,9	20	21,2	100	12	1,8	14,7	600	1001,6
Bangui	52,6	21,2	26,2	100	369	0	3,6	1267,1	900
Milieu de résidence									
Urbain	48,3	21,4	30,3	100	692	1,5	3,8	1034,9	900
Rural	40,9	16,6	42,5	100	491	8,7	10,3	652,6	300
Niveau d'instruction de la mère									
Sans niveau	41,5	17	41,6	100	361	4,7	0,9	1000	900
Primaire	38,9	23	38,1	100	490	1,1	7,7	805,4	500
Secondaire & +	59,3	16,9	23,8	100	329	6,8	8,5	1098,9	1000
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	34,3	7,8	57,9	100	153	9,1	27,6	673,8	468,1
Pauvre	41	14,3	44,7	100	155	11,2	0	606,9	320,2
Moyen	43,3	20,4	36,2	100	236	0,9	2,4	780,1	457,2
Riche	46	24,3	29,7	100	338	4,8	7,6	1000	734
Le plus riche	53,6	21,7	24,7	100	301	1,3	5	1250	883
Ethnie du chef de ménage									
Haoussa	41,2	20,7	38,1	100	71	0	0	1250	1200,4
Sara	45,5	11,5	43	100	61	22,7	0	1522,7	1128,3
Mboum	56,6	10	33,4	100	74	27,2	46,1	300	819,7
Gbaya	46,1	21,8	32,1	100	299	0,6	5	1143,1	855,5
Mandjia	47,5	15,8	36,7	100	118	2,1	0	1014	300
Banda	39,5	17,1	43,4	100	264	0,1	7,8	500	455,9
Ngbaka-Bantou	39,1	34,7	26,2	100	138	2,2	7,1	540	458,1
Yakoma-Sango	49,9	17,7	32,4	100	102	2,5	0	1225	1208,7
Zandé/Nzakara	60,4	15,4	24,2	100	30	0,7	7,8	787,9	991,1
Autres ethnies locales	56,1	0	43,9	100	11	0	,	1500	,
Ethnies non centrafricaines	46,4	9,6	43,9	100	10	0	0	3000	,
Manquant	84,8	0	15,2	100	5	0	,	220	,
Total	45,2	19,4	35,4	100	1183	4,2	6,1	1000	700

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006. * MICS indicateur 96, ** MICS indicateur 97

Dans les régions administratives, le coût médian d'un antipaludique au niveau du secteur public est élevé comparativement à la moyenne nationale de 1000 FCFA dans la RA5 (1327,8 FCFA) et la RA7 (1267 FCA). Pour le secteur privé, le coût médian est supérieur à la moyenne nationale de 700 F CFA à Bangui (900 F CFA), dans la RA1 (1008,6 F CFA), la RA4 (1387,8 F CFA) et la RA5 (2060,5 F CFA).

6.7.3 Antibiotiques pour le traitement de la pneumonie supposée chez les enfants de moins de 5 ans

Dans l'ensemble du pays, la principale source d'approvisionnement en antibiotique pour le traitement des enfants atteints de pneumonie présumée est le secteur public (51%). Le secteur privé et les autres sources constituent également des possibilités non négligeables d'approvisionnement en antibiotiques avec respectivement 25% et 24%. Ce niveau élevé des ménages qui s'approvisionnent en antibiotiques dans le secteur public et même en partie du secteur privé est facilité par la stratégie des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) et la promotion des unités de cession de médicaments dans les formations sanitaires. Cependant, il est à craindre que les autres sources d'approvisionnement en antibiotiques soient celles du secteur informel dans lequel exercent les vendeurs ambulants des médicaments non formés en médecine et en pharmacie.

Les ménages en milieu rural acquièrent prioritairement les antibiotiques pour le traitement de la pneumonie présumée des enfants de moins de 5 ans dans le secteur public (57%) puis secondairement auprès des autres sources (26%), contrairement aux ménages en milieu urbain qui utilisent les secteurs publics et privés (46% et 31%). Il convient de signaler que 23% des ménages en milieu urbain s'approvisionnent en antibiotiques auprès des autres sources.

Dans les préfectures, la plupart des ménages sollicitent principalement les services du secteur public pour s'approvisionner en antibiotiques en vue de traiter les enfants atteints de pneumonie avec une variation de 49% dans la Lobaye à 100% dans la Nana-Mambéré. Par ailleurs, on constate que, d'une part, le secteur privé prédomine à Bangui (46%), dans la Basse-Kotto (57%), le Haut-Mbomou (47%), et la Sangha-Mbaéré (40%), et d'autre part, le secteur public et les autres sources d'approvisionnement interviennent presque à part égale dans la fourniture des antibiotiques (48% et 49%) dans la Kémo.

Au niveau régional, en dehors de la région 7 où prédomine le privé (46%), le secteur public demeure la principale source de fourniture d'antibiotiques pour le traitement des infections pulmonaires des enfants de moins de 5 ans avec une variation de 40% dans la région 6 à 73% dans la région 3. D'une manière générale, les autres sources d'approvisionnement en antibiotiques demeurent non négligeables.

Les ménages dont les chefs n'ont aucune instruction s'approvisionnent le plus souvent en antibiotiques dans le secteur public (63%) comparativement aux ménages dont les chefs sont du primaire (40%), du secondaire ou plus (53%). Les ménages, quels qu'en soient leurs statuts du bien-être économique, sollicitent prioritairement le secteur public pour la fourniture des antibiotiques avec une variation de 40% chez les ménages pauvres à 73% chez les ménages les plus pauvres. Les structures secondaires de fourniture d'antibiotiques aux ménages sont respectivement le secteur privé pour les plus riches et les riches (31% et 30%) et les autres sources pour les plus pauvres et pauvres (18% et 33%).

En ce qui concerne le coût médian d'achat d'un antibiotique, celui-ci est plus élevé dans le secteur public (1.000 F CFA) que dans le privé (795 F CFA). Le prix de revient moyen pour l'acquisition d'antibiotiques dans le secteur privé qui est moins élevé pourrait s'expliquer par

la présence du privé à but non-lucratif ou confessionnel, mais également par celle des vendeurs ambulants du secteur informel.

En milieu rural, le coût médian d'acquisition des antibiotiques pour le traitement des enfants atteints de pneumonie présumée est moins élevé comparativement au milieu urbain. Ces coûts médians sont respectivement de 1000 F CFA dans le secteur public et 400 F CFA dans le secteur privé en milieu rural et de 1012 F CFA et 1000 F CFA dans les mêmes secteurs en milieu urbain.

Tableau CH.16: Source et coût d'approvisionnement des antibiotiques. Distribution en pourcentage des enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie a été suspecté durant les 2 dernières semaines précédant l'enquête par source d'antibiotiques pour traiter la pneumonie, pourcentage de ceux obtenant gratuitement et coût médian des antibiotiques achetés, par type et source des antibiotiques, RCA, 2006

Caractéristiques	Antibiotique			Total	Nombre d'enfants ayant eu une maladie respiratoire durant les 2 semaines et qui ont reçu des antibiotiques	Pourcentage gratuit		Coût médian pour ceux qui l'ont acheté	
	Public*	Privé	Autre			Public	Privé	Public**	Privé**
Sexe									
Masculin	51,1	25,8	23	100	140	0	4,1	1000	950
Féminin	50,1	24,3	25,5	100	136	8,4	1,8	700	650
Région									
Région 1	59,5	16,9	23,6	100	66	0	10,5	825	300
Région 2	52,8	21,2	26	100	39	0	11,1	600	1000
Région 3	73,3	0	26,7	100	35	19,8	,	1396	,
Région 4	49,4	24,1	26,5	100	35	0	0	1273,9	336,6
Région 5	61,6	13,6	24,8	100	10	5,1	0	1102,1	2000
Région 6	39,6	36,7	23,7	100	17	3,1	0	543,1	461,5
Région 7	32,1	46,3	21,6	100	73	0	0	1151,6	1021,1
Préfecture									
Ombella-M'poko	71,1	5,4	23,5	100	32	0	0	825	,
Lobaye	48,5	27,8	23,7	100	34	0	12,5	502,2	300
Mambéré-Kadéi	56,3	16	27,7	100	26	0	0	600	1000
Nana-Mambéré	100	0	0	100	3	0	,	1004,9	,
Sangha-Mbaéré	31,6	39,8	28,6	100	10	0	22,5	921	801,8
Ouham-Pendé	74,2	0	25,8	100	31	22,6	,	1370,1	,
Ouham	67,2	0	32,8	100	5	0	,	1422,5	,
Kémo	48,1	3,1	48,8	100	9	0	0	1355,5	900
Nana-Grébizi	61,7	0	38,3	100	2	0	,	1292,4	,
Ouaka	48,9	33,8	17,4	100	24	0	0	1519,8	300,3
Haute-Kotto	56,7	17,5	25,8	100	8	7,1	0	1671,9	2000
B-Bangoran	78,6	0	21,4	100	2	0	,	553,6	,
Basse-Kotto	30,5	57,2	12,3	100	10	0	0	343,2	460,5
Mbomou	54,3	0	45,7	100	6	0	,	883,5	,
Haut-Mbomou	42,8	46,7	10,5	100	1	38	0	,	,
Bangui	32,1	46,3	21,6	100	73	0	0	1151,6	1021,1
Milieu de résidence									
Urbain	46,3	30,5	23,2	100	160	0,4	0	1012,3	1000
Rural	56,7	17,6	25,7	100	115	8,2	10,2	1000	400
Niveau d'instruction de la mère									
Sans niveau	62,9	14,8	22,3	100	78	7,3	0	1000	285,8
Primaire	40,2	32,3	27,5	100	112	3,9	5,8	1000	635,4
Secondaire & +	53,1	25,1	21,8	100	85	0,7	0	873,8	1050
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	73,4	9,1	17,5	100	38	13,1	0	500	316,3
Pauvre	45,1	21,9	32,9	100	40	1,8	0	1500	151,4
Moyen	52,6	23,9	23,5	100	43	0	11,3	801,4	323,8
Riche	39,8	30,7	29,5	100	67	6,5	0	1000	498,7
Le plus riche	50,7	29,8	19,5	100	87	0	3,5	1674,3	1248,9
Total	50,6	25,1	24,2	100	276	4,1	3	1000	794,9

Si aux niveaux préfectoral et régional, l'analyse comparative des coûts médians des antibiotiques n'est pas réalisable pour le secteur privé à cause des données manquantes, par contre elle peut se faire pour le secteur public. Ainsi, le coût médian d'acquisition des antibiotiques dans le secteur public est plus bas dans la Basse-Kotto (342,2 F CFA), tandis

qu'il est plus élevé dans la Haute-Kotto (1671,8 F CFA). Le coût médian des antibiotiques est plus élevé dans la région 3 (1396 F CFA), la région 4 (1274 F CFA), la région 5 (1102 FCFA) et la région 7 (1151,7 F CFA).

6.7.4 Sachets de Réhydratation par voie Orale pour le traitement des diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans

En RCA, avant l'introduction de l'Initiative de Bamako (IB), les sachets de SRO étaient fournis gratuitement par les services de santé avec l'appui de l'USAID et de l'UNICEF. Depuis 1994, année de la mise en œuvre de l'IB, un recouvrement très modique variant de 25 à 50 FCFA est imposé pour l'acquisition de ce médicament en vue de renouveler le stock.

Le secteur public constitue la principale source d'approvisionnement en SRO (65%). On note que le secteur privé et les autres sources avec respectivement 19% et 16%, constituent également les points de fournitures des ménages en SRO. On constate que des ménages reçoivent gratuitement de SRO du secteur privé (40%) et du secteur public (15%).

Tableau CH.17 : Source et coût du sel de réhydratation orale (SRO) : Distribution en pourcentage des enfants de 0-59 mois ayant eu une iarrhée par source de SRO; de ceux ayant obtenu gratuitement le SRO et coût médian du SRO, RCA, 2006

Caractéristiques	Source du sel de réhydratation orale			Total	Nombre d'enfants ayant eu une diarrhée au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu du sel de réhydratation orale	Pourcentage gratuit		Coût médian pour ceux qui l'ont acheté	
	Public*	Privé	Autre			Public	Privé	Public**	Privé**
Sexe									
Masculin	69,6	17,5	13	100	108	14,1	36,3	12	23
Féminin	60,1	21,3	18,7	100	114	16,7	42,2	12	23
Région									
Région 1	62,2	19,7	18,1	100	58	11,7	54,4	12	23
Région 2	59,7	25,6	14,7	100	38	32,6	1,1	11	23
Région 3	70,7	0	29,3	100	12	55,1	,	13	,
Région 4	56,6	27,5	15,9	100	14	30,3	0	12	23,9
Région 5	66,9	25,2	7,9	100	4	0	0	12,4	23
Région 6	91,7	2,1	6,2	100	9	12,7	0	11	,
Région 7	66	19,4	14,5	100	88	4,2	63,5	12	23
Préfecture									
Ombella-M'poko	63,7	14,8	21,5	100	38	12,5	78,1	12	,
Lobaye	59,3	29,1	11,6	100	20	10,3	31,7	12	23
Mambéré-Kadéi	63	24,9	12,1	100	21	47,1	0	11	23
Nana-Mambéré	49,4	40,4	10,2	100	10	0	0	12	22,1
Sangha-Mbaéré	64	6,7	29,3	100	7	23,6	22,2	11,6	21
Ouham-Pendé	64,1	0	35,9	100	10	74,4	,	13	,
Ouham	100	0	0	100	2	0	,	12,8	,
Kémo	81,6	18,4	0	100	2	0	0	11,7	,
Nana-Grébizi	65,8	11,6	22,6	100	3	0	0	11,8	,
Ouaka	47,1	35,3	17,6	100	9	58,2	0	13,6	23,9
Haute-Kotto	64,5	35,5	0	100	3	0	0	12,8	23
Bamingui-Bangoran	72,7	0	27,3	100	1	0	,	,	,
Basse-Kotto	100	0	0	100	3	17,2	,	11	,
Mbomou	100	0	0	100	1	100	,	,	,
Haut-Mbomou	85,9	3,6	10,5	100	5	0	0	11	,
Bangui	66	19,4	14,5	100	88	4,2	63,5	12	23
Milieu de résidence									
Urbain	66,4	20,8	12,8	100	153	11,9	47,6	12	23
Rural	61	16,3	22,7	100	70	23,6	17,1	12	23
Niveau d'instruction de la mère									
Sans niveau	63,8	21,6	14,6	100	52	11	0,9	12	23
Primaire	68,3	14,4	17,3	100	98	21,5	17	12	23
Secondaire & +	60	24,9	15,1	100	72	9,4	81,7	12	21
Quintille de bien-être économique									
Le plus pauvre	62,5	16,3	21,3	100	19	38,5	3,3	12	22,9
Pauvre	54	13	33	100	20	26,5	25,8	12,4	22,3
Moyen	81,7	11,4	7	100	33	16,5	30,9	12	22,6
Riche	54,9	27,3	17,8	100	63	6,2	41,3	12	23
Le plus riche	68,2	19	12,8	100	87	13,5	48,8	11	23
Total	64,7	19,4	15,9	100	223	15,4	39,6	12	23

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006. * MICS indicateur 96, ** MICS indicateur 97

Les ménages en milieux urbain et rural acquièrent le plus fréquemment le SRO dans les secteurs public avec respectivement 66% et 61%, tandis qu'ils le sont moins pour le secteur privé avec une prédilection pour le milieu urbain (21% contre 16% pour le rural).

Conclusion

La lutte contre la mortalité des enfants est l'un des huit objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), avec des cibles et un calendrier fixes au niveau mondial en vue de lutter contre la pauvreté sous ses différents aspects, d'ici 2015. L'objectif 4 consiste, en particulier, à réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Pour parvenir, il faut lutter contre les maladies évitables par la vaccination, les pneumonies, le paludisme et les maladies diarrhéiques.

En faisant de la santé, sa priorité, le gouvernement centrafricain s'est donc résolument engagé à atteindre les objectifs fixés par le Sommet du Millénaire pour le Développement en 2015 et ceux d'un monde digne des enfants. Entre 2006 et 2015, il ne nous reste que 9 ans pour que ces objectifs soient pleinement atteints par les pays signataires de la déclaration de ce sommet dont la RCA.

Les résultats de l'enquête MICS 3 montrent que beaucoup d'efforts restent à faire en RCA. En effet, malgré une amélioration timide enregistrée dans de très rares programmes tel que le Programme Elargi de Vaccination, on note encore une faible performance de nombreux autres qui devaient contribuer à réduire de manière drastique la mortalité, notamment la PCIME (lutte contre les maladies diarrhéiques et les IRA), la lutte contre le paludisme a travers l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide et du nouveau protocole thérapeutique antipaludique. Cette situation a comme corollaire la persistance des décès des enfants de moins de 5 ans à un niveau encore élevé malgré une baisse constatée entre 2000 et 2006 (194 contre 176 pour 1000). Les difficultés économiques et financières, ainsi que l'état persistant d'insécurité dans le pays ont contribué à freiner l'amélioration des indicateurs de santé de l'enfant en dépit de la bonne volonté et les efforts conjugués du gouvernement et de ses partenaires au développement.

Ce contexte doit amener le gouvernement à redoubler d'efforts pour renverser les tendances négatives observées en vue d'atteindre les OMD d'ici 2015, et par conséquent d'assurer effectivement un monde digne aux enfants qui vivent en Centrafrique.

VII. Environnement

Les mauvaises conditions environnementales affectent en premier lieu la santé des populations et particulièrement celles qui sont pauvres. Les risques classiques tels que le manque d'eau potable, d'équipements sanitaires adéquats et de système d'évacuation des déchets sont à l'origine d'innombrables maladies. La déclaration du millénaire opère une distinction entre les objectifs en termes d'eau potable et d'équipements sanitaires améliorés, sachant qu'on se sert de ces derniers pour mesurer l'amélioration des conditions de vie des populations défavorisées.

En effet, de nos jours une personne sur quatre environ ne dispose pas d'une source d'eau saine et une personne sur trois n'a pas accès à un assainissement adéquat.[1] D'après le PNUD en 2000, 1,1 milliard de personnes n'avaient pas accès à l'eau potable et 2,4 milliards ne disposaient d'aucune forme d'équipements sanitaires améliorés. Les conséquences sanitaires de la consommation de l'eau non potable et de la non-utilisation des équipements sanitaires appropriés sont considérables : environ 4 milliards de cas de diarrhées recensés chaque année entraînent 2,2 millions de décès. Les enfants sont les premiers menacés par ce phénomène, qui est responsable de 15% de mortalité infantile dans les pays en développement[2]. Par ailleurs, la dignité humaine est également mise en jeu pour ce qui concerne les installations sanitaires à cause de leur absence qui constitue une préoccupation en raison de la présence des mouches, de l'insalubrité environnante, du manque d'intimité et des situations embarrassantes lorsqu'on reçoit des visites.

Le Gouvernement centrafricain en ratifiant la déclaration du millénaire pour le développement et en souscrivant aux objectifs d'un Monde digne des enfants, s'est résolument engagé à atteindre les objectifs ci-après :

- La réduction de moitié, entre 1990 et 2015, de la proportion des personnes qui n'ont pas un accès durable à une eau de boisson potable et à un assainissement de base (cible 10 de l'OMD7) ;

- la réduction d'au moins un tiers de la proportion des ménages qui n'ont pas accès à des installations sanitaires hygiéniques et à une eau potable à un coût abordable (objectif d'un Monde digne des enfants).

Afin d'atteindre ces objectifs, le gouvernement a adopté en janvier 2001 le schéma directeur de l'eau dont l'élaboration a été réalisée entre 1995 et 1997. Il a par ailleurs révisé et adopté le document de politique et stratégies nationales en la matière en septembre 2005. La loi N° 06.001 portant code de l'eau a été adoptée et promulguée en 2006.

Le gouvernement est également en train de mener des réformes du secteur, basées sur la décentralisation et la libéralisation qui permettront de mobiliser des ressources en vue d'un meilleur accès des plus démunies à l'eau potable et à l'assainissement de base.

Les données de MICS3 offrent une occasion de mesurer les progrès réalisés depuis 2000, année d'évaluation des progrès du sommet mondial pour les enfants à ce jour, mais également de jeter maintenant une base pour le suivi et l'amélioration sensible du niveau des indicateurs du DSRP 2008-2010 afin d'entrevoir avec beaucoup de confiance la marche du

[1] Stratégies recommandées par l'OMS contre les maladies transmissibles-prévention et lutte. Document WHO/CDS/CPE/SMT/2001.13.OMS, Genève, 2002.
[2] PNUD. Rapport sur le développement humain de 2002.

pays vers l'atteinte de la cible de l'OMD7. Le présent chapitre est structuré autour des thématiques suivantes : eau potable ou salubre et assainissement de base.

7.1 Eau potable

L'eau potable est un aliment de base pour une bonne santé. Chaque individu devrait disposer d'au moins 20 litres d'eau par jour pour boire, faire la cuisine et se laver. Dans les pays en développement, des mesures simples et peu coûteuses permettraient d'obtenir une eau propre sans que l'on attende pendant de longues années les investissements en matière des infrastructures nécessaires. L'eau non potable peut provoquer des maladies telles que le choléra, la fièvre typhoïde, les schistosomiases intestinales et urinaires, les hépatites virales (A et E), autres infections et parasitoses intestinales surtout dans les pays en développement. Par ailleurs, l'eau de boisson peut également être contaminée par des produits chimiques, des matières physiques et radiologiques qui ont des effets néfastes sur la santé humaine. En outre, l'eau peut être un vecteur important des maladies telles que le paludisme, le ver de Guinée, le trachome qui a déjà entraîné la cécité de 6 millions de personnes (Rapport sur le développement humain de 2002). Enfin, l'accès à l'eau potable peut être une corvée pour les femmes et les enfants à cause de son approvisionnement et des distances à parcourir pour son transport, particulièrement dans les zones rurales.

L'enquête MICS a recueilli des données pour cerner entre autres, les sources d'approvisionnement en eau potable des populations, notamment, celle provenant du robinet, de la borne fontaine, du forage, d'un puits ou forage équipé de pompe à motricité humaine, d'un puits protégé ou d'une source aménagée, y compris l'eau en bouteille.

Comme dans le cas de MICS2, pour des raisons de comparaison internationale et pour nécessité de satisfaire également les besoins sur le plan national, deux catégories d'indicateurs ont été calculées à l'aide des informations collectées lors de MICS3. Ces indicateurs font allusion aux deux notions suivantes :

- L'eau potable, définie au plan national, comprend l'eau de boisson provenant du robinet, de la borne fontaine, du forage (pompe hydraulique) et d'une source aménagée ;
- L'eau salubre, appliquée pour les enquêtes MICS sur le plan mondial, comprend l'eau provenant du robinet, de la borne fontaine, du forage (pompe hydraulique), du puits protégé, d'une source protégée, de l'eau de pluie et de l'eau en bouteille.

Le tableau EN.1 présente les données relatives aux sources d'approvisionnement en eau selon les définitions mentionnées ci-haut.

7.1.1 Population ayant accès à l'eau potable

Au niveau national, un ménage sur deux s'approvisionne en eau potable. Les principales sources d'eau potable sont : la borne fontaine (24%), les puits à pompes ou forage (20%), la source d'eau protégée (6%) et l'eau de robinet (2%).

Seulement 4 habitants sur 10 en milieu rural s'approvisionnent en eau potable contre près de 7 habitants sur 10 en milieu urbain. Les sources d'eau potable en milieu rural sont respectivement les puits à pompe ou forage (27%), les sources protégées (7%) et la borne fontaine (5%). Par contre, la borne fontaine (51%), les puits à pompe (9%) et le robinet (5%) représentent les principales sources d'approvisionnement en eau potable en milieu urbain. On note qu'en milieu urbain, 3% de la population continuent à utiliser une source d'eau protégée.

Au niveau préfectoral, les ménages qui utilisent moins souvent de l'eau potable, résident dans la Haute-Kotto (5%) avec comme principal point d'approvisionnement les sources protégées

(5%), tandis que les ménages de Bangui s'approvisionnent le plus en eau potable (85%). Sept localités ci-après se démarquent du reste des préfectures et ceci comparativement à la moyenne nationale de 52%. Il s'agit de la Lobaye (55%), du Bamingui-Bangoran (60%), du Haut-Mbomou (69%), de l'Ouham-Pendé (69%), de la Nana-Grébizi (73%), de l'Ouham (74%) et de Bangui (85%). La principale source d'approvisionnement des habitants de Bangui est la borne fontaine (75%).

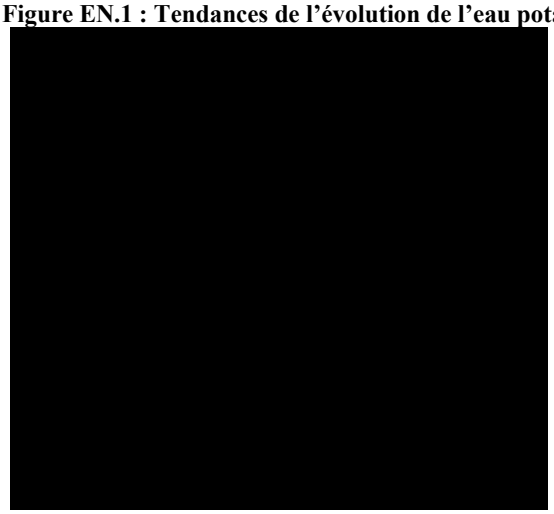
Cette amélioration de la couverture en eau potable, bien qu'insuffisante, est due à un effort important des partenaires, tels que l'UNICEF, l'Union Européenne, l'Eglise catholique, dans la mise à disposition de l'eau provenant du forage dans les préfectures citées ci-haut. Il y a également lieu de saluer l'effort du Gouvernement appuyé par les partenaires dans l'extension des bornes fontaines tant dans la capitale que dans certaines villes secondaires du pays.

Au niveau régional, la proportion des ménages qui accèdent à une source d'eau potable est plus faible dans la région 6 (21%), tandis qu'elle est plus élevée dans la région 3 (71%) et la région 7 ou Bangui (85%).

Les relations entre l'approvisionnement en eau potable et les variables relatives au niveau d'instruction et des statuts du bien-être économique des chefs des ménages ont été analysées. En effet, les membres des ménages dont les chefs ont un niveau d'instruction de secondaire ou plus s'approvisionnent le plus souvent en eau potable (65%) que ceux des ménages dont les chefs ont le niveau d'instruction du primaire (44%) et ceux qui sont sans instruction (49%). S'agissant du statut du bien-être économique, les ménages les plus pauvres (38%), pauvres (37%) et ayant un niveau économique moyen (49%) s'approvisionnent moins souvent en eau potable que ceux des ménages riches (60%) et plus riches (78%).

7.1.2 Tendances de la consommation d'eau potable de 1996 à 2006

Figure EN.1 : Tendances de l'évolution de l'eau potable et de ses sources modernes



L'analyse des tendances de la consommation d'eau potable et de ses principales sources d'approvisionnement modernes est résumée dans la Figure EN1 ci-contre. On note une amélioration de l'accessibilité en eau potable en 2006 (52%) contre 39% en 2000 selon MICS 2 et 31% en 1996 d'après MICS1.

L'alimentation en eau à partir de la borne fontaine ou kiosque est en légère augmentation (21% en 2000 contre 24 en 2006). Par contre, on observe une stagnation pour le forage (21% en 2000 contre 20% en 2006).

7.2 Eau salubre

A titre de rappel, l'eau salubre comprend l'eau provenant du robinet, de la borne fontaine, du forage (pompe hydraulique), d'un puits protégé, d'une source protégée, de l'eau de pluie et de l'eau en bouteille. C'est la définition retenue par l'UNICEF pour l'eau salubre. Les principaux indicateurs traités dans ce volet portent sur :

- L'utilisation de sources d'approvisionnement ;
- L'utilisation d'une méthode adéquate du traitement de l'eau ;
- Le temps d'approvisionnement en eau de boisson ; et
- La personne recueillant l'eau de boisson.

7.2.1 Utilisation de source d'approvisionnement en eau salubre

D'après le tableau EN1, six ménages sur 10 sur le plan national s'approvisionnent en eau salubre. Les principales sources d'eau salubre sont : le robinet public ou borne fontaine (24%), les puits à pompe ou forage (20%), les puits protégés (12%) et la source d'eau protégée (6%).
Les ménages du milieu rural utilisent moins souvent les sources d'approvisionnement en eau salubre que ceux du milieu urbain (47% contre 89%).
Dans les préfectures, le niveau le plus élevé d'approvisionnement en eau salubre est observé à Bangui (97%), tandis que le niveau le plus bas est enregistré dans la Basse-Kotto (16%). On note que près de la moitie des préfectures ci-après a une proportion des populations utilisant une source d'approvisionnement en eau salubre qui dépasse la moyenne nationale de 64%.
Au niveau régional, la proportion des ménages qui s'approvisionnent en eau salubre est moins importante dans la région 6 (26%), alors qu'elle est plus élevée dans la région 7 (97%).

Tableau EN.1: Source d'approvisionnement en eau de boisson. Répartition en pourcentage de la population selon la source d'approvisionnement en eau de boisson, pourcentage de la population utilisant une source d'approvisionnement améliorée en eau de boisson, RCA, 2006

	Source principale de l'eau à boire															Total	% population ayant accès à une source améliorée d'approvisionnement en eau *	% population ayant accès à l'eau potable	Nombre de membres du ménage
	Source améliorée								Source non améliorée										
	Eau de robinet dans le logement	Dans la cours/parcelle	Robinet public / borne fontaine	Puits a pompe/ forage	Puits protégé	Source protégée	Eau de pluie	Eau en bouteille	Puits non protégé	Source non protégée	Camion citerne	Charrette avec petite citerne/tonneau	Eau de surface	Autre	Manquant				
Urbain	3,0	2,4	51,2	9,3	19,0	3,4	,1	,0	6,7	3,9	,1	,0	,7	,0	,0	100,0	88,5	69,4	22510
Rural	,0	,1	5,0	27,4	6,8	7,4	,0	,0	9,2	36,9	,0	,2	6,7	,2	,1	100,0	46,8	39,9	31874
Ombella-M'poko	1,0	2,7	16,1	12,2	28,4	5,8	,1	,0	17,0	16,0	,0	,0	,5	,2	,0	100,0	66,4	37,9	4765
Lobaye	,0	,0	2,6	47,2	9,2	4,6	,0	,0	8,3	21,5	,0	,0	6,6	,0	,0	100,0	63,6	54,5	3295
Mambéré-Kadéi	,6	,4	30,6	7,0	2,0	6,9	,0	,0	3,7	45,4	,0	,0	3,3	,0	,0	100,0	47,6	45,6	6127
Nana-Mambéré	1,0	2,4	7,3	14,4	6,3	22,9	,0	,0	8,2	37,3	,0	,0	,1	,0	,1	100,0	54,3	48,0	3529
Sangha-Mbaéré	,0	,0	,6	9,5	33,3	6,6	,0	,0	15,1	17,7	1,3	,6	14,9	,0	,4	100,0	50,0	16,8	2306
Ouham-Pendé	,3	,4	23,6	43,3	8,8	1,7	,0	,0	4,9	13,6	,0	,7	2,8	,0	,0	100,0	78,0	69,3	6018
Ouham	,0	,3	11,8	59,3	2,2	3,0	,0	,0	2,5	5,3	,0	,0	15,6	,0	,0	100,0	76,6	74,4	4044
Kémo	,0	,0	3,0	34,0	10,3	7,0	,4	,0	13,7	27,2	,0	,1	3,9	,2	,2	100,0	54,6	43,9	1362
Nana-Grébizi	,0	,0	2,0	70,9	5,0	,3	,0	,0	4,8	13,4	,0	,0	3,4	,0	,1	100,0	78,2	73,3	1236
Ouaka	,2	,4	8,7	6,2	17,2	10,4	,2	,0	16,4	39,0	,0	,0	1,0	,4	,0	100,0	43,3	25,9	3740
Haute-Kotto	,0	,0	,0	,1	61,2	4,6	,0	,0	23,1	8,2	,0	,0	2,9	,0	,0	100,0	65,9	4,7	978
Bamingui-Bangoran	,4	,4	28,5	29,1	7,9	1,3	,1	,0	14,2	16,2	,0	,0	1,5	,0	,3	100,0	67,8	59,8	529
Basse-Kotto	,0	,0	,0	2,2	4,2	9,8	,0	,0	8,8	64,7	,0	,0	9,5	,8	,0	100,0	16,2	12,1	3466
Mbomou	,0	,0	7,2	9,5	8,2	3,4	,0	,0	19,6	43,4	,0	,0	8,4	,1	,1	100,0	28,2	20,0	2336
Haut-Mbomou	,0	,0	2,2	58,7	5,3	7,7	,0	,0	6,2	16,7	,0	,0	3,2	,0	,0	100,0	73,9	68,5	633
Bangui	5,3	2,7	74,7	1,4	12,1	1,0	,1	,0	1,6	1,0	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	97,4	85,1	10021
Région 1	,6	1,6	10,6	26,5	20,5	5,3	,0	,0	13,4	18,2	,0	,0	3,0	,1	,0	100,0	65,2	44,7	8060
Région 2	,6	,9	18,0	9,7	9,3	11,6	,0	,0	7,2	37,7	,2	,1	4,6	,0	,1	100,0	50,1	40,8	11961
Région 3	,2	,4	18,9	49,7	6,1	2,2	,0	,0	3,9	10,2	,0	,4	8,0	,0	,0	100,0	77,5	71,3	10062
Région 4	,1	,2	6,2	24,8	13,3	7,7	,2	,0	13,6	31,5	,0	,0	2,1	,3	,1	100,0	52,5	39,0	6337
Région 5	,2	,1	10,0	10,3	42,5	3,5	,0	,0	19,9	11,0	,0	,0	2,4	,0	,1	100,0	66,6	24,1	1507
Région 6	,0	,0	2,8	10,4	5,7	7,3	,0	,0	12,5	52,2	,0	,0	8,5	,5	,1	100,0	26,3	20,5	6436
Région 7	5,3	2,7	74,7	1,4	12,1	1,0	,1	,0	1,6	1,0	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	97,4	85,1	10021
Sans niveau	,3	,7	18,2	23,7	8,2	6,2	,0	,0	8,5	28,5	,2	,3	5,1	,1	,0	100,0	57,3	49,2	13072
Primaire	,4	,6	15,9	20,7	12,3	6,8	,1	,0	9,4	28,2	,0	,1	5,4	,1	,0	100,0	56,7	44,4	23641
Secondaire & +	3,1	1,8	40,0	16,1	14,1	3,8	,1	,0	6,3	12,3	,0	,0	2,1	,1	,0	100,0	79,1	64,9	17233
Le plus pauvre	,0	,0	1,3	30,2	3,9	6,2	,0	,0	10,7	38,4	,0	,4	8,9	,1	,0	100,0	41,5	37,6	10877
Pauvre	,0	,0	5,7	23,6	8,7	7,3	,0	,0	10,3	38,5	,0	,0	5,6	,3	,0	100,0	45,4	36,6	10876
Moyen	,0	,1	18,1	23,4	13,9	7,4	,1	,0	9,5	23,0	,0	,1	4,2	,1	,1	100,0	62,9	49,0	10874
Riche	,1	,4	38,6	15,0	17,7	5,5	,1	,0	8,3	12,1	,3	,0	1,8	,0	,1	100,0	77,4	59,7	10883
Le plus riche	6,1	4,7	56,8	7,5	15,1	2,5	,1	,0	2,2	4,1	,0	,0	,7	,1	,0	100,0	92,9	77,6	10875
RCA	1,3	1,0	24,1	19,9	11,9	5,8	,1	,0	8,2	23,2	,1	,1	4,2	,1	,0	100,0	64,0	52,1	54384

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS indicateur 11; OMD indicateur 30

Les membres des ménages dont les chefs n'ont aucune instruction (57%) et ceux du niveau primaire (57%) s'approvisionnent moins souvent en eau salubre que les ménages dont les chefs ont le niveau secondaire et plus (79%). La source préférentielle d'approvisionnement en eau salubre des ménages dont les chefs n'ont aucun niveau d'instruction et ceux du niveau primaire est le forage (24% et 21%), tandis que celle des ménages dont les chefs ont un niveau d'instruction secondaire et plus est la borne fontaine (40%).

Les membres des ménages plus pauvres (42%) et pauvres (45%) utilisent moins souvent une source d'eau salubre que ceux des ménages du niveau de bien-être économique moyen (63%), riche (77%) et plus riche (93%).

7.2.2 Utilisation d'une méthode adéquate du traitement de l'eau

Le traitement de l'eau est indispensable pour la rendre potable ou plus sûre à boire. Chaque ménage doit connaître les techniques de traitement de l'eau selon l'OMS que sont :

1. L'ébullition qui consiste à faire bouillir l'eau ;
2. La chloration ou le traitement de l'eau par le chlore (eau de javel);
3. la désinfection aux rayons solaires.

D'après le tableau EN.2, seulement 4% de la population utilisent une méthode appropriée de traitement pour toutes les sources d'eau de boissons au niveau national. La méthode la plus utilisée est celle de la chloration de l'eau (3%). L'analyse par source montre que les proportions des ménages utilisant une méthode appropriée de traitement de l'eau sont respectivement de 5% pour la source améliorée et 2% pour la source non améliorée. Cette faible utilisation d'une méthode appropriée pour le traitement de l'eau s'expliquerait par une insuffisance d'information des populations sur la pratique du traitement de l'eau avant son usage.

Quelles que soient les sources, les ménages en milieu rural, traitent moins (1%). souvent l'eau avec une méthode appropriée avant de l'utiliser par rapport à ceux du milieu urbain (7%) .

Au niveau préfectoral, aucun ménage ne traite de l'eau de boisson avant de l'utiliser dans la Nana-Grébizi contrairement à la Haute-Kotto qui enregistre un niveau très élevé des ménages utilisant une méthode appropriée de traitement de l'eau (15%). Contrairement aux ménages d'autres préfectures, ceux de la Haute-Kotto (15%), de la Sangha-Mbaéré (13%), de l'Ombella-M'poko (6%), de la Ouaka (5%) et de Bangui (7%) traitent assez souvent de l'eau de n'importe quelle source comparativement à la moyenne nationale de 4%.

La quasi-totalité des ménages n'utilise aucune méthode de traitement de l'eau quelque soit la préfecture. A peine 4% des ménages utilisent une méthode appropriée de traitement de l'eau. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain (7%) et dans les préfectures de Sangha-Mbaéré (13%) et dans la Haute-Kotto (15%) ainsi que dans la région 5 (11%). Le traitement par ajout de l'eau de javel est la methode la plus utilisée.

Tableau EN.2: Traitement domestique de l'eau. Répartition de la population des ménages selon la méthode de traitement de l'eau de boisson utilisée dans le ménage et pourcentage de la population des ménages utilisant une méthode appropriée de traitement de l'eau, RCA, 2006

	Méthode de traitement de l'eau utilisée dans le ménage									Toute source d'eau à boire : méthode appropriée de traiteement de l'eau *	Nombre de membres du ménage	Source améliorée d'eau à boire : Méthode appropriée de traitement de l'eau	Nombre de membres des ménages utilisant une source améliorée	Source non améliorée d'eau à boire : Méthode approprié de traitement de l'eau	Nombre de membres des ménages utilisant une source non améliorée d'eau et traitant convenablement l'eau
	Aucune	La faire bouillir	Y ajouter l'eau de javel/chlore	La filtrer avec un linge	Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.)	Désinfection solaire	Laisser reposer	Autre	Ne sait pas						
Milieu															
Urbain	92,3	,6	6,6	,2	,4	,0	,5	,3	,1	7,3	22510	7,0	19916	9,1	2594
Rural	98,4	,5	,9	,1	,1	,0	,1	,0	,0	1,4	31874	1,7	14902	1,2	16971
Préfecture															
Ombella-M'poko	93,2	1,2	5,5	,7	,0	,0	,6	,6	,0	5,9	4765	8,2	3162	1,3	1603
Lobaye	97,9	,9	1,3	,0	,0	,0	,0	,0	,0	2,1	3295	2,8	2097	,9	1198
Mambéré-Kadéi	99,4	,0	,6	,0	,1	,0	,0	,1	,0	,6	6127	,8	2917	,4	3210
Nana-Mambéré	97,5	,3	2,2	,0	,0	,0	,3	,0	,0	2,5	3529	3,6	1917	1,0	1612
Sangha-Mbaéré	86,9	,4	12,5	,1	,3	,0	,0	,0	,0	13,0	2306	14,0	1153	12,1	1152
Ouham-Pendé	97,4	1,5	,9	,1	,3	,0	,9	,0	,2	2,4	6018	2,2	4696	3,2	1322
Ouham	99,5	,5	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,5	4044	,6	3097	,0	947
Kémo	96,8	,3	2,6	,2	,0	,0	,1	,0	,0	2,9	1362	3,8	744	1,7	618
Nana-Grébizi	100,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	1236	,0	967	,0	269
Ouaka	95,0	,0	4,5	,0	,5	,0	,0	,0	,0	5,0	3740	6,0	1619	4,2	2120
Haute-Kotto	83,6	1,8	14,6	,4	,0	,0	,3	,7	,0	15,3	978	19,6	644	7,2	334
B.Bangoran	98,2	,4	1,3	,0	,0	,0	,1	,0	,1	1,7	529	1,6	359	1,8	170
Basse-Kotto	99,2	,0	,5	,2	,0	,0	,0	,1	,0	,5	3466	2,0	562	,3	2904
Mbomou	95,9	,1	3,6	,3	,0	,0	,1	,0	,0	3,7	2336	5,9	660	2,9	1676
Haut-Mbomou	97,7	,6	,2	,7	,1	,0	,1	,1	,4	,9	633	,8	468	1,5	165
Bangui	93,0	,4	5,5	,0	,7	,0	,4	,3	,1	6,5	10021	6,6	9757	1,8	264
Région administrative															
Région 1	95,1	1,1	3,8	,4	,0	,0	,4	,3	,0	4,3	8060	6,1	5259	1,2	2801
Région 2	96,4	,2	3,3	,0	,1	,0	,1	,0	,0	3,6	11961	4,3	5987	2,8	5974
Région 3	98,3	1,1	,5	,1	,2	,0	,6	,0	,1	1,6	10062	1,6	7793	1,8	2269
Région 4	96,4	,1	3,2	,1	,3	,0	,0	,0	,0	3,5	6337	3,8	3330	3,3	3007
Région 5	88,7	1,3	9,9	,2	,0	,0	,2	,5	,0	10,5	1507	13,1	1003	5,4	504
Région 6	97,8	,1	1,6	,3	,0	,0	,1	,1	,0	1,7	6436	3,2	1689	1,2	4746
Région 7	93,0	,4	5,5	,0	,7	,0	,4	,3	,1	6,5	10021	6,6	9757	1,8	264
Niveau d'instruction du chef de ménage															
Sans niveau	98,0	,3	1,4	,0	,0	,0	,4	,0	,1	1,8	13072	2,2	7495	1,2	5577
Primaire	97,4	,3	2,2	,0	,0	,0	,1	,1	,0	2,5	23641	3,7	13407	1,0	10235
Secondaire & +	92,3	,9	6,1	,3	,6	,0	,4	,3	,1	7,2	17233	7,1	13633	7,4	3600
Quintile de bien-être économique															
Le plus pauvre	99,5	,2	,3	,0	,0	,0	,2	,0	,0	,5	10877	,1	4518	,7	6358
Pauvre	98,2	,6	1,0	,0	,0	,0	,1	,0	,1	1,6	10876	1,7	4933	1,5	5943
Moyen	97,6	,5	1,8	,1	,1	,0	,2	,0	,0	2,3	10874	2,8	6843	1,3	4031
Riche	93,6	,6	5,6	,0	,2	,0	,3	,2	,0	6,1	10883	5,9	8427	7,0	2456
Le plus riche	90,6	,7	7,6	,5	,8	,0	,6	,4	,1	8,7	10875	8,6	10097	9,6	778
Total	**95,9**	**,5**	**3,3**	**,1**	**,2**	**,0**	**,3**	**,1**	**,1**	**3,8**	**54384**	**4,7**	**34818**	**2,2**	**19566**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3* MICS indicateur 13

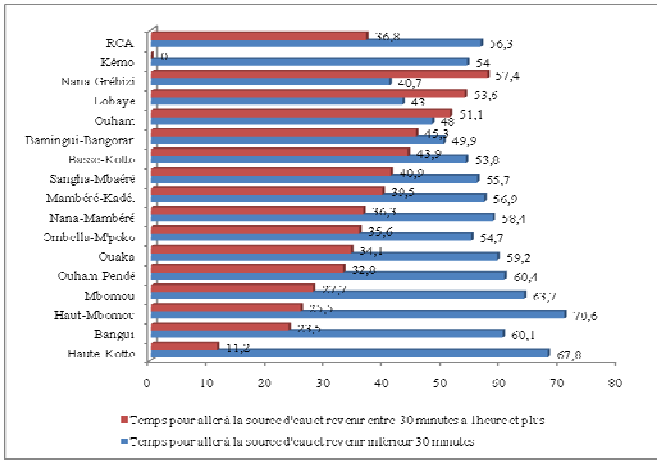
7.2.3 Temps d'approvisionnement en eau potable

La Figure EN.2 met en exergue le temps mis pour s'approvisionner en eau par les membres des ménages. Les données détaillées concernant cet aspect sont également présentées dans le tableau EN.3 ci-dessous.

Au niveau national, près de 6 ménages sur 10 mettent moins de 30 minutes pour aller à la source d'eau et revenir et 37% des ménages mettent 30 minutes à une heure ou plus pour s'approvisionner en eau. Cette situation constitue une corvée pour les femmes en plus des travaux domestiques et pour les enfants, surtout les filles qui sont souvent exposées à ce risque et au détriment de leur scolarisation.

Le pourcentage des ménages du milieu rural qui mettent entre 30 minutes à plus d'une heure pour s'approvisionner en eau potable est supérieur à celui du milieu urbain (43 contre 25%).

Figure EN.2 : Temps mis pour l'approvisionnement en eau



Au niveau préfectoral, le pourcentage des ménages qui s'approvisionnent en eau en moins de 30 minutes est plus bas dans la Nana-Grébizi (41%), tandis qu'il est plus élevé dans le Haut-Mbomou (71%). S'agissant des membres des ménages qui mettent entre 30 minutes à une heure et plus pour s'approvisionner en eau, le pourcentage est plus important dans la Nana-Grébizi (57%) que dans la Haute-Kotto (11%).

A l'exception de la Lobaye (54%), de l'Ouham (51%) et de la Nana-Grébizi (57%) où les membres des ménages mettent 30 minutes à une heure ou plus pour aller à la source d'eau et revenir, on observe que dans la plupart des préfectures et à Bangui, les membres des ménages passent moins de 30 minutes pour s'approvisionner en eau, ce qui témoigne d'une amélioration de l'accessibilité au point d'eau à une distance raisonnable.

Tableau EN.3: Temps pour aller à la source d'eau et revenir : Répartition en pourcentage des ménages selon le temps mis pour aller à la source chercher de l'eau et revenir, et temps moyen pour aller à la source chercher de l'eau et revenir , RCA, 2006

Caractéristiques	Temps pour aller à la source d'eau et revenir							Total	Durée moyenne pour aller à la source et revenir (exclu ménages disposant de l'eau sur place)	Nombre de ménages
	Eau à domicile	Moins de 15 minutes	15 minutes à moins de 30 minutes	30 minutes à moins d'une (1) heure	1 heure ou plus	Ne sait pas	Manquant			
Milieu										
Urbain	11,2	37,7	23,5	19,2	6,0	2,3	,1	100	20,9	4095
Rural	2,2	27,1	26,5	29,8	13,2	,9	,2	100	28,4	7628
Préfecture										
Ombella-M'poko	7,8	30,9	23,8	24,3	11,3	1,7	,2	100	27,5	1038
Lobaye	2,7	23,3	19,7	32,1	21,5	,4	,4	100	34,5	744
Mambéré-Kadéi	2,2	36,3	20,6	30,1	9,4	1,5	,0	100	24,8	1285
Nana-Mambéré	4,7	26,1	32,3	34,8	1,5	,5	,0	100	21,7	772
Sangha-Mbaéré	2,8	24,5	31,2	29,2	11,7	,5	,0	100	26,5	417
Ouham-Pendé	5,7	25,5	34,9	25,8	7,0	,8	,4	100	25,0	1404
Ouham	,7	24,9	23,1	31,1	20,0	,2	,0	100	32,8	878
Kémo	3,1	31,2	22,8	29,5	11,5	1,9	,1	100	26,6	320
Nana-Grébizi	1,2	21,8	18,9	33,9	23,5	,3	,4	100	37,1	275
Ouaka	5,4	37,5	21,7	19,8	14,3	1,2	,2	100	25,0	855
Haute-Kotto	19,3	54,5	13,3	9,1	2,1	1,3	,4	100	12,6	274
Bamingui-Bangoran	3,2	24,9	25,0	30,1	15,2	1,5	,2	100	30,9	127
Basse-Kotto	1,5	20,1	33,7	29,1	14,8	,6	,1	100	28,3	973
Mbomou	6,0	35,8	27,9	20,9	6,8	2,5	,1	100	21,9	587
Haut-Mbomou	1,6	39,3	31,3	23,4	2,1	2,3	,0	100	19,4	204
Bangui	12,5	39,6	20,5	18,0	5,5	3,7	,2	100	20,8	1569
Région administrative										
Région 1	5,7	27,7	22,1	27,6	15,5	1,1	,3	100	30,5	1782
Région 2	3,1	31,1	26,0	31,4	7,3	1,0	,0	100	24,2	2475
Région 3	3,7	25,3	30,3	27,8	12,0	,6	,2	100	28,1	2282
Région 4	4,1	33,1	21,4	24,6	15,4	1,1	,2	100	27,7	1450
Région 5	14,2	45,1	17,0	15,7	6,2	1,4	,3	100	19,1	402
Région 6	3,0	27,5	31,5	25,7	10,7	1,4	,1	100	25,3	1763
Région 7	12,5	39,6	20,5	18,0	5,5	3,7	,2	100	20,8	1569
Niveau d'instruction du chef de										
Sans niveau	4,2	26,6	29,4	28,3	10,0	1,4	,1	100	26,7	3271
Primaire	3,8	31,1	24,4	26,9	12,2	1,4	,2	100	26,4	5277
Secondaire & +	9,4	34,6	23,1	22,5	8,7	1,5	,2	100	24,2	3079
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	1,7	27,2	29,7	27,5	13,0	,8	,3	100	27,9	3141
Pauvre	2,4	29,0	25,1	29,2	12,7	1,4	,1	100	28,0	2635
Moyen	4,2	31,0	24,0	27,4	11,7	1,5	,2	100	26,5	2344
Riche	6,2	32,9	25,3	26,4	7,5	1,7	,0	100	23,2	1998
Le plus riche	18,3	37,9	20,2	15,9	5,5	2,1	,2	100	20,3	1605
Total	5,4	30,8	25,5	26,1	10,7	1,4	,2	100	26,0	11723

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

7.2.4 Personne chargé de l'approvisionnement en eau potable

Dans la division sociale du travail en Afrique subsaharienne, la collecte d'eau tout comme les autres tâches ménagères incombent généralement aux personnes du sexe féminin. Les données du tableau EN.4 permettent de vérifier si ce comportement traditionnel est encore en vogue en République Centrafricaine à l'heure actuelle où l'OMD3 veut promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomie des femmes.

Les résultats du tableau EN4 indiquent que l'approvisionnement en eau potable pour les besoins du ménage constitue une véritable corvée pour la femme adulte en général (74%). Peu d'hommes adultes s'occupent de l'approvisionnement en eau de leurs ménages (11%). Les filles de moins de 15 ans se chargent le plus souvent des activités d'approvisionnement du ménage en eau que les garçons (12% contre 3%). Ce résultat entérine l'idée que les filles font

plus de tâches ménagères que les garçons. Toutefois, ce comportement persistant constitue un obstacle à leur scolarisation et à leur maintien dans le système scolaire.

Les femmes adultes du milieu rural sont les personnes les plus souvent utilisées pour approvisionner les ménages en eau que celles du milieu urbain (77% contre 67%). Par contre la situation s'inverse en ce qui concerne les filles de moins de 15 ans. En effet, les filles du milieu urbain sont plus souvent utilisées pour l'approvisionnement en eau que celles du milieu rural (16% contre 9%). Il en est de même pour les garçons du milieu urbain qui sont le plus souvent sollicités pour approvisionner les ménages en eau que ceux du milieu rural (5% contre 2%).

Tableau EN.4: Personne qui se rend habituellement à la source d'approvisionnement pour chercher l'eau à boire. Répartition en pourcentage des ménages selon la personne qui est chargée de collecter l'eau utilisée dans le ménage, RCA, MICS 2006.

	Personne qui se rend habituellement à la source pour chercher l'eau à boire						Total	Nombre de ménages ne disposant pas d'eau sur place
	Une femme adulte	Un homme adulte	Une jeune fille de moins de 15 ans	Un jeune garçon de moins de 15 ans	NSP	Manquant		
Milieu								
Urbain	66,6	10,9	16,2	5,2	,3	,9	100,0	3637
Rural	77,1	10,9	9,3	2,3	,1	,3	100,0	7456
Préfecture								
Ombella-M'poko	68,2	15,7	11,9	3,5	,3	,3	100,0	957
Lobaye	68,2	11,4	15,9	4,3	,0	,2	100,0	724
Mambéré-Kadéi	74,3	12,0	11,6	1,9	,1	,1	100,0	1257
Nana-Mambéré	77,4	6,9	11,2	4,3	,2	,0	100,0	736
Sangha-Mbaéré	84,1	7,9	6,5	1,0	,0	,5	100,0	405
Ouham-Pendé	78,1	8,1	11,5	2,1	,0	,2	100,0	1325
Ouham	83,0	5,8	8,1	2,5	,0	,5	100,0	872
Kémo	74,9	13,2	8,6	2,6	,2	,5	100,0	310
Nana-Grébizi	77,9	9,2	10,3	2,1	,0	,4	100,0	272
Ouaka	81,7	8,4	7,5	2,3	,0	,1	100,0	809
Haute-Kotto	65,8	20,7	7,4	4,4	,3	1,4	100,0	222
Bamingui-Bangoran	69,6	12,4	13,4	3,8	,2	,5	100,0	123
Basse-Kotto	78,8	13,2	6,3	1,4	,0	,3	100,0	958
Mbomou	67,1	14,9	12,7	4,7	,2	,4	100,0	552
Haut-Mbomou	65,3	15,7	10,5	6,4	,5	1,7	100,0	200
Bangui	60,4	11,1	20,1	6,5	,5	1,5	100,0	1372
Région administrative								
Région 1	68,2	13,8	13,6	3,9	,2	,3	100,0	1681
Région 2	76,9	9,7	10,6	2,5	,1	,2	100,0	2399
Région 3	80,1	7,2	10,1	2,3	,0	,3	100,0	2197
Région 4	79,4	9,7	8,3	2,3	,0	,3	100,0	1390
Région 5	67,2	17,8	9,5	4,2	,3	1,1	100,0	345
Région 6	73,4	14,0	8,8	3,1	,1	,5	100,0	1710
Région 7	60,4	11,1	20,1	6,5	,5	1,5	100,0	1372
Niveau d'instruction du chef de ménage								
Sans niveau	75,0	9,8	11,8	3,1	,0	,3	100,0	3134
Primaire	75,1	11,7	10,0	2,7	,1	,5	100,0	5076
Secondaire & +	69,7	10,9	14,0	4,5	,3	,6	100,0	2789
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	76,3	13,6	7,6	2,2	,0	,4	100,0	3089
Pauvre	75,9	11,2	10,2	2,5	,0	,2	100,0	2572
Moyen	75,5	9,7	11,5	2,8	,1	,3	100,0	2246
Riche	71,0	8,4	15,3	4,4	,3	,7	100,0	1874
Le plus riche	63,5	10,0	18,3	6,6	,4	1,2	100,0	1312
Total	73,6	10,9	11,6	3,3	,1	,5	100,0	11093

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

L'analyse au niveau préfectoral montre que le pourcentage des femmes adultes qui sont chargées d'approvisionner leurs ménages en eau salubre est plus élevé dans la Sangha-Mbaéré (84%), tandis que le niveau le plus faible est observé à Bangui avec 60%.

On note pratiquement dans les mêmes localités, un pourcentage largement supérieur à la moyenne nationale (11%) des hommes adultes qui participent à l'approvisionnement des ménages en eau: Basse-Kotto (13%), Mbomou (15%), Ombella-M'poko (16%), Haut-Mbomou (16%) et Haute-Kotto (21%). Trois explications pourraient être à l'origine des

données observées : soit les hommes s'investissent de plus en plus dans les tâches à la maison pour alléger les corvées domestiques de leurs épouses ; soit il s'agit des ménages des hommes célibataires ou veufs ; soit, enfin, il s'agit des hommes travailleurs domestiques.

S'agissant des enfants de moins de 15 ans qui contribuent à l'approvisionnement des ménages, on constate que chez les filles, le pourcentage varie de 6,3% dans la Basse-Kotto à 20,6% à Bangui, tandis que chez les garçons, celui-ci oscille entre 1% dans la Sangha-Mbaéré à 6,5% à Bangui. Au niveau régional, une proportion élevée des femmes adultes qui se chargent de l'approvisionnement des ménages en eau, est enregistrée dans la RA2 (76,9%), la RA4 (79,4%) et la RA3 (80,1%) comparativement à la moyenne nationale de 73,6%. Ce pourcentage est également plus perceptible dans la RA7 (20,1%) et la RA1 (13,6%) pour les filles de moins de 15 ans.

En réumé, plus de deux tiers des femmes adultes, quel que soit leur niveau d'instruction et leur niveau de bien-être économique sont chargées d'approvisionner leurs ménages en eau.

7.3 Assainissement

L'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement diminuera à long terme l'incidence des maladies du péril hydrique telles que les diarrhées, les salmonelloses, les parasitoses intestinales et urinaires, ainsi que celle liée aux maladies virales (poliomyélite, hépatites virales A et E, etc.). Même si l'assainissement est défectueux, des mesures simples ci-après[1] permettront l'évacuation sans risque des selles:

- Construire et utiliser les latrines ;
- Ne pas déféquer sur le sol ou près d'une source d'eau ;
- Jeter les selles des enfants dans les toilettes ou des latrines ou bien les enterrer ;
- Se laver les mains à l'eau et au savon (avec des cendres) après tout contact avec les selles.

7.3.1 Utilisation d'installations sanitaires améliorées

D'après le tableau EN5 ci-dessous, au niveau national une personne sur deux utilise une installation sanitaire pour évacuer les excréments humains. Les principales installations sanitaires utilisées par les populations sont les latrines couvertes (50%) et les latrines à fosses/trou ouvert (24%). Seulement 4% des ménages disposent de latrines améliorées auto aérées (LAA)..

Les habitants du milieu rural ont moins souvent d'installations sanitaires que ceux du milieu urbain (43% contre 66%).
Au niveau préfectoral, le pourcentage le plus élevé des populations qui disposent d'une installation sanitaire est observé dans la Sangha-Mbaéré avec 82%, tandis que le niveau le plus bas est constaté dans la Kémo avec 23%. Les préfectures qui enregistrent des proportions relativement faibles des populations qui utilisent des installations sanitaires comparativement à la moyenne nationale de 53% sont respectivement la Kémo (23%), l'Ouham (31%), l'Ombella-M'poko (34%), la Ouaka (38%), la Nana-Grébizi (39%), la Mambéré-Kadéï (42%) et la Basse-Kotto (50%). Les latrines couvertes sont les installations sanitaires améliorées les plus utilisées dans les préfectures. Cependant, on note que les latrines améliorées auto-aérées sont utilisées par une proportion relativement élevée des populations des préfectures entre autresdu Haut-Mbomou (21%) et du Bamingui-Bangoran (16)
Au niveau régional, en dehors des régions 4, 3 et 1 dont les proportions sont respectivement de 35%, 46% et 49%, on remarque que plus de la moitié des ménages des quatre autres

[1] Stratégies recommandées par l'OMS contre les Maladies transmissibles – prévention et lutte. Document WHO/CDS/CPE/SMT/2001.13. OMS, Genève, 2002

régions administratives accèdent aux installations sanitaires par rapport à la moyenne nationale de 53% (Tableau EN5). Il est à signaler que les latrines couvertes sont le type d'installation sanitaire le plus développé dans les régions.

Les membres des ménages dont les chefs ont un niveau secondaire ou plus (63%) disposent plus souvent d'installations sanitaires que les ménages dont les chefs n'ont aucune instruction (44%) et ceux du primaire (45%). De même, les membres des ménages les plus pauvres (20%) et pauvres (42%) disposent moins souvent d'une installation sanitaire (63%) que leurs congènères. Enfin, il convient de noter que près du quart (22%) de la population n'a pas accès à une installation sanitaire. Cette situation est inquiétante en cas d'épidémie lorsqu'on sait que la population du milieu rural représente 62% de la RCA.

Tableau EN.5: Utilisation d'installations sanitaires pour évacuer les excréments humains. Répartition en pourcentage de la population des ménages selon le type de toilettes utilisées par le ménage et pourcentage des membres du ménage utilisant un dispositif sain d'évacuation des excréments humains, RCA, 2006.

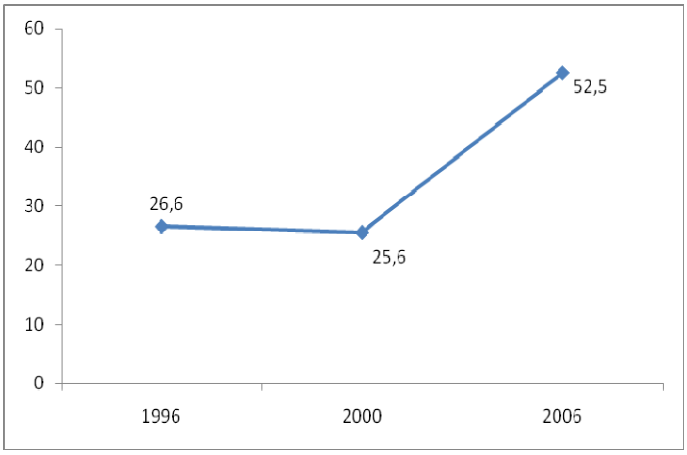
	Type de toilettes utilisées par le ménage														Total	Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires d'évacuation des excréments humains *	Nombre de membres du ménage
	Installations sanitaires améliorées						Installations sanitaires non améliorées										
	Chasse branchée a l'égout	Chasse branchée a fosse septique	Chasse branchée a latrines	Latrines améliorées auto aérées (LAA)	Latrines couvertes	Toilettes a compostage	Chasse branchée a autre chose	Chasse branchée a endroit inconnu	Latrines a fosses /trou ouvert	Seaux/tinettes	Toilettes suspendues/latrines suspendues	Pas de toilettes ou brousse ou champ	Autres	Manquant			
Milieu																	
Urbain	,7	2,4	,8	7,2	54,8	,0	,1	,0	28,7	,0	,3	4,5	,5	,0	100,0	65,8	22510
Rural	,0	,1	,0	1,6	41,4	,0	,0	,0	21,1	,0	,3	34,9	,6	,0	100,0	43,1	31874
Préfecture																	
Ombella-M'poko	,1	,5	,1	5,8	27,1	,0	,0	,0	47,0	,0	,0	17,7	1,7	,0	100,0	33,6	4765
Lobaye	,0	,2	,0	2,6	59,8	,3	,0	,0	18,2	,0	,8	17,1	,8	,1	100,0	63,0	3295
Mambéré-Kadéi	,0	,2	,3	,4	41,2	,0	,0	,0	34,7	,0	,9	22,4	,0	,0	100,0	42,1	6127
Nana-Mambéré	,0	,1	,0	,2	57,4	,0	,0	,0	14,3	,0	,0	28,0	,0	,0	100,0	57,7	3529
Sangha-Mbaéré	,0	,0	,0	1,1	80,4	,0	,0	,0	9,0	,0	,1	9,3	,1	,0	100,0	81,5	2306
Ouham-Pendé	,0	,0	,0	,0	61,2	,0	,0	,0	4,0	,0	,0	34,9	,0	,0	100,0	61,2	6018
Ouham	,0	,0	,0	2,9	27,9	,0	,0	,0	13,8	,0	,9	53,6	,8	,0	100,0	30,9	4044
Kémo	,0	,2	,0	1,9	20,9	,0	3,2	,6	40,4	,0	,7	31,6	,2	,2	100,0	23,1	1362
Nana-Grébizi	,0	,1	,0	8,7	30,5	,0	,0	,0	25,9	,0	,2	34,1	,4	,1	100,0	39,3	1236
Ouaka	,0	,0	,0	,8	36,8	,0	,0	,0	28,9	,0	,0	33,0	,5	,0	100,0	37,6	3740
Haute-Kotto	,0	6,0	,7	3,1	41,0	,0	,2	,0	29,6	,0	,0	18,3	1,0	,2	100,0	50,8	978
B.-Bangoran	,0	,4	,2	16,3	38,8	,0	,0	,0	27,0	,0	,0	17,0	,4	,0	100,0	55,6	529
Basse-Kotto	,0	,0	,0	2,9	46,8	,0	,0	,0	18,9	,0	,0	30,6	,6	,1	100,0	49,7	3466
Mbomou	,0	,0	,0	,9	65,8	,0	,0	,0	19,0	,0	,0	11,6	2,7	,0	100,0	66,6	2336
Haut-Mbomou	,0	,0	,0	21,1	42,2	,0	,0	,0	24,1	,0	,0	12,4	,1	,0	100,0	63,3	633
Bangui	1,5	4,5	1,5	10,5	49,6	,0	,0	,0	30,7	,0	,2	1,1	,3	,0	100,0	67,6	10021
Région administrative																	
Région 1	,0	,4	,1	4,5	40,5	,1	,0	,0	35,2	,0	,3	17,4	1,3	,1	100,0	45,6	8060
Région 2	,0	,1	,2	,5	53,5	,0	,0	,0	23,7	,0	,5	21,5	,0	,0	100,0	54,3	11961
Région 3	,0	,0	,0	1,2	47,8	,0	,0	,0	7,9	,0	,4	42,4	,3	,0	100,0	49,0	10062
Région 4	,0	,1	,0	2,6	32,2	,0	,7	,1	30,7	,0	,2	32,9	,4	,1	100,0	34,8	6337
Région 5	,0	4,0	,5	7,7	40,2	,0	,1	,0	28,7	,0	,0	17,8	,8	,1	100,0	52,5	1507
Région 6	,0	,0	,0	4,0	53,2	,0	,0	,0	19,5	,0	,0	21,9	1,3	,1	100,0	57,2	6436
Région 7	1,5	4,5	1,5	10,5	49,6	,0	,0	,0	30,7	,0	,2	1,1	,3	,0	100,0	67,6	10021
Niveau d'instruction du chef de ménage																	
Sans niveau	,0	,4	,4	1,7	43,8	,0	,1	,0	20,5	,0	,3	32,2	,5	,0	100,0	46,3	13072
Primaire	,0	,2	,2	2,7	44,6	,0	,1	,0	24,6	,0	,3	26,5	,6	,0	100,0	47,8	23641
Secondaire & +	,8	2,6	,6	7,3	51,7	,0	,1	,0	26,8	,0	,2	9,4	,5	,0	100,0	62,9	17233
Quintile de bien-être économique																	
Le plus pauvre	,0	,0	,0	,4	19,6	,0	,1	,0	16,2	,0	,9	62,0	,7	,1	100,0	20,0	10877
Pauvre	,0	,0	,0	1,4	40,7	,0	,2	,0	26,0	,0	,0	31,0	,6	,1	100,0	42,1	10876
Moyen	,0	,2	,0	2,8	54,3	,0	,1	,0	28,3	,0	,1	13,6	,7	,0	100,0	57,3	10874
Riche	,1	,4	,5	5,3	62,1	,1	,1	,0	26,9	,0	,3	4,0	,3	,0	100,0	68,5	10883
Le plus riche	1,3	4,5	1,2	9,6	58,0	,0	,0	,0	23,9	,0	,1	,9	,4	,0	100,0	74,7	10875
Total	,3	1,0	,3	3,9	46,9	,0	,1	,0	24,3	,0	,3	22,3	,5	,0	100,0	52,5	54384

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 12; OMD Indicateur 31

7.2.2 Tendances de la disponibilité en installations sanitaires de 1996 à 2006

L'analyse des tendances montre que la disponibilité des ménages en installations sanitaires est sensiblement améliorée en 2006 par rapport au niveau de 1996, malgré une légère baisse observée en 2000 (Figure EN3).

Figure EN3 : Tendances de disponibilité en installations sanitaires en RCA de 1996 à 2006



7.3.3 Mode d'élimination des excréments des enfants

L'élimination hygiénique des excréments des enfants de moins de deux ans contribue sensiblement à diminuer les risques des maladies tant pour les enfants eux-mêmes que pour leur entourage. L'indicateur utilisé dans le cadre de l'évacuation saine ou sûre des excréments est la proportion d'enfants dont les excréments sont évacués sainement. Cet indicateur est constitué des enfants qui ont utilisé les toilettes/latrines et des enfants dont leurs mères ou les personnes à charge ont jeté leurs excréments dans les toilettes/latrines (Tableau EN.6).

Au niveau national, seulement 5 enfants âgés de 0-2 ans sur 10 ont vu leurs excréments éliminés de manière sûre (toilettes/latrines). Cependant, les excréments de 28% des enfants ont été jetés avec les ordures ménagères et ceux de 9% d'enfants dans les fosses. Cette situation constitue un risque d'épidémie lorsqu'on sait qu'il n'existe pas encore un système fiable de traitement des ordures en Centrafrique.

Les excréments des enfants du milieu rural sont moins souvent évacués d'une manière saine que ceux des enfants du milieu urbain (41% contre 70%).

Au niveau préfectoral, le pourcentage des enfants dont les excréments étant évacués sainement est plus faible dans l'Ouham avec 24%, tandis que le niveau le plus élevé est observé à Bangui (75%). Huit préfectures suivantes sont nettement en dessous de la moyenne nationale de 52%. Il s'agit de l'Ouham (24%), de la Kémo (35%), Nana-Grébizi (37%), de l'Ouham-Pendé (40%), du Bamingui-Bangoran (43%), de la Basse-Kotto (45%), de la Ouaka (45%) et de la Mambéré-Kadéï (46%).

Dans les régions administratives, les excréments des enfants âgés de 0-2 ans sont moins souvent évacués sainement dans la région 3 (34%) contrairement à la région 7 où les excréments des enfants de la même tranche d'âges sont plus souvent évacués de manière sûre (75%). Trois régions administratives suivantes ont un pourcentage d'enfants de moins de 2 ans dont les excréments sont moins souvent évacués de façon hygiénique. Il s'agit de la régions 3 (34%), 2 (50%) et 4 (41,6%).

Le comportement d'évacuer les excréments des enfants de manière saine est lié aux niveaux d'instruction de la mère et de bien-être économique des ménages. En effet, les excréments des enfants des mères n'ayant aucune instruction sont souvent moins hygiéniquement évacués de manière sûre (41%) que ceux des enfants des mères du primaire (54%) et ceux des mères du secondaire ou plus (72%). Ce résultat montre que plus le niveau d'instruction des mères s'améliorent, plus elles sont capables de s'occuper correctement de la santé de leurs enfants. Toutefois, il y a lieu de nuancer ce constat par rapport à d'autres variables telles que le niveau d'éducation ou d'information des mères, des familles et des communautés sur la bonne manière d'évacuer les excréments des enfants.

De même, les excréments des enfants des ménages plus pauvres (28%) et pauvres (44%) sont moins souvent évacués de manière saine que ceux des enfants du niveau économique moyen (51%), des ménages riches (67%) et plus riches (73%).

Tableau EN.6: Evacuation des excréments de l'enfant. Répartition en pourcentage d'enfants âgés de 0-2 ans selon le lieu d'évacuation de leurs excréments, et pourcentage d'enfants âgés de 0-2 ans dont les excréments sont évacués de façon saine, RCA, 2006

Caractéristiques	Qu'avez-vous fait pour vous débarrasser des excréments									Total	Proportion d'enfants dont les excréments sont évacués sainement *	Nombre d'enfants âgés de 0-2 ans
	L' enfant a utilise les toilettes/latrines	Jeté dans les toilettes/latrines	Jeté dans les selles le fosse	Jeté avec les ordures ménagères	Enterre	Laisse a l'air libre	Autre	NSP	Manquant			
Milieu de résidence												
Urbain	3,6	66,0	6,1	13,6	1,1	2,7	2,9	,8	3,2	100,0	69,6	2246
Rural	1,8	38,8	10,5	35,9	1,1	3,9	5,3	,7	2,1	100,0	40,6	3688
Préfecture												
Ombella-M'poko	3,1	58,4	9,0	15,7	,3	2,4	3,3	2,2	5,6	100,0	61,5	519
Lobaye	4,4	48,7	11,3	30,2	1,7	,2	,1	2,5	,8	100,0	53,1	408
Mambéré-Kadéi	2,7	43,5	6,8	38,0	,3	1,7	7,1	,0	,0	100,0	46,2	709
Nana-Mambéré	,7	51,9	4,8	32,9	1,7	4,2	2,6	,0	1,2	100,0	52,6	363
Sangha-Mbaéré	1,1	53,5	6,0	20,7	1,0	7,8	6,2	,5	3,2	100,0	54,6	283
Ouham-Pendé	1,3	38,7	7,9	33,5	1,9	6,7	6,8	,3	2,9	100,0	39,9	725
Ouham	,3	24,0	23,0	40,1	,0	4,7	5,3	,6	2,0	100,0	24,4	459
Kémo	2,5	32,4	13,1	35,4	,6	6,5	4,5	1,1	3,9	100,0	34,9	151
Nana-Grébizi	2,7	34,3	12,1	34,0	,0	7,0	8,9	,7	,3	100,0	37,0	127
Ouaka	1,6	43,8	13,2	30,8	,3	2,8	6,9	,6	,0	100,0	45,4	421
Haute-Kotto	2,7	61,8	5,3	23,5	,1	1,9	1,3	,4	2,9	100,0	64,5	106
Bamingui-Bangoran	6,8	36,6	11,4	26,5	1,0	3,6	7,6	3,0	3,4	100,0	43,4	58
Basse-Kotto	,7	43,9	6,7	40,4	2,0	1,5	3,5	,0	1,4	100,0	44,5	350
Mbomou	2,0	63,9	6,4	21,7	,0	1,3	3,1	,6	,9	100,0	65,9	254
Haut-Mbomou	8,7	53,3	8,5	13,0	,5	8,4	4,2	1,4	2,0	100,0	62,0	60
Bangui	4,5	70,3	4,0	8,5	2,1	2,5	1,8	,7	5,7	100,0	74,9	940
Région administrative												
Région 1	3,7	54,1	10,0	22,1	,9	1,4	1,9	2,4	3,5	100,0	57,8	927
Région 2	1,8	47,8	6,1	33,0	,8	3,6	5,7	,1	1,0	100,0	49,7	1355
Région 3	,9	33,0	13,8	36,1	1,2	5,9	6,2	,4	2,5	100,0	33,9	1184
Région 4	2,0	39,6	13,0	32,4	,3	4,4	6,7	,7	,9	100,0	41,6	699
Région 5	4,2	52,8	7,5	24,6	,4	2,5	3,6	1,3	3,1	100,0	57,0	164
Région 6	1,9	52,4	6,8	30,8	1,1	2,0	3,4	,4	1,3	100,0	54,3	665
Région 7	4,5	70,3	4,0	8,5	2,1	2,5	1,8	,7	5,7	100,0	74,9	940
Niveau d'instruction de la mère												
Sans niveau	1,6	39,4	10,2	35,5	,8	4,7	4,8	,7	2,1	100,0	41,1	2461
Primaire	2,3	51,8	8,7	25,1	1,4	2,8	4,4	,9	2,6	100,0	54,1	2536
Secondaire & +	5,2	66,8	5,6	12,6	,7	1,9	3,5	,2	3,4	100,0	72,1	908
Quintile de bien-être économique												
Le plus pauvre	1,4	26,8	12,4	42,6	1,0	5,6	6,7	,6	2,9	100,0	28,2	1261
Pauvre	1,4	42,4	10,0	32,6	1,3	4,1	5,4	1,1	1,6	100,0	43,8	1250
Moyen	2,3	48,9	9,2	30,4	,3	2,1	3,7	,5	2,6	100,0	51,2	1267
Riche	3,0	64,0	6,8	17,4	1,7	2,2	2,5	,7	1,7	100,0	67,0	1147
Le plus riche	4,7	68,6	4,8	10,1	1,1	2,9	3,2	,7	3,9	100,0	73,3	1008
Total	2,5	49,1	8,8	27,5	1,1	3,4	4,4	,7	2,5	100,0	51,6	5934

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS indicateur 14

Conclusion

Les résultats de MICS3 indiquent que des progrès importants ont été enregistrés par le pays en matière d'accès de la population à l'eau potable au niveau national (52% contre 26% en 2000 d'après MICS2 et 27% selon MICS1 en 1996). Malgré ce progrès, on constate que la couverture du pays en eau potable (52%) et en eau salubre (64%) demeure insuffisante, ce qui devrait amener la population à utiliser une méthode appropriée pour traiter l'eau avant son usage. Malheureusement, seulement 4% des ménages utilisent une méthode appropriée de traitement pour toute source d'eau au niveau national.

Par ailleurs, la proportion des populations qui utilisent une installation sanitaire pour évacuer les excréments humains reste insuffisante en dépit des progrès enregistrés (53% en 2006 contre 26% en 2000).

Au regard des résultats de MICS3, le Gouvernement doit mettre effectivement en œuvre les mesures prises dans le domaine de l'eau et de l'assainissement qui sont renforcées par celles retenues dans le Document Stratégique de la Réduction de la Pauvreté (DSRP) afin de permettre à la République Centrafricaine d'être au rendez-vous de 2015. Les défis à relever par le Gouvernement sont ceux concernant l'atteinte de la cible 10 du septième Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD7) qui vise à réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion des personnes qui n'ont pas un accès durable à une eau de boisson salubre et celui fixé dans le plan d'action d'un monde digne des enfants qui consiste à la réduction d'au moins un tiers, la proportion des ménages qui n'ont pas accès à des installations sanitaires hygiéniques et à une eau potable salubre à un coût abordable.

VIII. Santé de la reproduction

La santé de la reproduction (SR) se définit comme un bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités.
Dans le contexte centrafricain, les composantes prioritaires de la SR sont :

- La santé maternelle et infantile (maternité à moindre risque, soins du nouveau-né, soins liés à l'avortement, prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant) ;
- La planification familiale ;
- La lutte contre les IST, le VIH et le Sida ;
- La lutte contre l'infécondité, l'infertilité et les dysfonctionnements sexuels ;
- La lutte contre les pratiques néfastes ;
- La santé de l'adolescent ;
- La lutte contre les cancers génitaux et mammaires ;
- La prise en charge de santé reproductive des personnes âgées.

Dans le présent chapitre, un accent particulier est mis sur la santé de la femme plus spécifiquement la planification familiale, les soins prénatals, les soins à l'accouchement et la mortalité maternelle.

Une planification familiale appropriée est importante pour garantir la santé des femmes et des enfants à travers la prévention de grossesses trop précoces ou trop tardives, l'augmentation de l'intervalle inter-génésique et la limitation du nombre d'enfants. Un objectif d'un Monde Digne des Enfants est l'accès de tous les couples à l'information et aux services permettant la prévention des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses pouvant compromettre la santé de la femme ou du dernier enfant. Faute de données plus fiables, on ne sait pas exactement combien de femmes succombent tous les ans des suites de grossesses ou de couches. Pourtant, la mise en œuvre des mesures stratégiques fondées sur les stratégies des Soins de Santé Primaires (SSP) et l'égalité pour les femmes à travers la planification familiale, les soins prénatals, l'accouchement sans risque et dans de bonnes conditions d'hygiène et les soins obstétricaux essentiels aurait permis d'épargner la vie de nombreuses mères.

Soucieux des niveaux élevés de mortalité maternelle et infantile, et conscient de l'importance des interventions visant l'amélioration de la Santé de la Reproduction (SR), le Gouvernement centrafricain, a successivement adopté en octobre 2003 la Politique Nationale de la santé de reproduction, les documents des normes et procédures cliniques de la santé de la reproduction en novembre 2003, le Plan Intérimaire de Santé (PIS année ?) le plan opérationnel pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (2004-2015) la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, le deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II) pour la période 2006-2015 et le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) 2008-2010.

Les résultats de l'enquête MICS3 offrent ainsi, l'opportunité de mesurer les progrès réalisés à ce jour dans le domaine de la contraception, de soins prénatals et d'assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié et de corriger les insuffisances afin de permettre à la RCA d'être au rendez-vous de 2015.

8.1 Contraception

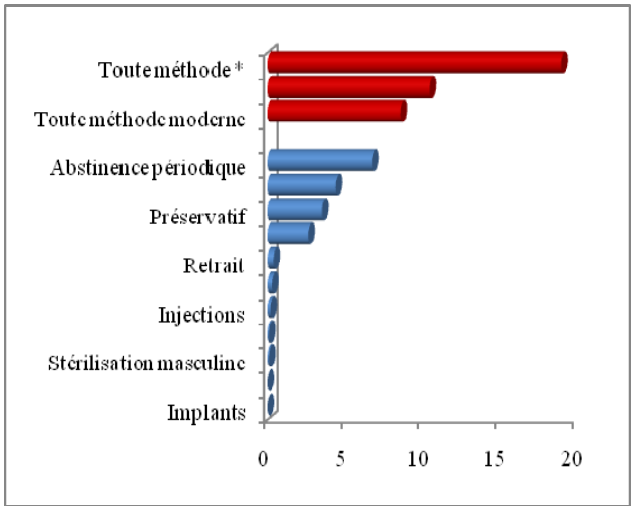
Une planification familiale appropriée est importante pour garantir la santé des femmes et des enfants à travers la prévention de grossesses trop précoces ou trop tardives, l'augmentation de l'intervalle inter-génésique et la limitation du nombre d'enfants. Un objectif d'un Monde Digne des Enfants est l'accès de tous les couples à l'information et aux services permettant la prévention des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses pouvant compromettre la santé de la femme ou du dernier enfant.

Cette préoccupation internationale est conforme à la politique nationale de la RCA qui fait de la planification familiale un axe prioritaire de son intervention en matière de santé de la reproduction.

8 .1.1 Prévalence contraceptive

Au niveau national, près d'une femme mariée ou en union sur cinq utilise une méthode quelconque de contraception (Tableau RH.1). Cependant la contraception moderne (9%) bien qu'encore très faible est moins utilisée que les méthodes traditionnelles (11%). Parmi les méthodes contraceptives modernes la pilule (4%) et les préservatifs (4%) sont les contraceptifs les plus utilisés. Les autres méthodes de contraception telles que la stérilisation féminine ou masculine et le DIU, sont faiblement utilisées. Au titre des méthodes traditionnelles, les plus adoptées figurent l'abstinence périodique (7%) et quelque peu l'allaitement maternel et l'aménorrhée post-partum (3%).

Figure RH.1 : Prévalence contraceptive selon le type de méthodes utilisées



Le taux de prévalence contraceptive varie considérablement selon le milieu de résidence. Il est estimé à 28% dans les zones urbaines contre 13% en zones rurales. Mais lorsqu'on distingue les deux catégories de méthodes contraceptives on remarque que les femmes qui résident dans les zones urbaines (18%) portent plus leur choix sur les contraceptifs modernes que celles qui résident dans les zones rurales. La proximité des centres de prestations de services de santé de la reproduction justifierait cet écart.

Le taux d'utilisation de la contraception, toutes méthodes confondues, varie considérablement par préfecture. L'Ouham-Pendé (2%) est la préfecture qui a le niveau le plus faible tandis que le niveau le plus élevé s'observe à Bangui (37%). En ce qui concerne la contraception moderne, Bangui (27%) est de loin la localité qui affiche un taux d'utilisation de la contraception moderne relativement satisfaisant : 14,6% des femmes utilisent la pilule, 11% les préservatifs et 1% recourent à la stérilisation féminine.

Parmi les préfectures ayant un taux de prévalence contraceptive moderne un peu élevé on peut citer par ordre d'importance l'Ombella-M'Poko (13%), la Lobaye (8%), le Bamingui-Bangoran (7%), la Nana-Grébizi (6%) et la Ouaka (5%). On remarque sans surprise qu'à l'exception de la préfecture du Bamingui-Bangoran, toutes les autres préfectures précitées sont situées dans la zone d'intervention de l'UNFPA. Cette situation exceptionnelle du Bamingui-Bangoran résulterait des actions humanitaires de certaines ONG internationales

(IRC) qui sous-traitent la distribution de contraceptifs dans la zone. Il faut également souligner que l'Ouham (0,4%) et la Haute-Kotto (4%) faisait partie de la zone d'intervention de l'UNFPA dans le 5ème programme de coopération RCA-UNFPA. Mais depuis 2007, l'UNFPA pour des raisons de visibilité s'est retiré de ces deux préfectures.

Tableau RH.1: Utilisation de la contraception : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans actuellement mariées ou en union utilisant (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes (actuellement mariées ou en union) utilisant :													Ensemble	Toute méthode moderne	Toute méthode traditionnelle	Toute méthode *	Nombre de femmes actuellement mariées ou en union
	N'utilise aucune méthode	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	DIU	Injections	Implants	Préservatif	Diaphragme	Méthode de l'allaitement maternel (MAMA)	Abstinence périodique	Retrait	Autre					
Milieu de résidence																		
Urbain	71,6	0,6	0,2	9	0,1	0,4	0	7,1	0,1	2,1	8	0,4	0,5	100	17,5	11	28,4	3722
Rural	87,4	0,1	0	1,3	0	0	0	1,1	0	3	5,9	0,5	0,7	100	2,5	10,1	12,6	5438
Préfecture																		
Ombella-M'poko	75,6	0,2	0,3	6,3	0,1	0,4	0	5,3	0	1,8	7,7	0,3	2,2	100	12,5	11,9	24,4	806
Lobaye	67,4	0,2	0	2,6	0	0,4	0	4,5	0,1	8,8	15	0,7	0,5	100	7,7	25	32,6	541
Mambéré-Kadéi	73	0	0	1	0	0,3	0,2	2,4	0	2,5	18,8	1,2	0,5	100	3,9	23,1	27	981
Nana-Mambéré	88,6	0,1	0	2,1	0	0	0	1,1	0	2,9	3,1	1,8	0,3	100	3,2	8,2	11,4	611
Sangha-Mbaéré	86	0,1	0	1,2	0,1	0	0	3,3	0	5	2,4	1,5	0,3	100	4,7	9,3	14	397
Ouham-Pendé	98,1	0,1	0	0,4	0	0	0	0,7	0	0	0,3	0	0,3	100	1,2	0,7	1,9	998
Ouham	91,5	0	0	0	0	0	0	0,4	0	4,7	2,6	0	0,8	100	0,4	8,1	8,5	682
Kémo	87,8	0	0	1,3	0	0	0	1,8	0	2,3	6,2	0	0,6	100	3,1	9,1	12,2	242
Nana-Grébizi	85,7	0	0	3,2	0	0	0	2,3	0	2,1	4,2	0,7	1,8	100	5,5	8,8	14,3	198
Ouaka	86,1	0	0	4,2	0,1	0,3	0	0,8	0	2,5	5,5	0,1	0,3	100	5,4	8,5	13,9	627
Haute-Kotto	91,1	0	0	3,5	0	0,4	0	0,1	0	0,8	3,5	0	0,6	100	4	5	8,9	175
Bamingui-Bangoran	85,8	0	0,1	4,5	0	0	0	2	0	3,3	3,7	0	0,6	100	6,6	7,6	14,2	90
Basse-Kotto	91,7	0	0	0,7	0	0	0	0,1	0	4,4	3,1	0	0	100	0,8	7,5	8,3	627
Mbomou	91,6	0	0	1,2	0	0	0	0,5	0	3,6	2,1	0,2	0,7	100	1,7	6,7	8,4	366
Haut-Mbomou	91,2	0,3	0	1,1	0,2	0	0	3,9	0	0,6	2,5	0	0,3	100	5,5	3,3	8,8	111
Bangui	62,8	1,2	0,4	14,6	0,2	0,3	0	10,5	0,2	0,6	8,4	0,1	0,7	100	27,4	9,8	37,2	1707
Région administrative																		
Région 1	72,3	0,2	0,2	4,8	0,1	0,4	0	5	0	4,6	10,6	0,5	1,5	100	10,6	17,2	27,7	1347
Région 2	80,4	0	0	1,4	0	0,2	0,1	2,2	0	3,1	10,7	1,5	0,4	100	3,9	15,7	19,6	1988
Région 3	95,4	0,1	0	0,2	0	0	0	0,6	0	1,9	1,3	0	0,5	100	0,9	3,7	4,6	1680
Région 4	86,4	0	0	3,4	0,1	0,2	0	1,3	0	2,4	5,4	0,2	0,7	100	4,9	8,7	13,6	1067
Région 5	89,3	0	0	3,8	0	0,3	0	0,7	0	1,6	3,6	0	0,6	100	4,9	5,9	10,7	265
Région 6	91,6	0	0	0,9	0	0	0	0,6	0	3,8	2,7	0,1	0,3	100	1,6	6,8	8,4	1104
Région 7	62,8	1,2	0,4	14,6	0,2	0,3	0	10,5	0,2	0,6	8,4	0,1	0,7	100	27,4	9,8	37,2	1707
Âge																		
15-19	80,7	0,4	0	2,1	0,1	0,1	0	6,7	0	2,9	6,1	0,4	0,6	100	9,3	10	19,3	1522
20-24	77	0,5	0,1	4,4	0	0,3	0	5	0	3,5	8,3	0,4	0,6	100	10,3	12,7	23	2055
25-29	78,6	0,1	0,1	5,3	0	0	0	4	0,1	3,1	7,5	0,2	0,9	100	9,7	11,7	21,4	1888
30-34	80,6	0,2	0,4	5,8	0,1	0,1	0	2,1	0	2,2	7	0,6	0,8	100	8,8	10,6	19,4	1286
35-39	84,5	0	0	5,1	0	0,4	0	0,8	0	2,2	6,1	0,4	0,5	100	6,2	9,3	15,5	1023
40-44	84,7	0,3	0	5,1	0	0,3	0,2	0,3	0	1,1	6	1,1	0,9	100	6,2	9,1	15,3	819
45-49	93,5	0	0	1,8	0,5	0,2	0	0,6	0,3	0,5	2,4	0,2	0,1	100	3,4	3,1	6,5	568
Niveau d'instruction femme																		
Sans niveau	90	0	0	1,1	0	0,1	0	0,5	0	2,9	4,4	0,4	0,5	100	1,8	8,2	10	3946
Primaire	80,3	0,1	0,1	4,1	0	0,2	0	2,8	0,1	2,8	8,2	0,7	0,7	100	7,4	12,3	19,7	3666
Secondaire & +	59,1	1,4	0,3	13,7	0,3	0,3	0	13,3	0,1	1,2	9,4	0	1	100	29,3	11,6	40,9	1508
Quintile bien-être																		
Le plus pauvre	91,6	0	0	0,3	0	0	0	0,1	0	2,4	3,9	0,8	0,7	100	0,5	7,9	8,4	1790
Pauvre	87,4	0	0	1,6	0	0	0	0,8	0	3,1	6,5	0,2	0,5	100	2,4	10,2	12,6	1852
Moyen	83,6	0	0	2,6	0,1	0,1	0	1,8	0	3,4	7,6	0,2	0,6	100	4,7	11,7	16,4	1884
Riche	77,8	0,7	0,3	6,3	0	0,1	0	4,5	0	2,3	6,8	0,7	0,5	100	12	10,2	22,2	1809
Le plus riche	64,5	0,6	0,2	11,1	0,2	0,6	0,1	10,3	0,2	1,8	8,8	0,3	1,1	100	23,4	12,1	35,5	1823
Ensemble	**81**	**0,3**	**0,1**	**4,4**	**0,1**	**0,2**	**0**	**3,5**	**0**	**2,6**	**6,8**	**0,4**	**0,7**	**100**	**8,6**	**10,5**	**19**	**9160**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS indicateur 21; OMD indicateur 19C

Au niveau des régions, mis à part les régions 7 et 1, enregitrent des proportions élevées de femmes qui pratiquent au moins une méthode de contraception moderne ou traditionnelle. Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives toutes méthodes confondues est en deçà de la moyenne nationale dans la région 3.

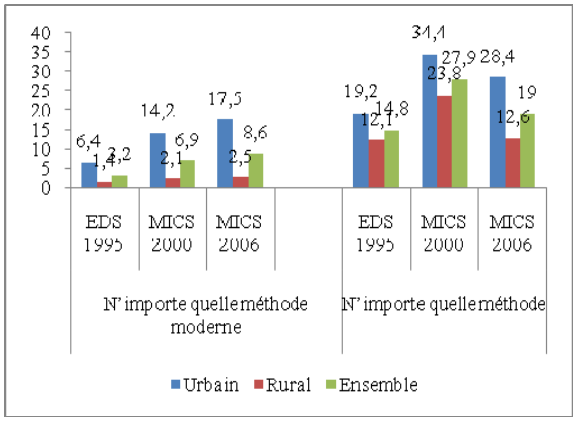
Le taux d'utilisation de la contraception moderne ou traditionnelle varie selon l'âge. Ce taux est estimé à 19% chez les jeunes femmes de 15-19 ans. Le taux est plus élevé dans la tranche d'age 20 à 29 ans et plus faible chez les femmes de 45 à 49 ans (6%).

Par rapport au niveau d'instruction de la femme, on note une faible adhésion des femmes sans niveau d'instruction (10%) que celles de niveau secondaire ou plus (41%). Selon le type de méthode utilisée, les femmes moins instruites et celles de niveau primaire recourent davantage à la contraception traditionnelle qu'à la contraception moderne.

L'analyse selon le bien-être économique du ménage indique qu'une amélioration des conditions de vie du ménage favorise des comportements propices à l'utilisation de la contraception moderne. Le pourcentage de femmes qui pratiquent la contraception moderne passe ainsi de moins de 3% chez les femmes issues de ménages moins nantis à 23% chez les femmes vivant dans les ménages les plus riches.

8.1.2 Evolution de la prévalence contraceptive

Figure RH.2 : Taux d'utilisation des méthodes contraception de1995 à 2006.



La proportion de femmes mariées ou en union qui utilisent une méthode quelconque de contraception était estimée à 18% en 1995. Cette proportion a augmenté à 28% en 2000 et est redescendue à 19% en 2006. Cependant, on note une augmentation régulière et quelque peu significative des méthodes modernes passant de 3% en 1995 à 7% en 2000 pour se situer à 9% en 2006. Cette évolution de la prévalence des méthodes contraceptives révèle un abandon des méthodes traditionnelles au profit des modernes, surtout en milieu urbain.

A l'exception de Bangui qui a enregistré un niveau acceptable d'utilisatrices de contraception moderne (passant de 20% en 2000 contre 27% en 2006), dans les autres préfectures, le nombre d'utilisatrices connaît une légère augmentation (cas de l'Ombella-M'poko), ou est resté quasi stationnaire.

Tableau RH1A : Evolution de la prévalence contraceptive chez les femmes mariées ou en union de 2000 à 2006 par milieu de résidence et préfecture.

Caractéristiques	MICS 2000			MICS 2006		
	N'importe quelle méthode moderne	N'importe quelle méthode traditionnelle	**N'importe quelle méthode**	Toute méthode moderne	Toute méthode traditionnelle	**Toute méthode ***
Milieu résidence						
Urbain	14.2	20.1	**34.4**	17,5	11,0	**28,4**
Rural	2.1	21.7	**23.8**	2,5	10,1	**12,6**
Préfecture						
Ombella-M'poko	11.8	13.4	**25.2**	12,5	11,9	**24,4**
Lobaye	4.2	18.6	**22.8**	7,7	25,0	**32,6**
Mambéré-Kadeï	1.5	30.5	**32**	3,9	23,1	**27,0**
Nana-Mambéré	4.6	13.8	**18.4**	3,2	8,2	**11,4**
Sangha-Mbaéré	5.8	25.7	**31.5**	4,7	9,3	**14,0**
Ouham-Pendé	2	25.6	**27.7**	1,2	,7	**1,9**
Ouham	3.2	13.3	**16.5**	,4	8,1	**8,5**
Kémo	3.9	19.1	**22.9**	3,1	9,1	**12,2**
Nana-Grébizi	4.7	26.3	**31**	5,5	8,8	**14,3**
Ouaka	5.8	23.5	**29.3**	5,4	8,5	**13,9**
Haute-Kotto	4.3	21.1	**25.4**	4,0	5,0	**8,9**
Bamingui-Bangoran	5.8	23.8	**29.6**	6,6	7,6	**14,2**
Basse-Kotto	2.9	21.5	**24.4**	,8	7,5	**8,3**
Mbomou	4.3	21.8	**26.1**	1,7	6,7	**8,4**
Haut-Mbomou	6.3	14.2	**20.5**	5,5	3,3	**8,8**
Vakaga	1.3	32.9	**34.2**			
Bangui	19.8	19	**38.8**	27,4	9,8	**37,2**
Ensemble	**6.9**	**21.1**	**27.9**	**8,6**	**10,5**	**19,0**

8.1.3 Besoins à couvrir non satisfaits

Les besoins non satisfaits à couvrir[3] en matière de contraception font référence aux femmes fécondes qui n'utilisent aucune méthode de contraception, mais qui souhaitent reporter la prochaine naissance ou qui souhaitent simplement arrêter d'enfanter. Les besoins à couvrir sont identifiés dans le cadre de la MICS en utilisant une série de questions portant sur les comportements et les préférences, à l'heure actuelle, en matière d'utilisation des contraceptifs, de fécondité et de fertilité.

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

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

L'ensemble des besoins non couverts en matière de contraception est simplement la somme des besoins à couvrir en matière d'espacement et de limitation des naissances. En utilisant les informations sur la contraception et les besoins à couvrir, le pourcentage de la demande satisfaite en matière de contraception est également estimé à partir des données de la MICS. Le pourcentage de demande satisfaite en matière de contraception est défini comme la proportion des femmes mariées ou en union à l'heure actuelle qui utilise une méthode contraceptive, sur la demande totale en matière de contraception. La demande totale de contraception concerne les femmes qui ont des besoins non couverts à l'heure actuelle (en matière d'espacement et de limitation), plus celles qui utilisent une contraception à l'heure actuelle.

Les résultats consignés dans le tableau RH.2 indiquent que plus de trois quarts des femmes mariées ou en union sont satisfaites en matière de contraception. Parmi ces femmes à peine un cinquième utilise effectivement une méthode quelconque de contraception. Cela signifie qu'environ 60% des femmes sont satisfaites en matière d'espacement et de limitation des naissances sans pourtant avoir à recourir à une méthode quelconque de contraception. Ces résultats confirment une fois de plus que les femmes centrafricaines actuellement mariées ou en union ont une fécondité naturelle (non dirigée) et qu'elles en sont satisfaites. A peine 5% des femmes ont des besoins non couverts en matière de contraception dont 4% en ce qui concerne les besoins non satisfaits pour l'espacement des naissances et moins d'1% en ce qui concerne la limitation des naissances.

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

Les femmes qui résident dans les zones urbaines (83%) ont leurs besoins en espacement ou de limitation de naissance mieux couverts que celles qui vivent dans les zones rurales (77%). Quand bien même le taux d'utilisation actuelle de la contraception est plus élevé dans les zones urbaines (28%), on note que les besoins non satisfaits en matière de contraception y sont faibles. La situation est d'autant précaire en ce qui concerne les zones rurales qui affichent des taux de contraception très faibles mais également une faible demande non satisfaite en matière de contraception.

Tableau RH.2: Besoin non satisfait en matière de contraception : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans actuellement mariées ou en union qui ont des besoins non satisfaits de planification familiale et pourcentage de demande de contraception satisfaite, RCA, 2006

Caractéristiques	Utilisation actuelle de la contraception*	Besoin de contraception non satisfait - pour espacement**	Besoin de contraception non satisfait - pour limiter ***	Besoin de contraception non satisfait - Total ****	Nombre de femmes actuellement mariées ou en union	Pourcentage de demande de contraception satisfaite *****	Nombre de femmes actuellement mariées ou en union ayant des besoins en contraception
Milieu de résidence							
Urbain	28,4	5,2	0,8	6	3722	82,7	1279
Rural	12,6	3,5	0,3	3,8	5438	76,9	890
Préfecture							
Ombella-M'poko	24,4	4,1	0,9	5	806	82,9	238
Lobaye	32,6	7,8	0,1	7,9	541	80,5	219
Mambéré-Kadéi	27	3,5	0,7	4,2	981	86,6	306
Nana-Mambéré	11,4	1,7	0,7	2,4	611	82,5	85
Sangha-Mbaéré	14	4,6	0,5	5	397	73,5	75
Ouham-Pendé	1,9	2,6	0	2,6	998	42,8	45
Ouham	8,5	4,1	0,1	4,2	682	67,1	86
Kémo	12,2	4,4	0,4	4,9	242	71,4	41
Nana-Grébizi	14,3	4,8	0	4,8	198	74,7	38
Ouaka	13,9	7,1	0	7,1	627	66,3	131
Haute-Kotto	8,9	5,6	0,4	6	175	60	26
Bamingui-Bangoran	14,2	3,1	0,2	3,3	90	81,3	16
Basse-Kotto	8,3	2,3	0	2,3	627	78,6	66
Mbomou	8,4	3,6	0,8	4,4	366	65,8	47
Haut-Mbomou	8,8	2	2,6	4,7	111	65,3	15
Bangui	37,2	4,9	1	5,9	1707	86,4	735
Région administrative							
Région 1	27,7	5,6	0,6	6,2	1347	81,8	457
Région 2	19,6	3,2	0,7	3,8	1988	83,8	466
Région 3	4,6	3,2	0	3,2	1680	58,7	131
Région 4	13,6	6	0,1	6,1	1067	68,8	211
Région 5	10,7	4,7	0,3	5	265	68	42
Région 6	8,4	2,7	0,5	3,2	1104	72,4	128
Région 7	37,2	4,9	1	5,9	1707	86,4	735
Âge de la femme							
15-19	19,3	6,5	0,2	6,7	1522	74,2	396
20-24	23	5,7	1	6,6	2055	77,6	610
25-29	21,4	4,2	0,1	4,3	1888	83,4	485
30-34	19,4	3,7	0,5	4,1	1286	82,4	302
35-39	15,5	2,5	0,8	3,3	1023	82,5	192
40-44	15,3	1,4	0,5	1,9	819	89,1	141
45-49	6,5	0,5	0,6	1,1	568	85,5	43
Niveau d'instruction de la femme							
Sans niveau	10	3,3	0,2	3,6	3946	73,7	537
Primaire	19,7	4,9	0,6	5,5	3666	78,3	922
Secondaire & +	40,9	4,5	1	5,5	1508	88,1	701
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	8,4	3,9	0,1	4,1	1790	67,4	223
Pauvre	12,6	3,7	0,4	4,2	1852	75,2	311
Moyen	16,4	4,8	0,2	5	1884	76,6	403
Riche	22,2	4,4	1	5,4	1809	80,5	499
Le plus riche	35,5	3,9	0,8	4,7	1823	88,3	733
Ensemble	**19**	**4,2**	**0,5**	**4,7**	**9160**	**80,3**	**2169**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS indicateur 21; OMD indicateur 19C**** MICS indicateur 98***** MICS indicateur 99

Au niveau préfectoral, l'enquête révèle une demande de contraception satisfaite très faible dans l'Ouham-Pendé (43%) mais aussi dans la Haute-Kotto (60%), la Ouaka (66%) et l'Ouham (67%). En termes de besoins de contraception non satisfaits l'Ouham-Pendé (3%) se

distingue par une faible demande de contraception. Selon les régions, la région 3 (59%) et les régions 4 et 5 avec chacune 68% sont celles qui ont des demandes de contraception satisfaites.

Par rapport à l'âge, on n'observe pas de tendance significative entre les différentes générations en termes de demande de contraception satisfaite. Par contre on constate une baisse régulière de la proportion des femmes qui expriment des besoins de contraception non satisfaits orientés surtout en faveur de l'espacement des naissances.

En considérant le niveau d'instruction de la femme, les analyses révèlent une augmentation de la proportion des femmes qui ont des besoins satisfaits en matière de contraception passant de 74% chez les femmes sans instruction à 88% chez celles de niveau secondaire ou plus. Les femmes plus instruites sont proportionnellement plus nombreuses à recourir à la contraception. Mais il se dégage qu'elles sont pratiquement au même niveau par rapport aux besoins non satisfaits. Du point de vue du bien être économique du ménage, on note les mêmes tendances qui se sont dégagées en fonction du niveau d'instruction de la femme.

8.2 Soins prénatals

La période prénatale présente des opportunités importantes de faire profiter aux femmes enceintes plusieurs interventions qui peuvent être vitales pour leur santé et leur bien-être et ceux de leurs bébés. Une meilleure compréhension de la croissance et du développement du fœtus et de sa relation avec la santé de la mère a débouché sur une attention accrue pour le potentiel des soins prénatals comme une intervention susceptible d'améliorer tant la santé de la mère que du nouveau-né.

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

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

L'OMS recommande un minimum de quatre consultations prénatales sur la base d'un passage en revue de l'efficacité des différents modèles de soins prénatals. Les directives de l'OMS sont précises sur le contenu des consultations prénatales, qui comprennent: 1) Une mesure de la tension artérielle ; 2) Une analyse des urines pour détecter la présence de bactéries et d'albumine ; 3) Une analyse sanguine pour dépister la syphilis et l'anémie sévère et ; 4) La prise du poids et de la taille (facultative).

8.2.1 Couverture des soins prénatals par un personnel qualifié

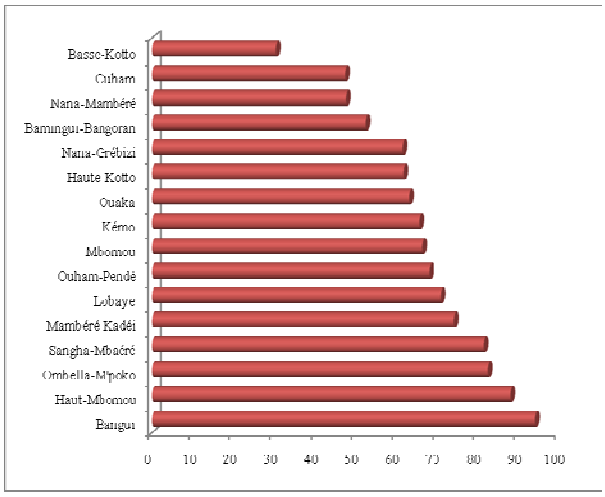
Au niveau national, près de sept femmes sur dix reçoivent des soins prénatals auprès d'un personnel qualifié , au moins une fois pendant leur grossesse. Le pourcentage des femmes recevant des soins prénatals d'un personnel qualifié en 2006 (69%) est en augmentation comparativement à l'an 2000 (62% selon MICS2) et en 1994/95 (67% d'après EDS).

Les soins prénatals sont les plus souvent fournis par les infirmières, les sages-femmes et les assistantes accoucheuses (66% contre 4% aux médecins). La sollicitation accrue de cette catégorie du personnel de santé est compréhensible dans la mesure où elle possède des compétences obstétricales et vit au sein de la communauté aux côtés des femmes qu'elle est appelée à aider. Par contre, la sous-utilisation des services des médecins pour les soins prénatals s'expliquerait par leur effectif encore insuffisant ne permettant pas une large couverture géographique du pays. Il faut noter que 8% des femmes enceintes en 2006 ont bénéficié des soins des agents de santé communautaires (accoucheuse traditionnelle et autre agent de santé communautaire) et 23% des personnes non qualifiées.

Les femmes du milieu rural consultent moins souvent un personnel qualifié lors des soins prénatals que les femmes en milieu urbain (56% contre 90%).

Les femmes du milieu rural consultent moins souvent un personnel qualifié lors des soins prénatals que les femmes en milieu urbain (56% contre 90%).

Figure RH.3: Assistance à l'accouchement par un personnel qualifié



Au niveau des préfectures, le pourcentage des femmes recevant des soins prénatals d'un personnel qualifié le plus faible est observé dans le Bamingui-Bangoran (30%) tandis qu'il est plus élevé à Bangui (94%). Outre Bangui, quatre préfectures ci-après disposent du personnel qualifié pour des soins prénatals comparativement à la moyenne nationale de 69% : la Lobaye (71%), la Sangha-Mbaéré (82%), l'Ombella-M'poko (83%), le Haut-Mbomou (88%).

En dehors de Bangui qui dispose d'un effectif en personnel de santé en quantité et en qualité, ainsi qu'une bonne accessibilité aux soins, le niveau élevé de la prise en charge des soins prénatals dans les 4 préfectures citées-haut se justifierait par la concentration de certains projets nationaux soutenus par les partenaires (UNFPA, UNICEF et HCR), notamment dans le Haut-Mbomou et la Lobaye. D'autres (Sangha-Mbaéré et la Lobaye) bénéficient des interventions des ONG, des Confessions religieuses et même des sociétés forestières. Au niveau régional, les régions 7 et 1 avec respectivement 94% et 78% se démarquent du reste des régions.

Les femmes plus jeunes (15 à 24 ans) sollicitent le plus souvent les services d'un personnel de santé (78%) que les femmes des autres tranches d'âges. Par ailleurs, on constate qu'au fur et à mesure que les femmes tendent vers la fin de leur vie génésique, le recours aux soins prénatals diminue.

Les femmes enceintes n'ayant aucune instruction demandent moins souvent des services de soins prénatals auprès d'un personnel qualifié (51%) que celles du primaire (78%) ou du

secondaire et plus (92%). De même, les femmes appartenant aux ménages plus pauvres (46%) et pauvres (59%) sont moins souvent consultées pendant leurs grossesses par un personnel qualifié que les femmes des ménages de niveau économique moyen (71%), riches (84%) ou plus riches (92%)

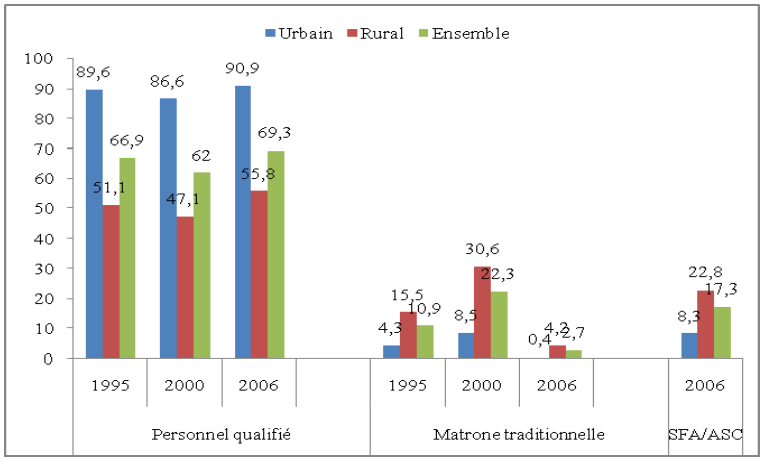
Tableau RH.3: Prestataires de soins prénatals. Répartition en pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché au cours des deux dernières années selon le type de prestataires de soins prénatals, RCA, 2006.

Caractéristiques	Personnel offrant les soins prénatals									Tout personnel qualifié *	Nombre de femmes ayant accouché au cours des deux dernières années
	Médecin	Infirmière/Sage-femme	Sage-femme auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Agent santé/communautaire	Parente/Amie	Autre	Personne	Total		
Milieu											
Urbain	6,1	77,2	7,6	,4	,7	,3	1,2	6,5	100,0	90,9	1593
Rural	2,4	38,7	14,7	4,2	8,1	1,4	2,0	28,6	100,0	55,8	2533
Préfecture											
Ombella-M'poko	2,8	75,6	4,0	2,0	,7	,9	3,3	10,6	100,0	82,5	366
Lobaye	,2	48,0	22,9	2,3	7,9	,2	3,9	14,7	100,0	71,0	282
Mambéré-Kadéi	2,3	56,9	14,9	1,0	2,1	1,0	,4	21,5	100,0	74,2	489
Nana-Mambéré	7,9	29,8	9,9	6,6	15,1	1,4	4,8	24,4	100,0	47,7	244
Sangha-Mbaéré	,4	45,7	35,4	6,6	3,5	,3	,9	7,2	100,0	81,5	182
Ouham-Pendé	2,9	53,5	11,8	2,8	6,7	,0	,7	21,7	100,0	68,1	482
Ouham	1,5	41,3	4,7	1,3	8,2	1,3	,4	41,3	100,0	47,5	319
Kémo	1,4	44,7	19,6	2,1	3,1	,9	,3	27,9	100,0	65,6	110
Nana-Grébizi	2,0	53,6	5,8	3,2	8,4	,0	1,6	25,3	100,0	61,5	87
Ouaka	2,0	42,7	18,3	5,0	6,4	5,3	2,5	17,7	100,0	63,1	284
Haute-Kotto	1,3	56,4	3,9	3,0	7,9	,0	3,5	23,9	100,0	61,7	70
Bamingui-Bangoran	2,1	41,5	8,8	11,2	16,1	,4	1,3	18,5	100,0	52,5	41
Basse-Kotto	2,0	20,4	8,0	5,0	5,8	2,4	2,2	54,1	100,0	30,4	263
Mbomou	1,2	42,0	23,1	4,8	12,0	,0	,5	16,3	100,0	66,3	174
Haut-Mbomou	16,0	64,4	7,5	1,7	6,3	,0	,2	3,8	100,0	88,0	50
Bangui	10,4	79,1	4,5	,0	,0	,0	1,3	4,7	100,0	94,0	682
Région administrative											
Région 1	1,7	63,6	12,2	2,1	3,8	,6	3,5	12,4	100,0	77,5	648
Région 2	3,4	47,5	17,7	3,6	5,8	,9	1,7	19,4	100,0	68,6	915
Région 3	2,3	48,6	9,0	2,2	7,3	,5	,6	29,5	100,0	59,9	802
Région 4	1,9	45,2	16,3	4,0	6,0	3,4	1,8	21,4	100,0	63,4	480
Région 5	1,6	50,9	5,7	6,0	10,9	,1	2,7	21,9	100,0	58,3	112
Région 6	3,1	32,7	13,4	4,6	8,1	1,3	1,4	35,4	100,0	49,2	487
Région 7	10,4	79,1	4,5	,0	,0	,0	1,3	4,7	100,0	94,0	682
Âge											
15-19	3,3	61,8	12,9	2,6	5,3	,6	1,6	11,9	100,0	77,9	834
20-24	3,9	57,0	12,0	1,8	4,4	1,0	2,3	17,6	100,0	72,9	1213
25-29	3,4	51,7	11,9	2,7	5,5	,7	1,3	22,8	100,0	67,0	937
30-34	5,8	46,4	11,7	3,3	5,8	1,7	1,9	23,5	100,0	63,8	579
35-39	4,2	43,3	11,9	3,7	7,0	1,1	1,0	27,7	100,0	59,4	358
40-44	1,8	45,6	9,1	6,0	4,7	,6	1,0	31,2	100,0	56,5	172
45-49	,6	45,8	10,3	2,3	1,8	2,6	2,5	34,0	100,0	56,7	32
Niveau d'instruction de la femme											
Sans niveau	3,0	36,0	12,3	4,2	7,3	1,9	2,1	33,2	100,0	51,3	1665
Primaire	2,8	60,7	14,1	2,1	4,8	,5	1,5	13,4	100,0	77,7	1806
Secondaire & +	9,1	78,3	5,0	,5	1,2	,0	1,0	4,9	100,0	92,4	639
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	2,2	32,3	11,8	4,1	7,9	2,2	1,1	38,4	100,0	46,3	862
Pauvre	2,8	42,6	13,1	3,9	8,1	,9	2,1	26,5	100,0	58,5	874
Moyen	2,3	54,8	14,3	2,4	5,3	1,0	2,9	17,1	100,0	71,3	890
Riche	5,1	66,7	11,9	2,2	2,7	,4	,8	10,3	100,0	83,7	785
Le plus riche	7,6	76,5	7,9	,7	1,4	,0	1,5	4,4	100,0	92,1	714
Total	3,8	53,5	12,0	2,7	5,3	1,0	1,7	20,0	100,0	69,3	4126

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS indicateur 20

8.2.2 Evolution de la couverture en soins prénatals par un personnel qualifié de 1995 à 2006

Figure RH.4: Couverture en soins prénatals par un personnel qualifié de 1995 à 2006



Après une légère baisse de la couverture en soins prénatals par un personnel qualifié en 2000 (MICS2), le niveau de l'indicateur observé en 2006 (MICS3) a retrouvé le même niveau de celui de 1995 (EDS 1994/95). Sur toute la période 1995 à 2006 l'écart entre les milieux de résidence s'est pratiquement maintenu. Il convient de signaler une légère amélioration du niveau de la couverture en personnel qualifié dans les zones rurales.

S'agissant des matrones traditionnelles, plus sollicitées entre 1995 et 2000 en raison de la carence en personnel qualifié dans les zones rurales, leur proportion a connu une baisse considérable en 2006. Cette baisse s'est faite au profit d'une autre catégorie de personnel à savoir les sages femmes auxiliaires (SFA) et des agents de santé communautaire (ASC).

8.2.4 Types de soins prénatals spécifiques reçus par les femmes enceintes

Le tableau RH.4 présente les données sur les soins prénatals spécifiques, notamment, l'information sur le VIH/SIDA, le prélèvement sanguin et urinaire, ainsi que la mesure de la pression artérielle et le poids pendant les soins prénatals.

a)Informations des femmes enceintes sur le VIH/SIDA pendant les soins prénatals

En Centrafrique, seulement une femme sur deux a reçu des informations sur le VIH/SIDA pendant les soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse. Les femmes du milieu rural reçoivent deux fois moins souvent d'informations sur le VIH/SIDA que celles du milieu urbain (38% contre 70%).

Au niveau préfectoral, le pourcentage le plus faible des femmes qui reçoivent des informations sur le VIH/SIDA est observe dans la Basse-Kotto (19%), tandis que la proportion la plus élevée est constatée a Bangui (76%).

Au niveau régional, les femmes de la région 6 sont moins souvent informées sur le VIH/SIDA pendant les soins prénatals (31%) contrairement aux services de soins prénatals de la région 7 (76%). Les services des soins prénatals des régions 1 et 7 fournissent le plus souvent des informations sur le VIH/SIDA aux femmes enceintes comparativement à la moyenne nationale.

Cette insuffisance d'information des femmes enceintes sur le VIH/SIDA au niveau national et dans les entités administratives déconcentrées doit amener le Ministère en charge de la Santé à renforcer les capacités (formation et dotation en matériels appropriés) des agents de santé

pour bien communiquer avec les utilisateurs des services de santé en général et les parturientes en particulier.

Les femmes enceintes n'ayant aucune instruction reçoivent moins souvent des informations sur le VIH/SIDA (32%) que les femmes du primaire (57%), du secondaire ou plus (78%).De même, les femmes de ménages plus pauvres (27%), pauvres (41%) sont moins souvent informées sur le VIH/SIDA lors des soins prénatals que celles du niveau économique moyen, riches et plus riches.

b) Prélèvement du sang des femmes enceintes pendant les soins prénatals

L'examen sanguin est essentiel dans le suivi de l'évolution de la grossesse. Outre les prises de sang obligatoire au début de la grossesse pour la recherche des maladies infectieuses et leur prise en charge (syphilis, toxoplasmose, rubéole, etc.), le diagnostic de la drépanocytose à travers le Test d'Emmel, l'identification du groupe sanguin de la femme, la recherche de l'anémie à travers la numération globulaire, du diabète par la mesure de la glycémie, il permet, également de rechercher les agglutinines anti-rhésus pour les femmes enceintes (rhésus négatif). Enfin, dans un contexte de pandémie du VIH/SIDA, l'examen sanguin est très important pour le programme de la Prévention de la Transmission Parent – Enfant (PTPE).

Au niveau national, seulement une femme enceinte sur cinq a été prélevée pendant les soins prénatals pour des examens sanguins. Ce faible niveau de prestations pourrait se justifier par le fait que les services de soins prénatals ne disposent pas d'assez de matériels et d'équipements pour pratiquer les examens sanguins. Les femmes enceintes du milieu rural bénéficient moins souvent d'un prélèvement sanguin au cours des consultations prénatales que les femmes du milieu urbain (38% contre 78%).

Dans les préfectures, le niveau le plus bas des femmes ayant bénéficié d'un prélèvement sanguin est constaté dans la Basse-Kotto (18%), tandis que le pourcentage le plus élevé est observe à Bangui (80%). Cinq localités ci-après se distinguent des autres par la proportion des femmes enceintes bénéficiant d'un prélèvement sanguin qui est supérieure à la moyenne nationale de 54%. Il s'agit de la Sangha-Mbaéré (59%), de l'Ombella-M'poko (70%), du Haut-Mbomou (73%), de la Lobaye (75%) et de Bangui (80%).

Au niveau régional, la proportion la plus faible des femmes enceintes qui bénéficient d'un prélèvement sanguin est enregistrée dans la région 6 (31%), tandis que le niveau élevé est observé dans les régions 1 (72%) et 7 (80%).

Le niveau d'instruction de la femme enceinte et le statut du bien-être économique du chef de ménage au sein duquel vit celle-ci influencent la possibilité de bénéficier d'un examen sanguin. En effet, les femmes enceintes n'ayant aucune instruction bénéficient moins souvent d'un examen sanguin pendant les soins prénatals (42%) que les femmes des niveaux primaire (67%) et secondaire ou plus (89%).

De même, les femmes enceintes appartenant aux ménages plus pauvres (30%) ou pauvres (41%) ont moins de chance d'effectuer un examen sanguin lors des consultations prénatales que celles provenant des ménages dont les chefs jouissent d'un statut du bien-être économique moyen (54%), riche (67%) ou plus riche (83%).

c) Prélèvement urinaire des femmes enceintes pendant les soins prénatals

L'examen d'urine est extrêmement important au cours du bilan prénatal. Il permet de rechercher la présence, d'une part, d'une protéinurie pouvant orienter vers l'appréciation de la sévérité d'une toxémie gravidique, préludes à une éclampsie, et d'autre part, du sucre pouvant confirmer le diagnostic d'un diabète sucré.

En Centrafrique, près de sept femmes sur dix (61%) ont bénéficié d'un prélèvement urinaire pour des examens biologiques lors des soins prénatals. Les examens urinaires pendant les soins prénatals sont moins pratiqués en milieu rural qu'en milieu urbain (46% contre 84%).

Au niveau préfectoral, la pratique du prélèvement urinaire des femmes enceintes lors des soins prénatals est plus fréquente à Bangui (88%), tandis qu'elle est moins réalisée dans la Basse-Kotto (25%). Au niveau régional, les régions 1 et 7 avec respectivement 77% et 88% des femmes enceintes bénéficiaires d'un examen urinaire se distinguent comparativement à la moyenne nationale de 61% des autres régions.

Les femmes enceintes n'ayant aucune instruction ont été moins souvent bénéficiaires des examens urinaires (42%) que celles du primaire (67%), du secondaire ou plus (89%). Les femmes des ménages plus pauvres (36%) et pauvres (51%) bénéficient moins souvent d'un prélèvement urinaire que les femmes des ménages économiquement moyens (58%), riches (75%) ou plus riches (89%).Les examens urinaires sont payants ; ce qui justifie la plus faible utilisation par les ménages pauvres.

d) Mesure de la tension artérielle des femmes enceintes pendant les soins prénatals

La surveillance prénatale basée sur une mesure de la pression artérielle combinée à d'autres examens peut grandement améliorer les chances de détecter la pré-éclampsie à un stade précoce chez une femme enceinte pendant les soins prénatals. Cette pré-éclampsie se caractérise par l'élévation de la pression artérielle, l'apparition d'une protéinurie et des œdèmes des membres inférieurs au cours de la deuxième moitié de la grossesse.

En Centrafricaine, près de sept femmes enceintes sur dix ont bénéficié de la mesure de leur tension artérielle pendant les soins prénatals. La pression artérielle des femmes enceintes du milieu rural est moins souvent vérifiée lors des consultations prénatales que celle des femmes du milieu urbain (54% contre 82%).

Au niveau préfectoral, la pratique de la prise de tension artérielle chez les femmes enceintes est peu courante dans la Basse-Kotto (29%), tandis qu'elle est plus fréquente dans le Haut-Mbomou (89%). Au niveau régional, l'analyse des données a montré que les régions 2, 1 et 7 avec des pourcentages respectifs de 66%, de 73% et de 82% se démarquent du reste des régions du pays en comparaison avec la moyenne nationale de 65%.

La bonne performance constatée dans certaines préfectures et régions pourrait s'expliquer par la disponibilité du personnel qualifié et du tensiomètre, ainsi que par l'intervention supplémentaire de certains partenaires au développement (UNICEF, UNFPA, HCR et ONG Internationales) dans l'Ouham-Pendé, la Lobaye, le Haut-Mbomou et l'Ombella-M'poko.

Les femmes enceintes n'ayant aucune instruction effectuent moins souvent le contrôle de la tension artérielle pendant les soins prénatals (49%) que celles des niveaux d'instruction primaire (72%) et du secondaire ou plus (83%). Les femmes des ménages plus pauvres (42%) ou pauvres (58%) bénéficient moins souvent d'une mesure de la pression artérielle que celles

des ménages au statut de bien-être économique moyen (66%), riche (76%) ou plus riches (87%).

8.2.9 Mesure du poids chez les femmes enceintes pendant les soins prénatals

La mesure du poids est l'un des examens recommandés pour la surveillance de la grossesse. En Centrafrique, sept femmes sur dix (71%) ont bénéficié d'une mesure de poids pour les soins prénatals pendant leurs grossesses. Les femmes enceintes du milieu rural sont souvent moins pesées que celles du milieu urbain (60% contre 89%).

Au niveau préfectoral, la proportion la plus faible des femmes ayant été pesées pendant qu'elles étaient en grossesses pour des soins prénatals est observée dans la Basse-Kotto (33%), tandis que le Haut-Mbomou enregistre le niveau le plus élevé (94%).

Tableau RH.4: Soins prénatals. Pourcentage de femmes enceintes recevant des soins prénatals parmi les femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché pendant les deux dernières précédant l'enquête, et pourcentage de femmes enceintes recevant des soins spécifiques, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes ayant donné une naissance vivante et ayant reçu des soins prénatals au moins une fois pendant la grossesse*	Pourcentage de femmes ayant donné une naissance vivante et ayant reçu des informations sur le VIH/SIDA lors des consultations prénatales	Pourcentage de femmes ayant :				Nombre de femmes ayant donné une naissance vivante au cours des deux dernières années
			Sang prélevé *	Urine prélevée*	Tension artérielle mesurée *	Poids mesuré*	
Milieu							
Urbain	93,5	70,2	78,0	83,6	82,4	89,2	1593
Rural	71,4	37,7	38,3	46,1	53,8	60,1	2533
Préfecture							
Ombella-M'poko	89,4	64,5	69,8	77,8	75,7	82,4	366
Lobaye	85,3	64,3	74,8	76,1	69,5	80,7	282
Mambéré-Kadéi	78,5	37,7	52,8	56,4	67,3	75,3	489
Nana-Mambéré	75,6	29,8	37,0	47,3	56,4	61,9	244
Sangha-Mbaéré	92,8	65,5	59,1	67,5	75,9	82,6	182
Ouham-Pendé	78,3	49,3	43,1	57,8	66,5	67,1	482
Ouham	58,7	30,3	35,7	36,6	46,9	53,8	319
Kémo	72,1	36,7	44,5	52,1	58,7	63,2	110
Nana-Grébizi	74,7	51,0	50,9	56,1	50,8	64,0	87
Ouaka	82,3	49,3	44,6	47,0	59,4	62,7	284
Haute-Kotto	76,1	53,0	47,5	52,9	57,7	58,9	70
Bamingui-Bangoran	81,5	30,5	40,8	47,0	46,8	58,4	41
Basse-Kotto	45,9	18,5	17,6	24,9	28,9	32,5	263
Mbomou	83,7	41,2	38,4	50,2	63,8	73,7	174
Haut-Mbomou	96,2	64,8	72,6	85,7	88,5	93,6	50
Bangui	95,3	76,0	80,4	87,7	81,8	91,0	682
Régions administratives							
Région 1	87,6	64,4	72,0	77,0	73,0	81,7	648
Région 2	80,6	41,1	49,9	56,2	66,1	73,2	915
Région 3	70,5	41,7	40,2	49,4	58,7	61,8	802
Région 4	78,6	46,7	45,7	49,8	57,7	63,1	480
Région 5	78,1	44,7	45,0	50,7	53,7	58,7	112
Région 6	64,6	31,4	30,7	40,2	47,5	53,5	487
Région 7	95,3	76,0	80,4	87,7	81,8	91,0	682
Niveau d'instruction des femmes							
Sans niveau	66,8	32,1	34,9	42,1	48,9	54,8	1665
Primaire	86,6	57,0	60,4	67,3	72,1	79,0	1806
Secondaire & +	95,1	77,8	83,7	89,0	85,1	92,2	639
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	61,6	26,9	29,6	36,0	42,4	48,6	862
Pauvre	73,5	40,8	41,2	51,4	58,4	63,7	874
Moyen	82,9	50,1	53,9	58,3	66,0	74,1	890
Riche	89,7	65,9	66,9	74,5	75,6	83,4	785
Le plus riche	95,6	73,0	82,8	88,9	86,6	91,5	714
Total	80,0	50,3	53,6	60,6	64,8	71,4	4126

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS indicateur 44

Au niveau régional, le pourcentage des femmes pesées au cours de leurs grossesses pour des soins prénatals est plus bas dans la région 6 (54%), alors que le niveau le élevé est constaté comparativement à la moyenne de 71% dans les régions 2, 1 et 7.

Le niveau d'instruction de la femme enceinte et le statut du bien-être économique du ménage dans lequel vit celle-ci ont également une influence sur l'utilisation des services des soins prénatals pour la mesure du poids. En effet, les femmes enceintes n'ayant aucune instruction

sont moins souvent pesées pendant leurs grossesses (55%) que les femmes enceintes ayant les niveaux d'instruction du primaire (79%) et du secondaire ou plus (92%). De même, les femmes provenant des ménages plus pauvres bénéficient moins souvent d'une mesure du poids pendant leurs grossesses (49%) que les femmes appartenant aux ménages pauvres (64%), de niveau économique moyen (74%), riches (83%) ou plus riches (92%).

8.3 Assistance à l'accouchement

Trois quarts de tous les décès maternels surviennent pendant l'accouchement et la période post-partum qui suit immédiatement. La seule intervention essentielle pour une maternité sans risques est de s'assurer qu'un prestataire de soins de santé qualifié avec des compétences de sage-femme est présent lors de chaque naissance, et qu'un moyen de transport est disponible pour l'évacuation vers un centre de soins en obstétrique en cas d'urgence.
Un objectif du Monde digne des enfants est de s'assurer que les femmes accèdent facilement et à moindre coût à une assistance qualifiée pendant l'accouchement. L'Objectif du millénaire pour le développement consiste à réduire le taux de mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015.

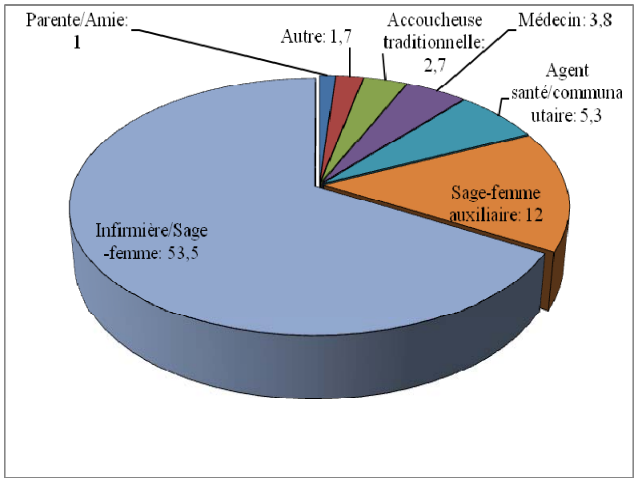
La MICS comprenait plusieurs questions pour l'évaluation de la proportion des naissances assistées par un personnel qualifié. Par assistant qualifié, on entend un médecin, une sage-femme, une assistante accoucheuse ou une infirmière. Le tableau RH5 ci-dessous présente les données sur l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié et l'accouchement dans une formation sanitaire.

8.3.1 Assistance à l'accouchement par un personnel qualifié

Au niveau national, un peu plus de 5 femmes enceintes sur 10 accouchent avec l'assistance d'un personnel qualifié. Les parturientes accouchent souvent avec l'assistance des sages-femmes, des assistantes accoucheuses et des infirmières (51%) contre 3% aux médecins.

Une proportion non-négligeable des femmes enceintes (23%) a sollicité les services des accoucheuses traditionnelles (18%) et des agents communautaires (4%). Ces données indiquent que les services de santé doivent former et équiper les accoucheuses traditionnelles en vue d'assister efficacement les parturientes dans les conditions requises, sécurisées et hygièniques (mains propres, surface propres, coupure et soins du cordon ombilical dans des conditions de propreté).

Figure RH.5: Assistance pendant l'accouchement selon le type de personnel



Les femmes enceintes du milieu rural accouchent moins souvent avec l'assistance d'un personnel qualifié que les femmes du milieu urbain (35% contre 83%). Cependant, le rôle des accoucheuses traditionnelles dans l'assistance à l'accouchement reste encore non négligeable en milieu rural (26%).

Dans les préfectures, le niveau le plus faible de l'assistance par un personnel qualifié à l'accouchement est enregistré dans la Basse-Kotto (20%), tandis que Bangui s'illustre par son niveau le plus élevé (91%).

Ce niveau assez élevé de l'accouchement assisté, en dehors de Bangui qui dispose d'une forte concentration en personnel de santé et en infrastructures de soins, pourrait s'expliquer par les interventions de développement ou par l'assistance humanitaire des partenaires : c'est le cas de l'UNFPA avec le projet Santé de la Reproduction dans l'Ombella-M'poko et la Lobaye ; le HCR, l'UNICEF et les ONGs internationales en appui aux réfugiés soudanais et populations locales dans le Haut-Mbomou et la Haute-Kotto ; des confessions religieuses et sociétés forestières dans la Sangha-Mbaéré.

En ce qui concerne les régions, la proportion des femmes qui accouchent avec l'assistance d'un personnel qualifié est plus bas dans la région 6 (35%), tandis qu'elle est plus élevée dans la région 7 (91%).

Les parturientes n'ayant aucune instruction sollicitent moins souvent les services d'un personnel qualifié au moment de leur accouchement (34%) que celles du primaire (59%), du secondaire et plus (88%). On constate par ailleurs que les femmes enceintes n'ayant aucune instruction (25%) et du primaire (17%) compensent le manque des services en demandant de l'assistance d'accoucheuses traditionnelles dont la présence pourrait leur être familière et réconfortante, mais qui, sans une formation et une dotation en trousses d'accouchement, risquent de commettre l'effet sanitaire inverse (décès et complications).

Les femmes enceintes des ménages les plus pauvres (27%) et pauvres (38%) accouchent moins souvent avec l'assistance d'un personnel que les femmes des ménages du niveau du bien-être économique moyen (52%), riches (69%) et plus riches (89%).

L'analyse des tendances de l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié montre qu'en 2006, la RCA avec 53% des femmes qui accouchent avec l'assistance d'un personnel qualifié, a légèrement dépassé son niveau de 1995 (50% selon EDS 1994/95) après avoir connu une diminution de 42% en 2000 (MICS2).

8.3.2 Accouchement des femmes enceintes dans les formations sanitaires

En Centrafrique, seulement 5 femmes enceintes sur 10 (51%) accouchent dans un établissement de soins ou dans une formation sanitaire. Il est à noter que 49% des accouchements se font accoucher à domicile, ce qui risque de compromettre la vie des mères et de leurs nouveau-nés, si les accouchements n'étaient pas assistés par un personnel qualifié.

La fréquence des accouchements dans les formations sanitaires est liée en partie à la proximité des infrastructures de soins, ce qui justifie un pourcentage élevé des femmes enceintes qui accouchent dans les établissements de soins en milieu urbain (75% contre 36% en milieu rural).

Au niveau préfectoral, le pourcentage le plus faible des femmes qui accouchent dans une formation sanitaire est observé dans la Basse-Kotto (20%), tandis que le niveau le plus élevé est enregistré à Bangui (81%).

Dans les régions administratives, la proportion des femmes enceintes qui accouchent dans une formation sanitaire est plus faible dans la région 3 (38%), alors qu'elle est élevée dans les régions 1 (61%) et 7 (81%). La faible performance de la région 3 se justifie par la situation d'insécurité.

Plus les femmes sont jeunes, plus elles accouchent dans les formations sanitaires, ceci corrobore le fait constaté par plusieurs auteurs, selon qui, les premières naissances sont celles qui s'effectuent le plus souvent dans les services de santé (56% pour la tranche d'âge de 15 – 19 et 55% pour celle de 20 – 24 ans).

L'accouchement des femmes dans les structures des soins est influencé par leur niveau d'instruction et le statut du bien-être économique de leurs ménages. En effet, les femmes enceintes n'ayant aucune instruction accouchent moins souvent dans les formations sanitaires (34%) que celles ayant les niveaux d'instruction du primaire (56%) ou du secondaire et plus (83%). De même, les femmes enceintes appartenant aux ménages les plus pauvres (26%), pauvres (37%) et économiquement moyens (48%) utilisent moins souvent une formation sanitaire pour accoucher comparativement à celles des ménages riches (66%) ou plus riches (83%).

Tableau RH.5: Assistance pendant l'accouchement : Répartition en pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant une naissance vivante au cours des deux dernières années précédant l'enquête selon le type de personnel ayant assisté à l'accouchement, RCA 2006

Caractéristiques	Personne ayant assisté à l'accouchement								Total	Tout personnel qualifié *	Accouchement dans un centre de santé **	Nombre de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête
	Médecin	Infirmière /Sage-femme	Sage-femme auxiliaire Assistante accoucheuse	Accou-cheuse traditionnelle	Agent de santé/communautaire	Parente /Amie	Autre	Pas d'assistance				
Milieu												
Urbain	5,2	65,3	12,1	4,7	2,4	5,8	2,3	2,1	100	82,6	75,3	1593
Rural	,7	22,2	12,1	25,6	6,0	21,9	5,7	5,8	100	35,0	35,6	2533
Préfecture									100			
Ombella-M'poko	,8	59,6	7,0	10,4	3,6	12,0	5,6	1,1	100	67,3	61,3	366
Lobaye	,0	28,9	19,0	21,1	10,3	15,9	3,9	,8	100	47,9	59,5	282
Mambéré-Kadéi	,7	34,3	9,5	26,3	2,3	21,3	1,3	4,3	100	44,5	41,4	489
Nana-Mambéré	2,9	17,0	6,2	15,3	5,1	30,6	11,1	11,9	100	26,1	28,7	244
Sangha-Mbaéré	,7	29,5	34,4	16,6	3,3	7,8	6,3	1,3	100	64,6	67,9	182
Ouham-Pendé	1,3	40,6	11,5	10,4	6,5	15,7	9,2	4,8	100	53,4	49,0	482
Ouham	1,1	22,2	3,6	35,5	1,4	27,2	1,0	8,1	100	26,9	21,2	319
Kémo	1,2	26,4	12,2	29,2	5,6	18,6	3,8	2,9	100	39,8	38,8	110
Nana-Grébizi	,0	32,6	15,7	20,8	5,9	17,6	3,8	3,6	100	48,3	37,9	87
Ouaka	,5	31,2	19,7	25,0	7,1	14,1	1,6	,9	100	51,4	45,9	284
Haute-Kotto	2,6	41,1	10,7	21,6	3,0	11,9	3,1	5,9	100	54,4	49,2	70
Bamingui-Bangoran	,4	32,5	11,1	23,3	11,2	15,3	2,8	3,6	100	43,9	53,5	41
Basse-Kotto	,5	12,1	7,6	29,9	3,3	23,3	6,4	16,9	100	20,2	20,3	263
Mbomou	,4	22,3	25,3	16,6	17,4	13,2	2,1	2,8	100	48,0	60,8	174
Haut-Mbomou	2,7	53,5	13,6	15,6	5,3	7,0	1,2	1,1	100	69,8	74,9	50
Bangui	10,1	71,7	9,0	1,0	,2	3,8	3,0	1,1	100	90,8	80,8	682
Région administrative												
Région 1	,4	46,2	12,2	15,1	6,5	13,7	4,8	1,0	100	58,9	60,5	648
Région 2	1,3	28,7	13,6	21,4	3,3	21,0	4,9	5,7	100	43,6	43,3	915
Région 3	1,3	33,2	8,4	20,4	4,4	20,3	5,9	6,1	100	42,9	37,9	802
Région 4	,6	30,4	17,3	25,2	6,5	15,7	2,5	1,8	100	48,2	42,8	480
Région 5	1,7	37,9	10,8	22,3	6,1	13,2	3,0	5,0	100	50,5	50,8	112
Région 6	,7	20,0	14,6	23,6	8,5	18,0	4,3	10,2	100	35,2	40,4	487
Région 7	10,1	71,7	9,0	1,0	,2	3,8	3,0	1,1	100	90,8	80,8	682
Ages												
15-19	2,8	44,8	12,4	16,9	3,8	14,4	3,3	1,5	100	60,0	55,8	834
20-24	2,3	41,9	13,4	15,0	3,9	15,6	3,8	4,1	100	57,6	55,2	1213
25-29	2,2	37,6	12,5	17,7	5,6	14,2	5,2	5,0	100	52,3	48,8	937
30-34	4,2	32,7	10,2	19,8	4,8	16,4	5,6	6,4	100	47,1	45,2	579
35-39	1,3	32,5	8,6	19,1	6,7	21,8	4,1	6,0	100	42,3	44,7	358
40-44	,4	29,7	13,5	27,2	2,8	15,1	4,1	7,2	100	43,7	43,7	172
45-49	,0	37,3	4,0	21,7	2,6	20,0	11,5	2,9	100	41,4	42,1	32
Niveau d'instruction de la femme												
Sans niveau	,9	22,3	10,4	24,5	5,2	23,4	5,7	7,5	100	33,6	33,1	1665
Primaire	2,5	42,2	14,5	16,7	4,6	13,3	3,6	2,6	100	59,2	55,7	1806
Secondaire & +	5,6	72,9	9,8	1,9	2,9	2,7	2,9	1,3	100	88,3	83,3	639
Quintile de bien-être économique												
Le plus pauvre	,5	17,5	8,8	28,4	5,1	26,2	5,5	8,0	100	26,8	26,0	862
Pauvre	1,0	26,2	10,8	26,6	5,3	20,3	4,5	5,3	100	38,0	38,6	874
Moyen	3,8	33,0	15,5	17,5	5,5	14,8	5,3	4,5	100	52,3	48,4	890
Riche	2,6	50,6	15,7	9,1	4,8	11,2	3,6	2,4	100	68,9	65,9	785
Le plus riche	4,9	74,6	9,3	2,9	1,7	3,3	2,6	,8	100	88,7	83,0	714
RCA	**2,5**	**38,9**	**12,1**	**17,6**	**4,6**	**15,7**	**4,4**	**4,4**	**100**	**53,4**	**51,0**	**4126**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS indicateur 4; OMD indicateur 17** MICS indicateur 5

8.4 Mortalité maternelle

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont les principales causes directes de décès et d'infirmité chez les femmes en âge de procréer dans les pays en développement. On estime que 529.000 femmes meurent chaque année des suites d'accouchements à travers le monde. Et pour chaque femme qui meurt, à peu près 20 souffrent de lésions, d'infections et d'invalidités pendant la grossesse ou l'accouchement ; ce qui signifie qu'au moins 10 millions de femmes par an subissent ce type de complications.

La complication fatale la plus courante est l'hémorragie post-partum. La septicémie, les complications d'avortements dans des conditions insalubres ou d'un travail prolongé ou bloqué et les troubles hypertensifs de la grossesse, en particulier l'éclampsie, provoquent des décès supplémentaires. Ces complications, qui peuvent survenir à tout moment durant la grossesse et l'accouchement sans prévenir, nécessitent un accès rapide à des services obstétriques de qualité équipés pour administrer des médicaments d'une importance vitale, des antibiotiques et des transfusions et pour pratiquer des césariennes et d'autres interventions chirurgicales qui empêchent les décès provoqués par le blocage du travail, l'éclampsie et l'hémorragie rebelle, font partie des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU).

En effet, l'EDS-RCA 1994-1995 avait estimé par méthode indirecte le Taux de Mortalité Maternelle (TMM) à 898 décès maternels pour cent mille naissances vivantes. Récemment en 2003, ce TMM a été estimé à partir d'une distribution théorique des décès dus aux causes maternelles par groupe d'âges à 1355 décès maternels pour cent mille naissances vivantes suite au Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH03). Cette situation dramatique a mobilisé le Gouvernement qui s'est engagé dans le Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté (DSRP) à poursuivre les actions en faveur de l'accélération des mesures[4] en vue de la réduction de la mortalité maternelle d'ici à l'an 2010.

Méthode utilisée pour l'estimation de la mortalité maternelle

La mortalité maternelle se définit comme le décès d'une femme des causes liées à la grossesse. Ce décès peut intervenir pendant la grossesse ou dans les 42 jours qui suivent la fin de la grossesse. Dans le cadre de la MICS, le taux de mortalité maternelle est estimé en utilisant la méthode indirecte dite des sœurs[5]. Les informations nécessaires pour l'utilisation de cette méthode d'estimation sont obtenues en posant une série de questions aux membres adultes des ménages concernant la survie de leurs sœurs et le moment du décès par rapport à la grossesse, l'accouchement et la période post-partum pour les sœurs décédées. Les informations recueillies sont alors converties en risques à vie de mortalité maternelle et en quotients de mortalité maternelle.

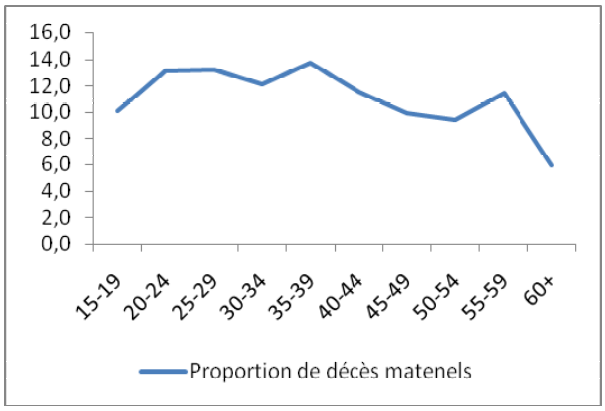
8.4.1 Estimation du taux de mortalité maternelle

Les résultats sur la mortalité maternelle sont présentés dans le Tableau RH.6. Les estimations sont faites à partir des informations collectées auprès d'un échantillon de 27109 membres de ménages âgés de 15 à plus de 60 ans auprès desquels on a dénombré 112326 sœurs en âge de procréer. Parmi ces dernières, on a enregistré 12734 cas de décès dont 1359 résultent des complications survenues au moment de la grossesse, de l'accouchement ou durant les 42 jours ayant suivi la fin de la grossesse durant les 12 dernières années précédant l'enquête, c'est-à-dire approximativement de 1994 à 2005. Sur la base de ces informations obtenues, on calcule la proportion de décès maternels pour chaque groupe d'âge.

[4] Cf. Plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2004-2015.
[5] Pour plus d'information sur la méthode indirecte des sœurs, voir OMS et UNICEF, 1997.

La Figure RH.6 ci-dessous indique que la proportion de décès maternels varie régulièrement avec l'âge. Passant de 10% entre 15 et 19 ans à 13% entre 25 et 29 ans, cette proportion décroît entre 30 et 34 ans pour ensuite atteindre son maximum entre 35 et 39 ans où près d'un décès de femme sur sept (14%) serait dû à des causes maternelles.

Figure RH.6: Proportion de décès maternel selon le groupe d'âges.



Le risque de décès maternel sur la durée de vie pour l'ensemble des femmes en âge de procréer (RDV) est égal à 0,03 ; ce qui signifie que pendant la période 1994-2005, trois femmes sur 100 étaient exposées au risque de décéder de causes maternelles. Ces ratios de mortalité restant élevés ; cela signifie qu'en RCA où l'on sait que la fécondité est précoce, les mesures classiques de protection de la santé maternelle notamment le suivi prénatal, pendant l'accouchement et après la naissance ne sont pas bien assurées sur toute l'étendue du territoire.

Le taux de mortalité maternelle est obtenu en recourant au risque de décès maternel sur la période de vie et prenant en compte l'Indice synthétique de fécondité (ISF) estimé à 5,1 enfants par femme pour la période approximative de 12 ans précédant l'enquête.

Ainsi, sur la période 1994-2005, le taux de mortalité maternelle est estimé à 596 décès maternels pour 100000 naissances vivantes. Ce niveau relativement faible comparativement aux résultats obtenus en 1995 (EDS-RCA) selon la même méthode signifierait que des progrès dans le domaine de la santé maternelle ont pu être enregistrés (soins prénatals, assistance à l'accouchement, soins post-natals, etc.).

En dépit de ce que cette estimation renseigne sur des indicateurs de mortalité maternelle sur une longue période antérieure, l'amélioration de la nutrition maternelle, les soins prénatals et la prise en charge immédiate des complications obstétricales avant, pendant et après l'accouchement restent des mesures à intensifier par le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires au développement (OMS, UNICEF, UNFPA etc.) pour la réduction du niveau des ratios de mortalité maternelle en RCA car il n'y a pire drame pour une femme que celui de mourir en donnant la vie.

Tableau RH.6: Taux de mortalité maternelle : Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie et pourcentage de sœurs décédées

Age de la personne interrogée	Nombre de répondant adulte du ménage	Sœurs ayant atteint 15 ans	Sœurs ayant atteint 15 ans (ajusté)	Sœurs ayant atteint 15 ans et décédées	Décès maternels	Facteur d'ajustement	Unités de vulnérabilité des sœurs	Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV)	Proportion de sœurs décédées des suites de couches
15-19	4620	8256	21826	717	72	0,107	2335	0,031	10,0
20-24	4657	10297	27219	1093	144	0,206	5607	0,026	13,1
25-29	4125	10233	27050	1265	168	0,343	9278	0,018	13,2
30-34	3151	8293	8293	1342	163	0,503	4171	0,039	12,1
35-39	2554	6936	6936	1290	177	0,664	4606	0,038	13,7
40-44	2071	5569	5569	1373	158	0,802	4466	0,035	11,5
45-49	1766	4699	4699	1210	119	0,900	4229	0,028	9,9
50-54	1540	4003	4003	1399	132	0,958	3835	0,034	9,4
55-59	860	2171	2171	814	93	0,986	2141	0,043	11,4
60+	1765	4560	4560	2231	133	1	4560	0,029	6,0
Total	27109	65017	112326	12734	1359	,	45228	0,03	10,7
Taux de mortalité maternelle*= **596 ;** *MICS Indicateur 3; OMD Indicateur 16									

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

Conclusion

Les résultats de l'enquête MICS3 indiquent qu'en dépit de quelques progrès enregistrés en matière de santé de la reproduction pour sauver des vies et préserver la bonne santé des mères et de leurs enfants, les objectifs escomptés d'ici à 2015 sont loins d'être atteints. En effet, bien que la mortalité maternelle soit passée de 898 décès maternels pour cent mille naissances vivantes en 1995 (EDS 1994/1995) à 596 décès maternels pour 100000 naissances vivantes en 2006, son niveau reste encore élevé et les facteurs de risques y associés demeurent également importants.

- Seulement 2 femmes sur 10 pratiquent une méthode quelconque de contraception et presque une femme sur 10 (9%) utilise la contraception moderne ;
- Bien que près de sept femmes enceintes sur 10 reçoivent des soins prénatals auprès d'un personnel qualifié, seulement une femme sur deux accouche avec l'assistance d'un personnel qualifié et seulement la moitié des femmes accouche dans une formation sanitaire ;
- Les femmes du milieu rural qui représentent 62% de la population féminine sont beaucoup plus défavorisées en matière des services de santé de reproduction que celles du milieu urbain, notamment dans les domaines de l'assistance aux soins prénatals par un personnel qualifié (56% contre 90%), de l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié (35% contre 83%) et de l'accouchement dans une formation sanitaire (36% contre 75%).

A neuf ans de l'échéance de 2015, année où tous les pays ayant souscrit à la déclaration du millénaire pour le développement, devraient réduire de trois quarts la mortalité maternelle, le Gouvernement centrafricain doit redoubler d'efforts en vue de minimiser les lourds tributs que paient et continuent de payer les femmes centrafricaines lorsqu'elles donnent naissance.

Des mesures énergiques en matière de santé de reproduction doivent être prises et mises en œuvre dans le cadre du Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) permettant ainsi à la RCA d'entrevoir avec beaucoup de sérénité sa marche vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), notamment la cible 6 de l'OMD5, les cibles 7 et 8 de l'OMD6.

IX. Développement de l'enfant

Il est bien reconnu qu'une période de développement rapide du cerveau a lieu au cours des 3 à 4 premières années de la vie et que la qualité des soins donnés à domicile est un déterminant majeur du développement de l'enfant durant cette période. Dans ce contexte, les activités des adultes avec les enfants, la présence de livres pour enfants dans la maison et les conditions de prise en charge sont des indicateurs importants de la qualité des soins donnés au sein des ménages. Un des objectifs d'un Monde Digne des Enfants est que les "enfants doivent être physiquement sains, mentalement alertes, émotionnellement stables, socialement compétents et prêts à apprendre".

Conformément à l'objectif N°1 du nouvel agenda global pour les enfants, l'approche intégrée pour le développement global de l'enfant a été retenue comme stratégie clé pour l'Afrique Occidentale et Centrale pour mieux faire bénéficier l'enfant d'un bon départ dans la vie. La République Centrafricaine a adoptée cette nouvelle stratégie qui figure en bonne place sur la liste des priorités du programme de coopération RCA/UNICEF. Un cadre institutionnel a été crée à cet effet, et se matérialise par la mise en œuvre de l'approche DIJE (Développement Intégral du Jeune Enfant) initiée dans la sous préfecture de Boda et dont les actions de mise à l'échelle dans les autres préfectures du pays est en cours de réalisation.

Ce chapitre présente les résultats de l'enquête MICS 3 sur le développement de l'enfant. Des informations sur un grand nombre d'activités qui soutiennent l'apprentissage précoce ont été recueillies dans le cadre de cette enquête. Elles sont relatives à l'implication des adultes avec des enfants dans les activités suivantes: lire des livres ou regarder les images des livres, raconter des histoires, chanter, promener les enfants en dehors de la maison, de la concession ou de la cour, jouer avec les enfants, et passer du temps avec les enfants à désigner, compter ou dessiner des choses.

9.1 Participation des enfants aux activités d'apprentissage

Au niveau national, un peu plus d'un enfant de moins de cinq ans sur deux vivent dans les ménages où les membres adultes s'engagent dans quatre activités ou plus de promotion de l'apprentissage et de préparation à la scolarisation.

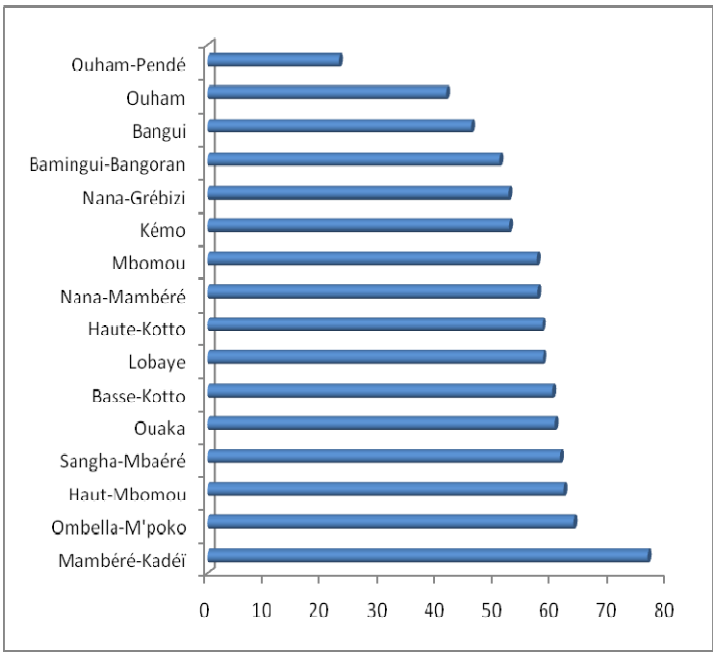
Les pères des enfants censés s'impliquer davantage dans une activité ou plus de promotion de l'apprentissage et de l'initiation à la scolarisation de leurs enfants semblent ne pas jouer pleinement leur rôle : à peine un tiers des enfants ont effectivement bénéficié de la présence de leurs pères. Bien que 53% des enfants de 0 à 59 mois bénéficient de l'implication des membres du ménage dans au moins quatre activités d'apprentissage, 36% d'entre eux vivent dans des ménages dont les pères s'engagent dans au moins une activité de promotion d'apprentissage.

Ces résultats mettent en exergue l'existence de pesanteurs qui empêchent les parents notamment les pères des enfants à s'engager dans les activités d'apprentissage avec leurs enfants. L'implication des adultes dans les activités d'apprentissage ne varie pas considérablement selon le sexe de l'enfant. De même on n'observe aucune disparité entre les milieux de résidence.

Par contre on observe une certaine disparité au niveau des régions. En effet, il résulte de l'analyse faite au niveau régional que la région 3 présente une situation guère brillante avec seulement 30% des enfants ayant bénéficié de l'encadrement d'un adulte. Dans cette région les enfants qui résident dans l'Ouham-Pendé (23%) et ceux de l'Ouham (42%),

vraisemblablement en raison de la psychose résultant de l'insécurité qui a prévalue après les conflits militaro-politiques, voire ceux de la capitale Bangui (46%) sont moins nantis que leurs congénères qui résident dans les autres préfectures situées hors des conflits.

Figure CD.1 : Proportion des enfants bénéficiant de l'encadrement d'un adulte dans les activités d'apprentissage



L'analyse au niveau préfectoral indique que le pourcentage le plus bas des enfants de moins de 5 ans dont les pères s'engagent dans une activité de promotion de l'apprentissage et de la préparation aux études de leurs enfants est observé dans la Nana-Mambéré (16%), tandis qu'il est élevé dans le Bamingui-Bangoran (51%) et l'Ouham (52%).

Par ailleurs, dans toutes les régions administratives, moins de 50% des enfants âgés de moins de 5 ans bénéficient du soutien de leur père dans une activité ou plus de la promotion de l'apprentissage et de la préparation aux études.

Les résultats de l'enquête ne montrent aucune disparité selon le sexe de l'enfant. Par contre, la proportion des enfants ayant bénéficié de l'encadrement des adultes dans les activités d'apprentissage augmente sensiblement avec l'âge passant de 43% à 60% respectivement chez les enfants de 0 à 23 mois à ceux de 24 à 59 mois.

Les enfants des mères n'ayant aucune instruction bénéficient moins souvent du soutien des adultes pour la promotion de leur apprentissage et de leur initiation à la scolarisation (49%) que ceux des mères du primaire (56%), ou secondaire et plus (58%). Le niveau d'instruction de la mère n'a pas d'incidence sur l'engagement du père dans les activités d'apprentissage et de l'initiation à la scolarisation de l'enfant.

L'implication des pères sans instruction dans les activités d'apprentissage de leurs enfants (36%) est plus faible que celle des pères de niveau secondaire ou plus (47%). S'agissant du statut du bien être économique du ménage, les résultats de l'enquête n'indiquent aucune disparité entre les ménages. Les enfants vivant dans un ménage sans père naturel sont plus défavorisés que ceux vivant avec le père biologique.

Tableau CD.1: Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois dont les parents s'engagent dans des activités de promotion de l'apprentissage et de préparation aux études.

Caractéristiques	Pourcentage d'enfants de 0-59 mois					Nombre d'enfants âgés de 0-59 mois
	Dont les membres du ménage s'engagent dans quatre activités ou plus de promotion, de l'apprentissage et de préparation aux études *	Nombre moyen d'activités dans lesquelles les membres du ménage s'engagent avec les enfants	Dont le père s'engage dans une activité ou plus de promotion de l'apprentissage, et de préparation aux études **	Nombre moyen d'activités pour lesquels le père est engagé avec l'enfant	Vivant dans un ménage sans son père naturel	
Sexe						
Masculin	53,8	3,2	38,0	,9	27,8	4858
Féminin	52,6	3,2	34,8	,8	28,1	4727
Milieu de résidence						
Urbain	53,8	3,3	39,3	,9	34,8	3552
Rural	52,9	3,1	34,7	,8	24,0	6033
Préfecture						
Ombella-M'poko	63,6	3,7	46,2	1,0	31,6	841
Lobaye	58,3	3,5	37,6	1,2	26,4	627
Mambéré-Kadéï	76,5	4,2	34,3	,9	31,6	1175
Nana-Mambéré	57,3	3,6	16,4	,3	16,8	601
Sangha-Mbaéré	61,3	3,7	46,4	1,4	29,7	475
Ouham-Pendé	22,8	1,7	18,4	,3	22,2	1224
Ouham	41,5	2,7	52,4	1,0	24,7	742
Kémo	52,5	3,2	37,7	,8	19,3	235
Nana-Grébizi	52,4	3,0	44,9	1,0	30,1	209
Ouaka	60,4	3,2	40,5	,8	27,8	681
Haute-Kotto	58,2	3,4	29,1	,7	26,6	170
Bamingui-Bangoran	50,7	3,0	51,1	1,0	24,0	97
Basse-Kotto	60,0	3,3	47,3	1,3	17,3	540
Mbomou	57,2	3,6	37,1	,9	31,8	405
Haut-Mbomou	61,9	3,6	30,8	1,0	42,9	96
Bangui	45,9	3,0	36,8	,8	37,5	1465
Région administrative						
Région 1	61,3	3,6	42,5	1,1	29,4	1469
Région 2	68,1	3,9	32,1	,9	27,2	2251
Région 3	29,9	2,1	31,2	,6	23,2	1966
Région 4	57,2	3,2	40,8	,9	26,5	1125
Région 5	55,4	3,2	37,1	,8	25,7	267
Rural	52,9	3,1	34,7	,8	24,0	6033
Région 7	45,9	3,0	36,8	,8	37,5	1465
Age de l'enfant						
0-23 mois	43,0	2,8	33,0	,7	26,8	4027
24-59 mois	60,7	3,5	38,9	,9	28,8	5558
Niveau d'instruction de la mère						
Sans niveau	48,7	3,0	35,0	,8	20,7	4125
Primaire	56,0	3,3	36,5	,9	32,2	4007
Secondaire & +	57,6	3,5	39,9	,9	36,9	1410
Niveau d'instruction du père						
Sans niveau	47,5	3,0	36,4	,9	,0	1229
Primaire	54,3	3,2	45,3	1,1	,0	3239
Secondaire & +	55,8	3,3	**47,0**	1,1	,0	2364
Père pas dans le ménage	53,1	3,3	16,9	,4	100,0	2299
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	49,3	3,0	33,4	,8	27,0	2013
Pauvre	53,0	3,2	33,9	,8	24,6	2045
Moyen	52,9	3,2	38,0	,9	25,6	2075
Riche	56,6	3,4	39,6	,9	32,1	1855
Le plus riche	54,9	3,4	37,6	,9	31,8	1596
Total	**53,2**	**3,2**	**36,4**	**,9**	**28,0**	**9585**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS indicateur

9.2 Accessibilité des enfants aux livres

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

9.2.1 Ménages disposant des livres pour non-enfants

Au niveau national, près de deux enfants âgés de 0 à 59 ans sur dix vivent dans des ménages où il y a au moins 3 livres pour adultes. Dans les ménages urbains, les enfants ont davantage de livres pour adultes (au moins 3) que ceux des ménages ruraux (37% contre 13%). Il n'est pas garanti que les enfants de moins de 5 ans qui disposent dans leurs ménages des livres pour adultes puissent y accéder à cause du contenu qui n'est pas à leur niveau, mais aussi de la méfiance des adultes vis-à-vis des enfants par rapport à l'entretien de ces livres.

Au niveau préfectoral, le pourcentage des enfants des ménages qui disposent d'au moins 3 livres pour non-enfants est plus faible dans le Mbomou (8%), tandis qu'il est plus élevé à Bangui (46%). En dehors de Bangui, les enfants des préfectures de la Ouaka (23%), de la Lobaye (24%) et de l'Ombella-M'poko (34%) vivent dans des ménages qui disposent d'au moins 3 livres pour adulte. Ces trois préfectures présentent une situation plus ou moins satisfaisante comparativement à la moyenne nationale qui est de 22%.

Par rapport aux régions administratives, seules les région7 (Bangui) et 1 ont une forte proportion d'enfants qui vivent dans des ménages disposant d'au moins 3 livres pour adultes (respectivement 46% et 30%).

Les enfants vivant dans les ménages dont les mères sont non instruites (11%) ou de niveau primaire (22%), ont moins de livres pour adulte à leur disposition que ceux dont les mères sont de niveau secondaire et plus (51%). De même, seulement 16% des enfants des ménages plus pauvres et pauvres et 18% du niveau économiquement moyen disposent d'au moins 3 livres pour adultes dans leurs ménages contre 32% chez les enfants des ménages riches et 51% chez les plus riches.

9.2.2 Ménages disposant des livres pour enfants

Au niveau national, seulement 6% des enfants de moins de 5 ans disposent d'au moins 3 livres pour enfants dans leurs ménages. Les enfants du milieu rural (3%) sont défavorisés par rapport que ceux du milieu urbain (12%).

Au niveau préfectoral, le niveau le plus faible des enfants de moins de 5 ans qui ont au moins 3 livres pour enfants dans les ménages, est constaté dans l'Ouham (2%), tandis que le niveau le plus élevé se situe à Bangui avec (15%). En dehors de Bangui la capitale, la proportion des enfants disposant d'au moins 3 livres dans le ménage ne dépasse pas 10%.

En ce qui conserne les régions administratives, en dehors de la région 7 (Bangui avec 15%), aucun enfant des autres régions ne bénéficie de ce privilège. Il n'existe pas de différence significative selon le sexe et l'âge des enfants. Par contre, les enfants des mères sans niveau d'instruction (2%) et ceux des mères du niveau primaire (5%) ont moins de chance d'avoir 3 livres pour enfants dans leurs ménages que ceux des mères du niveau secondaire et plus (19%). Les enfants des ménages plus riches disposent à plus de 18% d'au moins 3 livres pour enfants tandis que cette proportion varie de 8% chez les riches à 2% chez les pauvres et plus pauvres.

9.2.3 Différents types de jouets utilisés par les enfants

Les jouets dans le cadre de la MICS incluaient des objets du ménage, des jouets fabriqués à la maison, des jouets venant d'un magasin et des objets et matériaux trouvés en dehors de la maison.

Au niveau national, moins de trois enfants âgés de 0 à 59 mois sur 10 ont trois jouets ou plus pour s'amuser chez eux (26%), tandis que 27% n'en disposent pas du tout. Les principaux types de jouets sont respectivement les objets et matériels trouvés hors du ménage (48%), les objets domestiques (48%), les jouets fabriqués à la maison (37%) et les jouets achetés dans un magasin (24%). Il n'existe pas de disparité entre les enfants du milieu urbain et ceux du milieu rural.

Au niveau préfectoral, la proportion des enfants qui ont trois jouets ou plus est plus faible dans la Nana-Mambéré (14%), comparée aux niveaux enregistrés dans la Lobaye (37%) et à Bangui (37%). En dehors de Bangui où les enfants s'amusent le plus souvent avec les jouets achetés dans le magasin (65%), les objets et matériels trouvés hors du ménage et les objets domestiques constituent les jouets de prédilection des enfants dans les préfectures.

Au niveau régional, les enfants de la région 2 (19%) et de la région 3 (19%) sont moins nombreux à utiliser trois jouets contrairement à ceux des régions 1 (34%) et 7 (37%).. Il est à noter qu'à peu près plus de la moitié des enfants dans l'ensemble des régions s'amusent avec des objets domestiques suivi d'objets et matériels trouvés hors du ménage.

Il n'existe pas de disparité dans l'utilisation de trois jouets ou plus selon les sexes. Par contre par rapport à l'âge, les enfants de 24 à 59 mois sont plus nombreux (32%) à s'amuser avec trois jouets et plus que ceux de la tranche d'âges de 0 à 23 mois (17%).

Les enfants des ménages dont les mères sont du niveau secondaire et plus utilisent à plus de 34% trois jouets et plus tandis que ceux des mères du niveau primaire et sans niveau ne représentent respectivement que 26% et 22%. De même, les enfants des ménages plus pauvres (18%), pauvres (22%) et ceux du niveau économique moyen (25%) disposent moins souvent de trois jouets et plus comparé aux enfants des ménages riches (32%) et plus riches (35%).

Tableau CD.2 : Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois vivant dans un ménage possédant du matériel d'apprentissage

Caractéristiques	3 livres d'adultes ou plus *	Nombre médian de livres pour adultes	3 livres d'enfants ou plus **	Nombre médian de livres pour enfants	Enfant joue avec :					3 types de jouets mentionnés ou plus ***	Nombre d'enfants âgés de 0-59 mois
					Objets domestiques	Objets et matériels trouvés hors du ménage	Jouets fabriqués à la maison	Jouets achetés dans un magasin	Pas de jouets mentionnés		
Sexe											
Masculin	22,7	,0	6,6	,0	47,5	47,6	36,9	24,0	27,1	25,2	4858
Féminin	20,9	,0	5,6	,0	51,8	48,9	34,8	22,7	27,2	26,5	4727
Milieu											
Urbain	37,5	1,0	11,7	,0	48,2	48,4	42,7	46,6	16,8	31,3	3552
Rural	12,6	,0	2,8	,0	50,4	48,1	31,8	9,7	33,3	22,6	6033
Préfecture											
Ombella-M'poko	33,9	,0	8,1	,0	41,5	39,4	35,7	44,4	33,9	31,0	841
Lobaye	24,4	,0	2,2	,0	60,7	68,8	47,2	9,3	22,4	37,0	627
Mambéré-Kadéi	14,8	,0	2,2	,0	49,9	43,4	31,3	15,8	22,3	20,2	1175
Nana-Mambéré	14,6	,0	3,6	,0	48,4	36,2	22,0	14,9	37,3	14,0	601
Sangha-Mbaéré	13,8	,0	6,3	,0	54,8	55,6	37,4	34,4	25,0	31,8	475
Ouham-Pendé	9,1	,0	7,3	,0	35,8	32,8	25,6	12,2	53,3	18,1	1224
Ouham	16,9	,0	2,0	,0	60,0	58,9	35,7	4,7	19,3	20,8	742
Kémo	17,0	,0	2,8	,0	39,9	50,6	39,1	17,1	34,2	29,4	235
Nana-Grébizi	20,3	,0	3,7	,0	59,1	52,5	26,0	5,3	23,2	14,9	209
Ouaka	23,3	,0	6,1	,0	52,4	58,7	30,1	11,7	20,7	16,7	681
Haute-Kotto	17,5	,0	5,1	,0	35,0	52,5	25,7	19,6	38,6	22,7	170
Bamingui-Bangoran	13,4	,0	5,6	,0	55,7	47,2	34,5	7,7	25,7	20,6	97
Basse-Kotto	14,3	,0	2,8	,0	66,0	63,0	36,4	5,0	27,1	33,3	540
Mbomou	7,6	,0	3,4	,0	58,7	61,9	43,2	5,7	20,5	30,4	405
Haut-Mbomou	20,0	,0	3,9	,0	53,3	57,1	39,6	10,9	17,7	17,9	96
Bangui	46,3	2,0	14,9	,0	45,8	42,4	50,7	64,8	11,8	37,1	1465
Région administrative											
Région 1	29,9	,0	5,6	,0	49,7	51,9	40,6	29,4	29,0	33,5	1469
Région 2	14,5	,0	3,5	,0	50,5	44,0	30,1	19,5	26,9	21,0	2251
Région 3	12,0	,0	5,3	,0	44,9	42,7	29,4	9,4	40,5	19,1	1966
Région 4	21,5	,0	5,0	,0	51,0	55,9	31,2	11,7	24,0	19,1	1125
Région 5	16,0	,0	5,2	,0	42,5	50,6	28,9	15,3	33,9	22,0	267
Région 6	12,2	,0	3,1	,0	62,0	62,0	39,4	5,8	23,7	30,7	1041
Région 7	46,3	2,0	14,9	,0	45,8	42,4	50,7	64,8	11,8	37,1	1465
Age											
0-23 mois	21,3	,0	5,4	,0	39,1	34,1	24,8	20,3	41,2	17,3	4027
24-59 mois	22,2	,0	6,6	,0	57,2	58,4	43,8	25,6	17,0	32,1	5558
Niveau d'instruction de la mère											
Sans niveau	11,2	,0	2,4	,0	49,8	48,4	31,9	11,5	32,4	22,1	4125
Primaire	22,3	,0	5,3	,0	50,1	49,3	36,1	24,1	26,6	26,4	4007
Secondaire & +	51,3	3,0	19,1	,0	47,2	44,6	45,9	55,6	13,9	34,4	1410
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	5,7	,0	,5	,0	50,6	48,9	28,5	3,9	34,0	17,7	2013
Pauvre	10,0	,0	1,9	,0	48,1	48,5	30,8	8,5	34,7	21,6	2045
Moyen	17,5	,0	4,2	,0	50,5	48,4	36,3	15,9	29,7	25,4	2075
Riche	31,9	,0	8,1	,0	52,5	46,9	40,2	38,0	20,7	31,7	1855
Le plus riche	51,2	3,0	18,6	,0	45,8	48,5	45,8	59,5	13,3	35,4	1596
Total	21,8	,0	6,1	,0	49,6	48,2	35,8	23,3	27,2	25,9	9585

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS indicateur 49** MICS indicateur 48*** MICS indicateur 50

9.2.4 Surveillance des enfants laissés seuls ou avec d'autres enfants

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

Au niveau national, un peu plus de 4 enfants âgés de moins de cinq ans sur 10 ont été laissés sous une garde inadéquate au cours de la semaine dernière ayant précédé l'enquête. Pratiquement autant d'enfants (41%) sont laissés sous la surveillance d'autres enfants de moins de 10 ans, tandis que 22% ont été laissés seuls durant la semaine qui a précédé l'enquête.

Selon les milieux de résidence, les tendances sont plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural. Au niveau régional, les régions 1 et 7 présentent des situations préoccupantes. En effet, la région 7 (Bangui) et la région 1 (limitrophe de Bangui) ont les plus fortes proportions (respectivement 49% et 52%) des enfants qui ont été laissés sous une garde inadéquate au cours de la semaine ayant précédée l'enquête.

Aucune disparité significative n'a été observée selon le sexe de l'enfant. Cependant, la prévalence d'une prise en charge inadéquate est légèrement plus élevée chez les enfants dont les mères ont un niveau d'éducation secondaire (49%), par rapport aux enfants dont les mères n'ont aucun niveau d'éducation (42%).

Les enfants âgés de 24 à 59 mois ont davantage été laissés sans surveillance (49%) que ceux âgés de 0 à 23 mois (29%). En ce qui concerne le statut socio-économique du ménage, les enfants des ménages riches sont ceux qui sont les plus laissés sous la garde d'enfants de moins de 10 ans (47%) ou sous une garde inadéquate au cours de la semaine dernière (51%).

Tableau CD.3: Enfants laissés seuls sans surveillance ou avec d'autres enfants : Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois confiés à d'autres enfants de moins de 10 ans ou laissés seuls au cours de la dernière semaine, RCA, 2006

Caractéristiques	Laissés sous la garde d'enfants de moins de 10 ans au cours de la semaine dernière	Laissés seuls au cours de la semaine dernière	Laissés sous une garde inadéquate au cours de la semaine dernière *	Nombre d'enfants âgés de 0-59 mois
Sexe				
Masculin	39,2	21,9	42,3	4858
Féminin	41,9	22,0	45,6	4727
Milieu de résidence				
Urbain	43,6	25,8	47,5	3552
Rural	38,7	19,7	41,9	6033
Préfecture				
Ombella-M'poko	40,4	30,3	44,5	841
Lobaye	61,5	20,1	62,4	627
Mambéré-Kadéï	48,4	17,7	50,0	1175
Nana-Mambéré	40,5	13,2	42,1	601
Sangha-Mbaéré	33,4	15,7	35,7	475
Ouham-Pendé	33,9	27,7	40,3	1224
Ouham	27,6	19,8	36,6	742
Kémo	45,6	33,6	47,2	235
Nana-Grébizi	27,4	16,6	34,2	209
Ouaka	46,1	25,5	46,9	681
Haute-Kotto	25,1	4,8	25,7	170
Bamingui-Bangoran	29,0	19,7	32,6	97
Basse-Kotto	35,9	13,9	37,4	540
Mbomou	32,5	16,9	33,8	405
Haut-Mbomou	34,0	24,3	37,2	96
Bangui	45,0	27,0	49,2	1465
Région administrative				
Région 1	49,4	26,0	52,2	1469
Région 2	43,1	16,1	44,9	2251
Région 3	31,6	24,7	38,9	1966
Région 4	42,5	25,5	44,6	1125
Région 5	26,5	10,2	28,2	267
Région 6	34,4	16,0	36,0	1041
Région 7	45,0	27,0	49,2	1465
Age				
0-23	28,8	14,2	31,2	4027
24-59	49,0	27,6	53,2	5558
Niveau d'instruction de la mère				
Sans niveau	38,0	21,2	41,5	4125
Primaire	41,1	21,7	44,6	4007
Secondaire & +	45,5	25,0	48,8	1410
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	35,6	21,5	39,0	2013
Pauvre	39,5	19,9	42,9	2045
Moyen	39,1	20,7	43,0	2075
Riche	47,2	26,4	50,9	1855
Le plus riche	42,0	21,8	44,7	1596
Total	40,5	22,0	44,0	9585

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS indicateur 51

Conclusion

Les résultats de l'enquête MICS-3 indiquent que la participation des membres du ménage aux activités d'apprentissage de l'enfant est moyenne (53%) au niveau national. La participation des parents et surtout du père est quelque peu limitée en raison des habitudes socioculturelles. L'utilisation des livres pour enfant est très limitée surtout dans les zones rurales (3%) par rapport aux zones urbaines (12%).

Même dans la préfecture de la Lobaye où l'approche DIJE a été initiée, les progrès ne sont pas significatifs. En effet, bien que 58% des parents s'engagent dans les activités d'apprentissage et de préparation aux études dans cette préfecture, seulement 2% des ménages disposent d'au moins 3 livres pour enfant. Par ailleurs, 69% des enfants utilisent des objets trouvés hors du ménage en guise de jouets. Dans cette même préfecture, plus de 62% des enfants sont laissés sous une garde inadéquate.

Au niveau régional, les enfants de moins de 5 ans de certaines régions sont défavorisées à l'exemple de la région 3 qui présente un écart très élevé par rapport à l'implication des parents dans la promotion de l'apprentissage comparé à la moyenne nationale.

La participation des parents aux activités d'éveil des enfants n'est pas encore devenue une pratique courante au sein de la population centrafricaine. Même si dans l'ensemble, dans certains ménages on note des efforts déployés pour l'encadrement des enfants, à travers la mise à disposition de livres et de jouets pour stimuler le développement cognitif des enfants, ceci reste visible surtout dans le milieu urbain et au sein des ménages dont les parents sont instruits et riches.

La vulgarisation de l'approche intégrée de prise en charge des enfants (DIJE) pourrait contribuer à améliorer la situation et donner les mêmes chances aux enfants défavorisés afin de prendre un bon départ dans la vie.

X. Education

L'éducation est incontestablement de nos jours un défi majeur pour tous les pays en développement. Cette problématique est d'autant plus préoccupante pour l'Afrique Subsaharienne en raison non seulement de la pauvreté, mais de la persistance de multiples crises militaro-politiques et de la pandémie du VIH/SIDA qui ont durement affecté leurs systèmes éducatifs. La RCA qui jusqu'en l'an 2000 avait enregistré de faibles performances en matière d'éducation devrait tout mettre en œuvre afin d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui visent, entre autres, la promotion de l'éducation de base de qualité ainsi que l'élimination des disparités entre les sexes à tous les niveaux de l'enseignement d'ici à l'an 2015.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces recommandations mondiales, la RCA a récemment adopté en 2004, le Plan National d'Action de l'Education Pour Tous (PNA-EPT) dont les principaux axes d'intervention ont été repris dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Ces principaux axes d'intervention en matière d'éducation visent : (i) l'accroissement de l'offre éducative, (2) l'amélioration du pourcentage des élèves achevant le cycle primaire (3) l'amélioration de la rétention, (4) la sensibilisation et mobilisation de tous les partenaires, (5) l'amélioration de la capacité d'accueil et de la pertinence des enseignements au niveau du fondamental 2.

L'enquête MICS3 réalisée en 2006, offre la possibilité de disposer des indicateurs de départ pour le suivi de la première phase de la mise en œuvre du DSRP 2008-2010. Ce chapitre traite du préscolaire, de l'enseignement primaire, secondaire et de l'alphabétisation des jeunes.

10.1 Education préscolaire

L'éducation préscolaire joue un rôle important dans le cadre d'un enseignement organisé en prédisposant les jeunes enfants à fréquenter un établissement primaire. Un des objectifs d'un Monde digne des enfants est la promotion de l'éducation de la petite enfance

10.1.1 Taux brut de scolarisation préscolaire

Le pourcentage des enfants ayant suivi un programme d'enseignement préscolaire au niveau national est très faible car à peine un enfant sur dix âgé de 36 à 59 mois suit un programme d'éducation préscolaire (Tableau ED.1). Les disparités sont criantes entre les milieux de résidence : les enfants qui vivent dans les milieux urbains (12%) ont deux fois plus de chance de fréquenter un établissement préscolaire que ceux des zones rurales (7%). On note que quelque soit le sexe, les enfants ont les mêmes opportunités de fréquenter un établissement préscolaire. Par ailleurs les résultats de l'enquête indiquent que le pourcentage des enfants fréquentant le préscolaire augmente avec leur âge passant de 6% chez les enfants âgés de 36 à 47 mois à 12% chez ceux âgés de 48 à 59 mois.

Au niveau des préfectures, on constate avec surprise que l'Ouham-Pendé (17%) enregistre le pourcentage d'enfants préscolarisés le plus élevé au niveau national . La capitale Bangui et la Nana-Mambéré (14%) occupent la deuxième place au niveau national en matière d'éducation de la petite enfance. Deux autres préfectures : l'Ombella-M'poko et la Ouaka (11%) réalisent également des performances appréciables par rapport à la moyenne nationale. Quant aux autres préfectures des efforts considérables restent à déployer dans ce domaine.

Le niveau d'instruction de la mère influence dans une certaine mesure la chance pour un enfant de fréquenter un établissement préscolaire. En effet, le pourcentage des enfants dont la

mère est de niveau secondaire ou supérieur (17) est presque deux fois supérieur à celui dont la mère est de niveau primaire (9%) ou sans niveau d'instruction (6%).

S'agissant du niveau de bien–être économique du ménage, les résultats de l'enquête indiquent que le taux de fréquentation au préscolaire est d'autant plus élevé que les enfants appartiennent aux ménages riches (10%) ou plus riches (17%).

10.1.2 Prédisposition à la scolarisation

L'éducation préscolaire prépare normalement un enfant à faire son entrée au primaire, en lui donnant les rudiments de base, le socialisant hors de son milieu familial, développant en lui la motricité pour le graphisme et éveillant ses sens. Le pourcentage des enfants fréquentant le primaire et qui étaient au préscolaire l'année précédente est un indicateur important de la prédisposition à la scolarisation. Le tableau ED.1 indique qu'au total, 14% seulement des enfants âgés de 6 ans au moment de l'enquête en première année du primaire étaient scolarisés dans un établissement préscolaire l'année précédente. Les filles (19%) ont plus d'opportunité que les garçons (12%). De même, les enfants qui résident dans les milieux urbains (16%) sont légèrement favorisés par rapport à ceux des zones rurales (14%).

Le pourcentage des enfants inscrits en première année du primaire, ayant suivi un programme d'enseignement préscolaire, varie considérablement selon la préfecture et la région. Dans l'Ombella-M'poko et la Haute-Kotto par exemple, un tiers des enfants inscrits en première année du primaire ont fréquenté l'année précédente un établissement préscolaire. Dans la Ouaka et la Basse-Kotto c'est environ un quart des enfants qui sont dans la même situation. A Bangui et dans la Nana-Mambéré, à peine un enfant sur cinq est prédisposé à la scolarisation. Au niveau régional, les régions 3 et 7 ont le pourcentage le plus élevé d'enfants ayant fréquenté un établissement préscolaire.

Les enfants issus de mères plus instruites (17%) sont les plus nombreux à fréquenter un établissement préscolaire. Cependant, on remarque que le pourcentage des enfants admis en première année du primaire est quasi-identique pour tous les enfants.

Tableau ED.1: Education pré scolaire : Pourcentage d'enfants âgés de 36-59 mois admis en première année du primaire et ayant suivi un enseignement préscolaire, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage enfants de 36-59 mois fréquentant un établissement enseignement pré scolaire*	Nombre enfants de 36-59 mois	Pourcentage enfants admis en première année enseignement primaire ayant suivi un programme enseignement pré scolaire**	Nombre enfants admis en première année enseignement primaire
Sexe				
Masculin	8,8	1815	11,6	141
Féminin	8,4	1797	18,8	120
Milieu				
Urbain	12,2	1291	16,3	127
Rural	6,6	2321	13,6	134
Préfecture				
Ombella-M'poko	10,7	317	33,3	29
Lobaye	7,5	217	4,1	14
Mambéré-Kadéi	2,3	466	,0	18
Nana-Mambéré	13,8	237	20,5	6
Sangha-Mbaéré	5,6	190	7,9	16
Ouham-Pendé	17,0	481	5,0	45
Ouham	,0	287	,0	7
Kémo	2,2	77	14,3	8
Nana-Grébizi	1,6	83	17,2	7
Ouaka	11,1	253	24,8	10
Haute-Kotto	3,9	66	34,8	6
Bamingui-Bangoran	1,0	39	,0	2
Basse-Kotto	5,6	192	26,1	9
Mbomou	4,0	152	14,8	7
Haut-Mbomou	6,1	35	,0	1
Bangui	13,7	519	18,2	74
Age de l'enfant				
36-47 mois	5,8	1936	.	0
48-59 mois	11,9	1676	.	0
6 ans	.	0	14,9	261
Niveau d'instruction de la mère				
Sans niveau	6,0	1646	12,7	66
Primaire	8,6	1453	14,2	125
Secondaire & +	16,7	501	15,7	68
Région administrative				
Région 1	9,4	535	23,8	43
Région 2	6,1	893	6,1	40
Région 3	10,6	768	4,3	52
Région 4	7,5	413	19,3	24
Région 5	2,8	106	27,2	8
Région 6	5,0	379	19,4	18
Région 7	13,7	519	18,2	74
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	4,1	738	25,4	24
Pauvre	5,7	793	9,7	59
Moyen	7,7	800	5,7	46
Riche	10,3	700	16,2	54
Le plus riche	17,4	581	20,3	78
Total	**8,6**	**3612**	**14,9**	**261**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006*
MICS Indicateur 52** MICS Indicateur 53

10.2 Education de base

L'accès de tous les enfants à une éducation de base et l'achèvement du cycle primaire par ceux-ci, constituent l'un des buts les plus importants des Objectifs du Millénaire pour le Développement et d'un Monde Digne des Enfants. L'éducation est une condition essentielle de la lutte contre la pauvreté, de la responsabilisation des femmes, de la protection des enfants contre le travail dangereux, l'exploitation par le travail et l'exploitation sexuelle, ainsi que de la promotion des droits humains et la démocratie, de la protection de l'environnement et de l'influence sur la croissance démographique.

10.2.1 Nouvelles inscriptions au primaire

L'âge officiel de scolarisation au primaire est fixé à 6 ans en RCA. Cependant, à peine 13% des enfants ayant atteint l'âge légal d'inscription au primaire fréquentent effectivement. Le taux d'inscription au primaire des garçons (14%) est légèrement plus élevé que celui des filles (11%). Ce qui signifie que les parents accordent une légère préférence pour la scolarisation des garçons au détriment des filles. Toutefois on note une certaine disparité entre les milieux de résidence : les enfants qui résident en milieu urbain sont mieux scolarisés à temps opportun, que ceux qui résident dans les zones rurales.

Le tableau ED.2 indique par ailleurs de grandes disparités entre préfecture et région de résidence. Le taux de nouvelles inscriptions au primaire est quelque peu élevé à Bangui (27%) que dans les autres préfectures. Au niveau régional les taux sont notablement faibles dans les régions 2 et 6.

Tableau ED.2 : Admission à l'école primaire : Pourcentage d'enfants ayant l'âge d'entrée à l'école primaire et admis en 1ère année du primaire (CI), RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage d'enfants ayant l'âge d'entrée à l'école primaire (6 ans) et présentement inscrit en première année (CI) *	Nombre total d'enfants ayant l'âge d'entrée à l'école primaire **
Sexe		
Masculin	14,0	1006
Féminin	12,1	989
Milieu de résidence		
Urbain	17,3	734
Rural	10,6	1260
Préfecture		
Ombella-M'poko	17,1	171
Lobaye	10,4	136
Mambéré-Kadéi	8,1	227
Nana-Mambéré	4,2	136
Sangha-Mbaéré	14,6	112
Ouham-Pendé	16,0	280
Ouham	5,2	142
Kémo	16,5	49
Nana-Grébizi	12,6	53
Ouaka	7,0	138
Haute-Kotto	17,6	36
Bamingui-Bangoran	9,4	19
Basse-Kotto	8,1	115
Mbomou	8,1	91
Haut-Mbomou	9,1	16
Bangui	27,1	273
Région administrative		
Région 1	14,1	307
Région 2	8,5	475
Région 3	12,4	422
Région 4	10,2	240
Région 5	14,8	55
Région 6	8,2	222
Région 7	27,1	273
Niveau d'instruction de la mère		
Sans niveau	7,2	914
Primaire	16,2	773
Secondaire & +	23,0	296
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	5,8	407
Pauvre	13,5	434
Moyen	11,1	417
Riche	13,9	390
Le plus riche	22,4	346
Total	**13,1**	**1994**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales,
MICS 2006* MICS Indicateur 54

La chance pour un enfant d'être inscrit dépend outre mesure du niveau d'instruction de la mère et du statut économique du ménage. En effet, le pourcentage d'enfants ayant l'âge d'entrée à l'école primaire (6 ans) et présentement inscrits en première année (CI) est plus élevé chez les enfants issus des mères plus instruites (23%) que ceux dont les mères ne sont jamais scolarisées (7%) ou de niveau primaire (16%). Ce taux varie également de 22% à 66% respectivement chez les enfants issus de ménages pauvres à ceux des ménages les plus riches.

10.2.2 Taux brut de scolarisation au primaire

Le taux brut de scolarisation au primaire est le rapport de l'effectif des enfants inscrits à ce cycle sur l'effectif total des enfants d'âge scolaire âgés de 6 à 11 ans. Le taux brut de scolarisation au primaire évalué à 103% est particulièrement élevé et s'explique de prime abord par des taux de nouvelles inscriptions au primaire très faible et des taux de redoublement très élevés ainsi que l'entrée tardive en première année. Les zones urbaines enregistrent un taux brut de scolarisation au primaire plus élevé (152%) que les zones rurales (72%). Selon le sexe, les garçons (115%) restent un peu plus longtemps à l'école que les filles (90%).

Tableau ED.3b: Taux brut de scolarisation au primaire : Pourcentage d'enfants d'âge 6-11 ans fréquentant le primaire ou le secondaire, RCA 2006

Caractéristiques	Sexe		Total	Enfants fréquentant le primaire	Enfants d'âges scolaires
	Masculin	Féminin	Taux brut de scolarisation		
	Taux brut de scolarisation	Taux brut de scolarisation			
Milieu					
Urbain	160,3	142,8	151,5	5820	3837
Rural	86,6	55,4	71,0	4080	5701
Préfecture					
Ombella-M'poko	152,0	125,2	138,6	1046	752
Lobaye	91,3	69,6	80,4	487	604
Mambéré-Kadéi	89,6	63,5	76,5	894	1149
Nana-Mambéré	84,1	63,1	73,6	516	695
Sangha-Mbaéré	104,6	79,8	92,2	423	457
Ouham-Pendé	96,0	65,3	80,6	911	1125
Ouham	104,5	64,1	84,3	582	696
Kémo	125,0	85,2	105,1	246	232
Nana-Grébizi	112,2	86,0	99,1	228	230
Ouaka	100,2	66,5	83,3	556	670
Haute-Kotto	92,0	64,4	78,2	117	152
Bamingui-Bangoran	143,5	101,7	122,6	104	85
Basse-Kotto	67,0	39,6	53,3	326	596
Mbomou	91,5	59,9	75,7	318	422
Haut-Mbomou	110,2	144,0	127,1	122	98
Bangui	198,5	184,8	191,6	3024	1577
Région administrative					
Région 1	125,4	100,0	112,7	1532	1356
Région 2	90,8	66,7	78,8	1833	2301
Région 3	99,1	64,9	82,0	1493	1820
Région 4	108,0	74,1	91,0	1030	1132
Région 5	111,5	77,0	94,3	221	237
Région 6	79,6	56,5	68,0	766	1115
Région 7	198,5	184,8	191,6	3024	1577
Niveau d'instruction de la mère					
Sans niveau	70,1	47,7	58,9	2524	4255
Primaire	87,4	75,1	81,3	2997	3682
Secondaire & +	123,6	125,9	124,8	1932	1549
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	67,9	35,9	51,9	941	1798
Pauvre	82,0	52,2	67,1	1313	1935
Moyen	102,5	68,7	85,6	1655	1932
Riche	132,4	118,6	125,5	2467	1962
Le plus riche	191,8	176,2	184,0	3524	1912
Total	**115,3**	**90,3**	**102,8**	**9900**	**9539**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006*MICS indicateur 55; OMD indicateur 6

D'importantes disparités sont observées au niveau des préfectures. La capitale Bangui (192%) a un taux brut de scolarisation particulièrement plus élevé que les autres préfectures. Une des conséquences de ce niveau élevé du taux brut de scolarisation est le nombre élevé d'élèves dans les salles de classes surtout dans les établissements publics. Parmi les préfectures ayant un taux brut de scolarisation élevé figurent l'Ombella-M'poko (137%), la Kémo (105%), le Bamingui-Bangoran (123%) et le Haut-Mbomou (127%).

Les régions dissimulent les disparités préfectorales de sorte que la région 7 (Bangui) et la région 1 (113%) ont un taux brut de scolarisation supérieur à la moyenne nationale. On constate que le taux brut de scolarisation augmente régulièrement avec le niveau d'instruction de la mère. Il est évalué à 59% chez les enfants issus de mères non instruites et 125% chez ceux dont les mères ont atteint le niveau secondaire ou supérieur. Le taux brut de scolarisation augmente avec les conditions de vie des ménages : les enfants vivant dans les ménages pauvres restent un peu moins longtemps dans le système éducatif, que les enfants appartenant aux ménages riches (126%) ou plus riches (184%).

10.2.3 Taux net de scolarisation au primaire

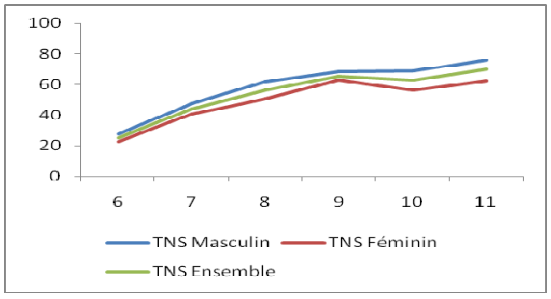
Le taux net de scolarisation (TNS) au primaire est le rapport de l'effectif des enfants âgés de 6 à 11 ans fréquentant le primaire sur l'effectif des enfants de la même tranche d'âge. C'est un indicateur qui mesure la probabilité pour un enfant d'âge scolaire d'accéder à ce niveau d'étude.

En RCA, un peu plus de la moitié des enfants âgés de 6 à 11 ans fréquentent le primaire. Le niveau de cet indicateur place la RCA à mi-chemin des OMD. Les disparités observées selon le sexe attestent que les filles (47%) comparativement aux garçons (56%) ont moins de chance de fréquenter le primaire. Les disparités se creusent davantage entre les milieux de résidence et selon le sexe. En effet, non seulement le taux net de scolarisation des filles est faible mais à peine un tiers d'entre elles en milieu rural ont la chance d'aller à l'école que leurs congénères qui vivent dans les centres urbains (65%).

On note des taux net de scolarisation au primaire élevés à Bangui (78%) et dans trois autres préfectures à savoir l'Ombella-M'poko (61%), la Nana-Grébizi (52%) et le Bamingui-Bangoran (59%). Ces préfectures, avec la capitale Bangui se caractérisent par un faible écart de taux de scolarisation entre les garçons et les filles. En revanche, dans les préfectures de la Sangha-Mbaéré (54%), de Kémo (53%) et de Haut-Mbomou (61%), on note un nette discrimination en défaveur des filles. Les plus faibles taux de scolarisation au primaire s'observent dans la Nana-Mambéré (39%) et la Basse-Kotto (31%) qui affichent des inégalités importantes entre filles et garçons.

Dans la région 4, bien que le taux de scolarisation des filles atteint 42%, l'écart avec celui des garçons est supérieur à 13 points environ. Cet écart est cependant réduit dans la région 5 (50% chez les filles contre 55% chez les garçons) et dans la région 7 (77% chez les filles contre 78% chez les garçons).

Figure ED.1: Taux net de scolarisation au primaire par âge.



De manière générale le taux net de scolarisation augmente avec l'âge. Sur la Figure 10.1 on remarque une augmentation régulière entre 6 et 9 ans se justifiant par de nouvelles recrues entraînant une augmentation de la population scolaire. Au-delà de 9 ans, les nouvelles inscriptions sont moins importantes ; ce qui se traduit par une stabilisation des taux

de scolarisation au-delà de cet âge.

L'instruction de la mère détermine la fréquentation scolaire de leurs enfants. Plus elles sont instruites, plus elles accordent la même importance au fait que tous leurs enfants, filles ou garçons soient scolarisés. C'est ce qui explique l'inexistence d'un écart entre le TNS selon le sexe des enfants issus des mères plus instruites, contrairement aux mères de niveau primaire ou celles qui ne sont pas instruites.

On observe par ailleurs la même tendance en s'intéressant au niveau de pauvreté du ménage. Ces taux varient de 31% chez les enfants de parents pauvres à 76% chez les enfants des parents les plus riches. En fonction du sexe et du niveau économique du ménage, l'écart entre les sexes tend à se réduire avec l'élévation du niveau de vie des parents (un écart de 16 points entre les enfants issus de parents pauvres par rapport à un écart de 2 points chez les enfants issus de parents riches.

Tableau ED.3: Taux net de scolarisation au primaire : Pourcentage d'enfants d'âge 6-11 ans fréquentant le primaire ou le secondaire, RCA, 2006

Caractéristiques	Masculin		Féminin		Total	
	Taux net de scolarisation	Nombre enfants	Taux net de scolarisation	Nombre enfants	Taux net de scolarisation	Nombre enfants
Milieu de résidence						
Urbain	67,2	1953	65,0	1884	66,1	3837
Rural	48,3	2957	34,1	2744	41,5	5701
Préfecture						
Ombella-M'poko	61,3	390	60,5	361	60,9	752
Lobaye	50,7	304	42,6	300	46,7	604
Mambéré-Kadéi	50,2	629	34,9	520	43,3	1149
Nana-Mambéré	44,1	372	32,8	323	38,9	695
Sangha-Mbaéré	61,0	236	46,3	221	53,9	457
Ouham-Pendé	53,6	575	40,5	550	47,2	1125
Ouham	46,6	337	37,3	358	41,8	696
Kémo	60,3	122	45,5	110	53,3	232
Nana-Grébizi	52,5	114	51,2	116	51,9	230
Ouaka	54,9	329	38,2	341	46,4	670
Haute-Kotto	52,0	69	45,4	83	48,4	152
Bamingui-Bangoran	59,1	42	59,1	42	59,1	85
Basse-Kotto	37,3	328	23,4	267	31,1	596
Mbomou	48,0	207	36,6	215	42,2	422
Haut-Mbomou	63,1	54	59,2	43	61,4	98
Bangui	78,4	801	77,2	777	77,8	1577
Région administrative						
Région 1	56,7	695	52,3	662	54,6	1356
Région 2	50,4	1237	36,7	1064	44,1	2301
Région 3	51,0	912	39,3	909	45,2	1820
Région 4	55,6	565	42,3	567	48,9	1132
Région 5	54,7	112	50,0	125	52,2	237
Région 6	43,5	589	31,7	526	37,9	1115
Région 7	78,4	801	77,2	777	77,8	1577
Niveau d'instruction de la mère						
Sans niveau	45,2	2214	31,8	2041	38,7	4255
Primaire	58,7	1874	50,1	1808	54,5	3682
Secondaire & +	79,4	804	79,7	745	79,5	1549
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	39,1	926	23,0	872	31,3	1798
Pauvre	45,6	1016	32,9	919	39,6	1935
Moyen	53,6	971	41,3	961	47,5	1932
Riche	62,7	1008	59,5	954	61,1	1962
Le plus riche	77,2	990	75,2	922	76,2	1912
Total	**55,8**	**4910**	**46,7**	**4629**	**51,4**	**9539**

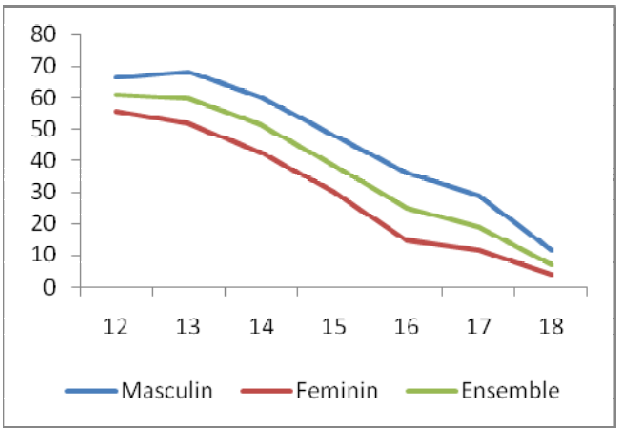
Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006*
MICS indicateur 55; OMD indicateur 6

10.2.4 Fréquentation net du primaire des élèves en âge de fréquenter le secondaire

Il est reconnu que le redoublement des classes est un obstacle majeur pour le système éducatif centrafricain. Cependant, ce phénomène est difficilement mesurable à partir des indices classiques de scolarisation (TBS et TNS) abordés dans les précédentes sections. Pour évaluer l'ampleur du redoublement, on se base sur l'estimation de la proportion des enfants ayant l'âge d'aller au secondaire et qui fréquentent encore l'école primaire.

Le tableau ED.4w indique que plus d'un enfant sur trois (39%) fréquentant le primaire est âgé de 12 ans ou plus. Ces derniers exercent une pression considérable sur l'offre éducative. La pression due à l'effet du redoublement des classes et des entrées tardives à l'école est exercée davantage par les garçons (49%) que par les filles (31%).

Figure ED.2 : Proportion des enfants âgés de 12 ans ou plus fréquentant le primaire



On note sur la Figure ED.2 ci-dessous une sortie progressive des enfants du système primaire par abandon ou par une admission au secondaire. Lente entre 12 et 14 ans, la sortie devient massive à partir de 16 ans, âge à partir duquel les filles, compte tenu d'une nuptialité ou maternité précoce sont relativement plus nombreuses à sortir du primaire. La certitude est qu'à partir de 18 ans moins de 10% des filles de cet âge fréquentent le primaire. De manière générale, il y a plus d'enfants de 12 ans ou plus, au primaire dans les zones urbaines (44%) que dans les zones rurales (35%). En particulier, les filles plus âgées qui fréquentent le primaire sont moins nombreuses dans les zones rurales que dans les zones urbaines alors que les garçons se comportent de la même manière quel que soit le milieu de résidence.

Le redoublement est manifestement répandu dans toutes les préfectures à l'exception de la Haute-Kotto (28%) et de la Basse-Kotto (27%) qui ont des pourcentages relativement faibles d'enfants âgés de 12 ans ou plus. Ces deux préfectures ont la particularité d'être des zones d'exploitation artisanale du diamant. Par conséquent, on peut admettre que la non scolarisation de certains enfants et les sorties scolaires constatées dans ces localités ont pour but d'alimenter ce marché de travail friand de la main-d'œuvre enfantine surtout bon marché. Au niveau régional, les données indiquent que le pourcentage des enfants ayant l'âge de fréquenter le secondaire et qui continuent de fréquenter le primaire est très élevé dans toutes les régions. En distinguant le sexe, on constate que les régions 3, 5 et 6 sont celles qui se caractérisent par un pourcentage faible de filles un peu plus âgées fréquentant encore le primaire.

L'instruction de la mère semble favorable au maintien des élèves dans le système quel que soit leur âge. Les enfants dont les mères sont plus instruites ont vraisemblablement beaucoup plus de chance d'y rester quel que soit leur sexe. Alors que ceux dont les mères ont un niveau primaire (62%) ou n'ont pas été scolarisées (48%) abandonnent facilement le primaire. Cela se ressent facilement en considérant le niveau socio-économique du ménage. En effet, la moitié environ des élèves du primaire âgés de 12 ans ou plus appartiennent aux ménages nantis plutôt qu'aux ménages pauvres.

Tableau ED.4w: Enfants ayant l'âge de fréquenter l'école secondaire qui fréquente l'école primaire : Pourcentage d'enfants ayant l'âge d'aller au secondaire qui fréquentent l'école primaire, RCA, 2006

Caractéristiques	Masculin		Féminin		Total	
	Pourcentage fréquentant école primaire	Nombre enfants	Pourcentage fréquentant école primaire	Nombre enfants	Pourcentage fréquentant école primaire	Nombre enfants
Milieu						
Urbain	51,0	1758	38,8	2068	44,4	3825
Rural	47,5	1872	23,4	2138	34,7	4010
Préfecture						
Ombella-M'poko	50,0	369	36,1	357	43,2	727
Lobaye	50,4	213	28,2	239	38,7	452
Mambéré-Kadéi	52,4	382	26,7	452	38,5	834
Nana-Mambéré	49,6	216	27,1	277	37,0	493
Sangha-Mbaéré	55,6	141	33,5	170	43,5	311
Ouham-Pendé	51,0	323	20,0	488	32,3	811
Ouham	48,6	270	26,0	299	36,7	569
Kémo	50,5	101	30,7	96	40,9	196
Nana-Grébizi	50,0	93	33,6	93	41,8	186
Ouaka	51,1	206	30,3	258	39,5	464
Haute-Kotto	37,5	54	20,2	67	27,9	121
Bamingui-Bangoran	59,3	39	28,6	45	42,8	84
Basse-Kotto	35,1	222	17,2	198	26,6	419
Mbomou	45,0	145	26,5	162	35,2	307
Haut-Mbomou	66,5	27	57,3	50	60,5	77
Bangui	48,8	828	42,8	955	45,6	1783
Région administrative						
Région 1	50,2	583	32,9	597	41,4	1179
Région 2	52,2	740	28,1	899	39,0	1639
Région 3	49,9	593	22,3	786	34,2	1380
Région 4	50,7	400	31,1	447	40,3	846
Région 5	46,6	92	23,6	112	34,0	204
Région 6	40,9	394	25,8	410	33,2	804
Région 7	48,8	828	42,8	955	45,6	1783
Niveau d'instruction de la mère						
Sans niveau	57,8	844	36,8	818	47,5	1662
Primaire	70,8	702	53,8	748	62,0	1450
Secondaire & +	69,1	388	71,7	395	70,4	783
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	35,2	578	15,8	637	25,0	1215
Pauvre	46,1	648	19,8	791	31,6	1438
Moyen	53,5	637	26,6	779	38,7	1416
Riche	56,5	780	40,6	963	47,7	1743
Le plus riche	50,9	988	43,4	1036	47,0	2023
Total	**49,2**	**3630**	**31,0**	**4206**	**39,4**	**7836**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

10.2.5 Survie jusqu'en sixième année du primaire

Un objectif de l'enquête MICS3 est l'estimation du pourcentage des élèves inscrits en première année qui arrivent en sixième année du primaire. L'estimation est faite en recourant aux produits des taux de succès consécutifs dans les différentes classes.

Le pourcentage des enfants entrant en première année et qui finissent par atteindre la sixième année du primaire est présenté dans le Tableau ED.5. Sur tous les enfants qui entrent en première année, moins de la moitié vont en définitive atteindre la sixième année. Le taux de survie scolaire est quasi-identique pour les deux sexes. Par contre, l'analyse selon le milieu de présente un écart important en défaveur des zones rurales (53% contre 36%), révélant ainsi des conditions d'étude relativement meilleures dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales.

Les taux de survie scolaire sont particulièrement sensibles à des perturbations scolaires. Cela apparaît nettement à partir des analyses au niveau préfectoral. On constate par exemple que

les préfectures de Mambéré-Kadéï (73%), Lobaye (63%), Bangui (59%) et Ombella-M'poko (59%) relativement stables au moment de l'enquête ont enregistré des taux de survie scolaire plus élevés contrairement à l'Ouham-Pendé (10%) qui a été sévèrement affecté par les récents conflits militaro-politiques. Les régions 1 et 2 étant situées dans la partie sud-ouest du pays ayant été épargnées par lesdites crises, ont des taux de survie scolaire plus élevés (respectivement 61% et 59%).

En ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère, les résultats montrent que les taux de survie scolaire sont élevés chez les enfants dont les mères sont plus instruites. Il en est de même pour les enfants issus de ménages aisés.

Table ED.5: Enfant atteignant la 6ème année : Pourcentage d'enfants en première année du primaire et atteignant la 6ème année, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage atteignant la 2ème classe (CP) et qui étaient en 1ère année (CI) l'année dernière	Pourcentage atteignant la 3ème classe (CE1) et qui étaient en 2ème année (CP) l'année dernière	Pourcentage atteignant la 4ème classe (CE2) et qui étaient en 3ème année (CE1) l'année dernière	Pourcentage atteignant la 5ème classe (CM1) et qui étaient en 4ème année (CE2) l'année dernière	Pourcentage atteignant la 6ème classe (CM2) et qui étaient en 5ème année (CM1) l'année dernière	Pourcentage atteignant la 6ème classe parmi ceux entrés en 1ère année (CI) *
Sexe						
Masculin	82,3	86,4	88,4	87,9	82,3	45,5
Feminin	82,0	85,8	85,5	88,6	80,7	43,1
Milieu						
Urbain	87,5	89,5	89,3	91,9	83,2	53,4
Rural	77,9	83,0	84,5	82,6	78,6	35,5
Préfecture						
Ombella-M'poko	90,8	89,4	95,6	93,6	80,8	58,7
Lobaye	93,0	94,2	94,3	86,9	88,2	63,4
Mambéré-Kadéi	88,2	94,6	94,2	98,2	95,0	73,3
Nana-Mambéré	86,3	86,8	82,5	92,3	82,2	46,8
Sangha-Mbaéré	76,8	85,1	92,3	90,2	92,7	50,4
Ouham-Pendé	54,3	63,2	67,8	55,6	76,7	9,9
Ouham	84,1	82,4	82,0	87,1	64,3	31,9
Kémo	69,0	82,0	82,6	84,2	73,7	29,0
Nana-Grébizi	80,5	82,8	76,1	74,8	78,5	29,8
Ouaka	77,9	84,1	81,8	77,6	77,2	32,1
Haute-Kotto	70,9	81,9	96,6	83,0	82,8	38,5
Bamingui-Bangoran	91,1	89,0	87,8	87,3	86,5	53,8
Basse-Kotto	74,3	81,0	75,2	85,3	82,9	32,1
Mbomou	87,0	85,8	88,9	87,4	77,6	45,0
Haut-Mbomou	86,3	86,8	89,2	74,1	65,7	32,5
Bangui	88,2	91,0	89,7	96,8	84,9	59,2
Région administrative						
Région 1	91,7	91,3	95,2	91,8	82,8	60,6
Région 2	85,4	90,3	90,6	94,3	89,7	59,1
Région 3	65,8	73,4	75,1	69,2	69,9	17,6
Région 4	76,9	83,4	80,5	78,3	76,9	31,1
Région 5	79,7	85,1	91,9	85,6	85,1	45,4
Région 6	81,2	83,8	82,4	84,1	77,8	36,7
Région 7	88,2	91,0	89,7	96,8	84,9	59,2
Niveau d'instruction de la mère						
Sans niveau	77,9	82,1	85,1	87,8	78,5	37,5
Primaire	83,6	88,6	87,4	87,5	84,5	47,9
Secondaire & +	88,1	93,0	93,9	95,4	91,7	67,3
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	79,5	85,7	78,2	79,2	59,6	25,2
Pauvre	77,1	80,8	90,2	82,6	81,1	37,6
Moyen	75,8	81,4	82,8	79,3	76,8	31,1
Riche	85,2	88,6	86,6	91,9	78,3	47,1
Le plus riche	90,9	91,1	91,7	93,1	90,0	63,7
Total	**82,2**	**86,1**	**87,2**	**88,2**	**81,6**	**44,4**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 57 ; OMD Indicateur 7

10.2.6 Achèvement du cycle primaire et transition au secondaire

L'achèvement du cycle primaire par tous les enfants et la transition au secondaire d'un effectif important de ceux-ci est un élément fondamental de la performance du système éducatif. Par définition, le taux d'achèvement au primaire est le pourcentage des enfants âgés de 11 ans ayant atteint la dernière classe du primaire (CM2). Le taux de transition au secondaire par contre est le pourcentage des enfants inscrits en première année du secondaire (6ème) ayant fréquenté la dernière classe du primaire (CM2) l'année précédente.

Au moment de l'enquête en 2006, à peine 7% des enfants âgés de 11 ans ont effectivement achevé le cycle primaire. Pendant la même période, on a observé que 23% des enfants ayant fréquenté la dernière classe du primaire l'année précédente, ont été inscrits en première année du secondaire.

Il n'existe presque pas de disparité entre sexe, qu'il s'agisse du taux d'achèvement brut au primaire ou du taux de transition au secondaire. En revanche, selon le milieu de résidence, un écart en défaveur des enfants qui résident dans les zones rurales s'observe (2% contre 12% pour les zones urbaines). S'agissant du taux de transition au secondaire, la performance scolaire des enfants qui résident dans les zones rurales s'approche légèrement de celle de leurs congénères qui vivent dans les zones urbaines.

L'analyse au niveau des préfectures révèle que Bangui (14%) et la Sangha-Mbaéré (13%) sont les deux localités qui enregistrent des proportions relativement plus élevées d'enfants âgés de 11 ans ayant atteint la dernière classe du primaire. Au niveau secondaire, plus de la moitié des enfants de la Sangha-Mbaéré ont « passé avec succès » leurs examens. Bangui ainsi que les préfectures du Mbomou, Basse-Kotto, Ouham, Ouham-Pendé, Nana-Mambéré enregistrent des taux de transition supérieurs à la moyenne nationale. De même, au niveau préfectoral, toutes les autres régions ont un faible taux net d'achèvement au primaire. Par contre, en ce qui concerne les taux de transition au secondaire, les régions 1,4 et 5 s'identifient par un pourcentage plus faible (inférieur à 15%) alors que les régions 2, 3 et 7 ont un nombre proportionnellement plus élevé d'enfants ayant atteint le secondaire.

L'instruction d'une mère a un effet positif sur la scolarisation de ses enfants. En effet, on constate que les enfants issus de mères plus instruites (15%) ont plus de chance d'achever le cycle primaire que ceux dont les mères ont le niveau primaire (4%) ou sans instruction (5%). De plus, l'instruction de la mère est un atout majeur pour les enfants qui semblent mieux suivis lorsque la mère a atteint le niveau secondaire ou plus (31%) par rapport aux autres enfants dont la mère est moins instruite. Le niveau de vie du ménage, présente la même tendance que celle du niveau d'instruction. En effet, les enfants des ménages plus riches (14%) ont plus de chance d'achever le cycle primaire que ceux des ménages plus pauvres (2%) ou pauvres (2%). L'effet de cette variable semble mitigé en ce qui concerne la transition au secondaire.

Tableau ED.6: Achèvement à l'école primaire et transition au secondaire : Taux d'achèvement au primaire et taux de transition au secondaire, RCA, 2006

Caractéristiques	Taux net d'achèvement au primaire *	Nombre d'enfants inscrits en dernière année du primaire (CM2) l'année précédente	Taux de transition au secondaire **	Nombre d'enfants en dernière année du primaire (CM2) l'année précédente
Milieu				
Urbain	11,5	533	25,0	427
Rural	2,2	575	17,7	152
Sexe				
Masculin	7,1	601	22,2	358
Féminin	6,2	508	24,5	221
Préfecture				
Ombella-M'poko	5,7	103	10,7	75
Lobaye	3,7	74	13,3	27
Mambéré-Kadéi	2,7	123	4,8	41
Nana-Mambéré	,0	70	25,3	20
Sangha-Mbaéré	13,3	46	49,1	30
Ouham-Pendé	5,0	113	26,8	40
Ouham	4,5	84	24,7	36
Kémo	5,2	28	20,8	13
Nana-Grébizi	3,7	29	2,0	12
Ouaka	5,7	61	17,2	21
Haute-Kotto	2,7	17	,0	3
Bamingui-Bangoran	8,2	10	18,4	5
Basse-Kotto	6,1	50	29,7	12
Mbomou	3,0	41	33,3	17
Haut-Mbomou	1,2	11	2,0	17
Bangui	14,0	249	30,4	211
Région administrative				
Région 1	4,9	178	11,4	102
Région 2	3,9	239	23,9	91
Région 3	4,8	196	25,8	76
Région 4	5,1	118	14,2	45
Région 5	4,8	27	11,1	9
Région 6	4,3	102	20,7	46
Région 7	14,0	249	30,4	211
Niveau d'instruction de la mère				
Sans niveau	4,6	414	15,8	45
Primaire	4,0	448	19,4	64
Secondaire & +	15,2	243	30,6	100
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	1,8	161	19,7	29
Pauvre	2,2	187	20,1	48
Moyen	4,5	209	18,2	81
Riche	6,6	255	27,0	140
Le plus riche	13,7	296	23,5	282
Total	**6,7**	**1108**	**23,1**	**579**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 59; OMD Indicateur 7b** MICS Indicateur 58

10.3 Education secondaire

Selon le système éducatif centrafricain, l'éducation secondaire regroupe le fondamental II, l'enseignement technique et professionnel. C'est un cycle de 7 années d'études allant de la classe de 6ème en terminale. Dans le cadre de l'enquête MICS3, ces différents établissements ne sont pas distingués. On sait pourtant que le contenu du programme d'enseignement diffère quelque peu lorsqu'on passe de l'enseignement général (fondamental II) aux autres établissements techniques et professionnels. Aux fins des analyses, nous désignons sous le même vocable tous ces établissements. Les informations collectées au cours de l'enquête MICS 3 donnent la possibilité d'analyser l'offre et la demande de service éducatif à ce niveau d'étude.

10.3.1 Taux brut de scolarisation au secondaire

Le taux brut de scolarisation au secondaire désigne le rapport de l'effectif des élèves inscrits à ce niveau d'étude sur l'effectif total des enfants de 12 à 18 ans scolarisables. Cet indicateur donne une idée sur la demande d'éducation pour ce cycle. Au niveau national, le taux brut de scolarisation au secondaire est évalué à 18%. Cela signifie que ce cycle d'étude n'enregistre pas une forte demande d'éducation contrairement au niveau primaire où les taux bruts dépassent 100%. Dans le contexte centrafricain, les établissements secondaires sont surtout concentrés dans les chefs lieux des préfectures. On note par ailleurs un écart considérable entre les sexes : le taux brut de scolarisation est de 23% chez les garçons contre 13% chez les filles.

Au niveau des préfectures, Bangui (52%) est la seule localité qui a le taux brut de scolarisation au secondaire le plus élevé. La capitale est suivie de loin par la préfecture de l'Ombella-M'poko (33%). La position géographique de cette dernière explique la place qu'elle occupe. Toutefois, l'offre d'éducation secondaire est faible dans l'Ombella-M'poko qui ne dispose que d'un seul établissement secondaire. Les 15 autres préfectures enregistrent des TBS relativement faibles. De manière générale quelle que soit la préfecture, à l'exception de la Lobaye, les disparités entre les sexes sont considérables et surtout en défaveur des filles.

Table ED.4a: Taux brut de scolarisation au secondaire, RCA 2006

Caractéristiques	Sexe		Total	Nombre d'élèves au secondaire	Population âgée de 12-18 ans
	Masculin	Féminin	Taux brut de scolarisation		
	Taux brut de scolarisation	Taux brut de scolarisation			
Préfecture					
Ombella-M'poko	40,6	25,3	33,0	240	727
Lobaye	4,8	5,3	5,0	23	452
Mambéré-Kadéi	8,5	4,9	6,7	55	834
Nana-Mambéré	16,9	6,2	11,6	54	493
Sangha-Mbaéré	14,3	7,8	11,1	34	311
Ouham-Pendé	14,6	4,9	9,8	71	811
Ouham	14,6	2,9	8,7	48	569
Kémo	23,9	11,5	17,7	35	196
Nana-Grébizi	17,6	8,6	13,1	24	186
Ouaka	16,2	4,0	10,1	44	464
Haute-Kotto	12,3	1,0	6,7	7	121
Bamingui-Bangoran	28,2	9,9	19,0	15	84
Basse-Kotto	6,7	3,2	4,9	21	419
Mbomou	13,4	3,2	8,3	25	307
Haut-Mbomou	12,5	10,0	11,2	8	77
Bangui	61,3	42,1	51,7	909	1783
Région administrative					
Région 1	27,5	17,3	22,4	263	1179
Région 2	12,1	5,9	9,0	142	1639
Région 3	14,6	4,2	9,4	119	1380
Région 4	18,5	6,6	12,5	103	846
Région 5	19,0	4,6	11,8	23	204
Région 6	9,6	4,0	6,8	54	804
Région 7	61,3	42,1	51,7	909	1783
Niveau d'instruction de la mère					
Sans niveau	2,4	1,1	1,7	29	1662
Primaire	2,2	1,8	2,0	29	1450
Secondaire & +	17,8	13,1	15,5	121	783
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	5,6	,8	3,2	37	1215
Pauvre	7,1	1,2	4,1	55	1438
Moyen	15,4	4,6	10,0	134	1416
Riche	28,0	14,3	21,2	357	1743
Le plus riche	58,4	43,8	51,1	1030	2023
Total	**22,9**	**12,9**	**17,9**	**1614**	**7836**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS indicateur 55; OMD indicateur 6

S'agissant des régions, on constate que, à part Bangui, la région 1 (23%) enregistre le TBS le plus élevé alors qu'il est plus faible dans la région 6 (7%).

En ce qui concerne les autres caractéristiques, on note que le TBS augmente avec le niveau d'instruction de la femme ainsi que le niveau de vie du ménage. Quant au niveau d'instruction le TBS passe de moins de 5% chez les enfants issus de ménages moins nantis à plus de 51% chez ceux issus de ménages les plus riches. De même qu'au niveau des entités administratives, on observe également des disparités entre les sexes révélant ainsi la vulnérabilité des filles par rapport aux garçons à ce niveau d'étude.

10.3.3 Taux net de scolarisation au secondaire

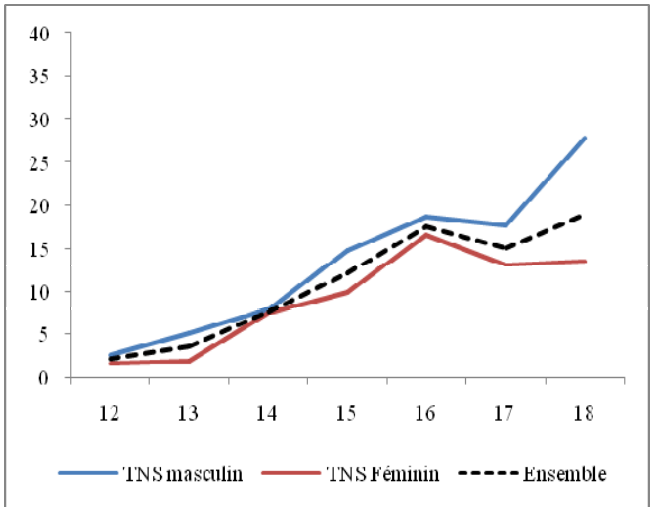
Le TNS est le rapport entre le nombre d'enfants âgés de 12 à 18 ans fréquentant le secondaire et l'effectif des enfants de la même tranche d'âge.

Pour l'ensemble de la RCA, à peine 10% des enfants âgés de 12 à 18 ans ont la chance de fréquenter le secondaire. Contrairement au taux brut de scolarisation, l'écart entre sexes est relativement faible, de l'ordre de 3 points (12% pour les garçons contre 9% pour les filles).

Le taux net de scolarisation au secondaire varie selon la préfecture. Quel que soit le sexe, un enfant sur quatre résidant à Bangui a la chance de fréquenter le secondaire (26% pour les garçons contre 24% pour les filles). Parmi les autres préfectures ayant un taux net de scolarisation supérieur à 10% on peut citer l'Ombella-M'poko (16%), la Kémo (11%) et la Bamingui-Bangoran (10%). Il convient de souligner que sept préfectures ont un taux net de scolarisation inférieur à 5%. Il s'agit de la Lobaye, la Mambéré-Kadéï, l'Ouham, la Ouaka, la Basse-Kotto et le Mbomou. La situation de ces préfectures est d'autant plus inquiétante que des actions urgentes devraient y être menées. L'analyse selon le sexe révèle d'importantes disparités se traduisant par un faible accès des filles au niveau secondaire. La situation est cependant plus préoccupante en ce qui concerne la Mambéré-Kadéï, la Haute-Kotto, la Basse-Kotto et le Mbomou où moins de 2% des filles âgées de 12 à 18 ans fréquentent ce cycle d'étude.

Au niveau régional, les enfants qui résident dans les régions 1, 5 et 7 (Bangui) ont plus d'opportunité de fréquenter le secondaire que ceux des autres régions. Cependant, l'écart entre sexes est faible dans les régions 1 et 7 contrairement à la région 5.

Figure ED.3 : Taux de scolarisation au secondaire selon l'âge des enfants.



Le faible taux de scolarisation au secondaire s'expliquerait par l'accès différentiel selon l'âge des enfants : les plus jeunes âgés de 12 à 14 ans sont faiblement représentés (Figure ED.3). De manière générale la courbe représentant le TNS des garçons est partout supérieure à celle des filles. Mais à partir de 17 ans l'écart entre sexes se creuse au détriment des filles qui ont de moins en moins la chance d'atteindre le secondaire.

Les résultats de l'enquête confirment, une fois de plus, l'impact positif du niveau d'instruction de la mère sur celui de l'enfant. En effet, les enfants qui sont issus de mères non scolarisées (2%) ou de niveau primaire (2%) sont moins scolarisés que ceux dont les mères ont atteint le niveau secondaire ou plus (15%).

En ce qui concerne le niveau de vie du ménage, on note que l'impact de cette variable est d'autant plus significatif pour les enfants issus de ménage riche (11%) ou plus riche (25%) que ceux des autres ménages. Cependant, l'amélioration des conditions de vie du ménage bien qu'ayant un effet positif pour tous les enfants, ne donne pas lieu nécessairement à la réduction de l'écart entre filles et garçons.

Table ED.4: Taux net de scolarisation au secondaire : Pourcentage d'enfants âgés de 12-18 ans fréquentant le secondaire ou le supérieur, MICS-RCA, 2006

Caractéristiques	Masculin		Féminin		Total	
	Taux net de scolarisation	Nombre d'enfants	Taux net de scolarisation	Nombre d'enfants	Taux net de scolarisation	Nombre d'enfants
Préfecture						
Ombella-M'poko	18,3	369	12,7	357	15,6	727
Lobaye	2,2	213	3,2	239	2,7	452
Mambéré-Kadéi	4,7	382	1,7	452	3,0	834
Nana-Mambéré	6,5	216	3,7	277	5,0	493
Sangha-Mbaéré	4,2	141	6,7	170	5,6	311
Ouham-Pendé	8,3	323	3,5	488	5,4	811
Ouham	6,0	270	2,4	299	4,1	569
Kémo	13,4	101	7,7	96	10,6	196
Nana-Grébizi	9,4	93	7,7	93	8,6	186
Ouaka	5,8	206	2,9	258	4,2	464
Haute-Kotto	7,5	54	,6	67	3,7	121
Bamingui-Bangoran	14,1	39	7,2	45	10,4	84
Basse-Kotto	4,7	222	1,0	198	3,0	419
Mbomou	7,5	145	1,7	162	4,4	307
Haut-Mbomou	5,6	27	8,3	50	7,4	77
Bangui	25,9	828	23,6	955	24,7	1783
Région administrative						
Région 1	12,4	583	8,9	597	10,6	1179
Région 2	5,1	740	3,2	899	4,1	1639
Région 3	7,3	593	3,1	786	4,9	1380
Région 4	8,6	400	4,9	447	6,6	846
Région 5	10,3	92	3,2	112	6,4	204
Région 6	5,8	394	2,1	410	3,9	804
Région 7	25,9	828	23,6	955	24,7	1783
Niveau d'instruction de la mère						
Sans niveau	2,1	844	1,1	818	1,6	1662
Primaire	2,1	702	1,8	748	1,9	1450
Secondaire & +	16,7	388	12,2	395	14,5	783
Quintile de bien-être économique						
Secondaire & +	16,7	388	12,2	395	14,5	783
Le plus pauvre	2,4	578	,8	637	1,6	1215
Pauvre	3,5	648	,9	791	2,0	1438
Moyen	5,8	637	2,5	779	4,0	1416
Riche	11,7	780	10,3	963	10,9	1743
Le plus riche	27,3	988	22,8	1036	25,0	2023
Total	**12,0**	**3630**	**8,7**	**4206**	**10,2**	**7836**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales,
MICS 2006* MICS indicateur 56

10.3.4 Evolution des indices de scolarisation au primaire et au secondaire

Compte tenu du fait que l'enquête a couvert toutes les préfectures exceptée laVakaga, le TNS observé au niveau national devrait être légèrement surestimé (le niveau du TNS dans la Vakaga étant le plus faible). On assiste a une regression du TNS de l'ordre de 20 points pour l'ensemble du pays. Au niveau de la capitale, le TNS a doublé mais le reste du pays présente des situations variables dues au rétablissement progressif de la sécurité dans les anciennes zones de conflits militaro-politiques.

Tableau ED.4A : Taux net de scolarisation au secondaire en 2003 et 2006.

Préfecture	TNS 2003			TNS 2006		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Ombella M'poko	15	10,7	12,8	18,3	12,7	15,6
Lobaye	6,1	2,8	4,4	2,2	3,2	2,7
Mambere Kadei	8,3	4,3	6,3	4,7	1,7	3
Nana Mambere	7,4	3,5	5,4	6,5	3,7	5
Sangha Mbaere	5,8	2,4	4,1	4,2	6,7	5,6
Ouham Pende	5,3	2	3,6	8,3	3,5	5,4
Ouham	5,7	2,1	3,9	6	2,4	4,1
Kemo	6,1	2,9	4,5	13,4	7,7	10,6
Nana Grebizi	6,6	3,2	4,9	9,4	7,7	8,6
Ouaka	8,3	3,6	5,9	5,8	2,9	4,2
Bamingui Bangoran	11,7	4,2	7,9	7,5	0,6	3,7
Haute Kotto	7,7	3,2	5,3	14,1	7,2	10,4
Vakaga	4	0,6	2,2			
Basse Kotto	3,7	1,2	2,4	4,7	1	3
Mbomou	7	3,9	5,4	7,5	1,7	4,4
Haut Mbomou	11,1	5,3	8,1	5,6	8,3	7,4
Bangui	12,6	9	10,8	25,9	23,6	24,7
Ensemble	34,6	30,5	32,5	12	8,7	10,2

10.4 Parité entre filles et garçons en matière de scolarisation

En matière de scolarisation, les filles n'ont pas les mêmes opportunités que les garçons : elles sont moins scolarisées que les garçons et sortent de l'école avant ceux-ci. Pour rendre compte de cette inégalité, on recourt à l'indice de parité des sexes (IPS) ou ratio des indices de scolarisation et principalement les ratios de fréquentation nets plutôt que des ratios de fréquentation bruts. Ces derniers ratios fournissent une description erronée de l'IPS principalement parce que dans la plupart des cas, la majorité des enfants trop âgés qui fréquentent l'école primaire sont des garçons. Ces taux sont calculés pour les niveaux primaire et secondaire.

Les informations sur l'indice de parité des sexes sont consignées dans le tableau ED.7. Le constat qui se dégage est que sur le plan scolaire, les filles souffrent de discrimination par rapport aux garçons. Au primaire par exemple, 84 filles âgées de 6 à 11 ans sont scolarisées contre 100 garçons de la même tranche d'âge. L'écart se creuse davantage au secondaire : seulement 73 filles sur 100 garçons ont la chance de fréquenter ce cycle. La discrimination à l'encontre des filles résulterait des pesanteurs socioculturelles persistantes en milieu rural où à peine 71 filles contre 100 garçons ont la chance de fréquenter l'école.

Au niveau régional, la discrimination en matière de scolarisation des filles par rapport aux garçons est moins prononcée dans la région 7 (Bangui) et les régions 1 et 5. Au secondaire, seule la capitale Bangui présente un indice de parité entre les sexes relativement plus élevé.

Par rapport au niveau d'instruction de la mère, les données indiquent qu'au niveau primaire les mères plus instruites ne font pas de distinction entre les filles et les garçons. Par contre au secondaire, bien que les mères plus instruites soient favorables à l'éducation de leurs filles, les faits démontrent souvent que leurs efforts s'estompent en cas de mariage ou grossesse précoce de leurs filles.

La pauvreté affecte négativement la chance des filles d'aller à l'école. Au primaire par exemple, 59 filles contre 100 garçons issues de ménages pauvres sont scolarisées ; 72 et 77 filles contre 100 garçons appartenant respectivement aux ménages pauvres ou moyens fréquentent le primaire. La situation est similaire au secondaire où les filles issues de ménages pauvres ont moins de chance de fréquenter que celles qui sont issues des ménages aisés.

Les analyses au niveau des préfectures montrent un assouplissement des valeurs traditionnelles qui empêchaient jadis les filles d'être scolarisées.

Au primaire, les filles comme les garçons ont la même chance d'aller à l'école à Bangui et dans les préfectures de Ombella-M'poko, Nana-Grébizi, Bamingui-Bangoran, et Haut-Mbomou. La situation est préoccupante dans la Basse-Kotto où à peine 63 filles contre 100 garçons ont la chance d'aller à l'école.

Au secondaire par contre, on constate à Bangui (0,91) voire dans l'Ombella-M'poko (0,70) quelques obstacles qui freinent encore la fréquentation scolaire des filles. Paradoxalement on note une inversion de cette tendance dans les préfectures de Lobaye, Sangha-Mbaéré et Haut-Mbomou indiquant que les filles de ces localités ont plus de chance que les garçons, de fréquenter le secondaire.

Tableau ED.7 : Parité entre les sexes en matière d'éducation : Ratio filles/garçons fréquentant le primaire et ratio filles/garçons fréquentant le secondaire, RCA 2006

Caractéristiques	Taux net de scolarisation au primaire (TNSP), filles	Taux net de scolarisation au primaire (TNSP), garçons	Indice de parité entre les sexes (IPS) pour le primaire *	Taux net de scolarisation au secondaire (TNSS), filles	Taux net de scolarisation au secondaire (TNSS), garçons	Indice de parité entre les sexes (IPS) pour le secondaire *
Milieu						
Urbain	65	67,2	0,97	16,5	20,6	0,8
Rural	34,1	48,3	0,71	1,2	3,9	0,3
Préfecture						
Ombella-M'poko	60,5	61,3	0,99	12,7	18,3	0,7
Lobaye	42,6	50,7	0,84	3,2	2,2	1,46
Mambéré-Kadéi	34,9	50,2	0,7	1,7	4,7	0,36
Nana-Mambéré	32,8	44,1	0,74	3,7	6,5	0,57
Sangha-Mbaéré	46,3	61	0,76	6,7	4,2	1,57
Ouham-Pendé	40,5	53,6	0,76	3,5	8,3	0,42
Ouham	37,3	46,6	0,8	2,4	6	0,39
Kémo	45,5	60,3	0,75	7,7	13,4	0,57
Nana-Grébizi	51,2	52,5	0,98	7,7	9,4	0,82
Ouaka	38,2	54,9	0,7	2,9	5,8	0,5
Haute-Kotto	45,4	52	0,87	0,6	7,5	0,07
Bamingui-Bangoran	59,1	59,1	1	7,2	14,1	0,51
Basse-Kotto	23,4	37,3	0,63	1	4,7	0,2
Mbomou	36,6	48	0,76	1,7	7,5	0,23
Haut-Mbomou	59,2	63,1	0,94	8,3	5,6	1,47
Bangui	77,2	78,4	0,99	23,6	25,9	0,91
Région administrative						
Région 1	52,3	56,7	0,92	8,9	12,4	0,72
Région 2	36,7	50,4	0,73	3,2	5,1	0,63
Région 3	39,3	51	0,77	3,1	7,3	0,42
Région 4	42,3	55,6	0,76	4,9	8,6	0,58
Région 5	50	54,7	0,91	3,2	10,3	0,31
Région 6	31,7	43,5	0,73	2,1	5,8	0,37
Région 7	77,2	78,4	0,99	23,6	25,9	0,91
Niveau d'instruction de la mère						
Sans niveau	31,8	45,2	0,7	1,1	2,1	0,53
Primaire	50,1	58,7	0,85	1,8	2,1	0,88
Secondaire & +	79,7	79,4	1	12,2	16,7	0,73
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	23	39,1	0,59	0,8	2,4	0,32
Pauvre	32,9	45,6	0,72	0,9	3,5	0,25
Moyen	41,3	53,6	0,77	2,5	5,8	0,44
Riche	59,5	62,7	0,95	10,3	11,7	0,88
Le plus riche	75,2	77,2	0,97	22,8	27,3	0,84
Total	**46,7**	**55,8**	**0,84**	**8,7**	**12**	**0,73**

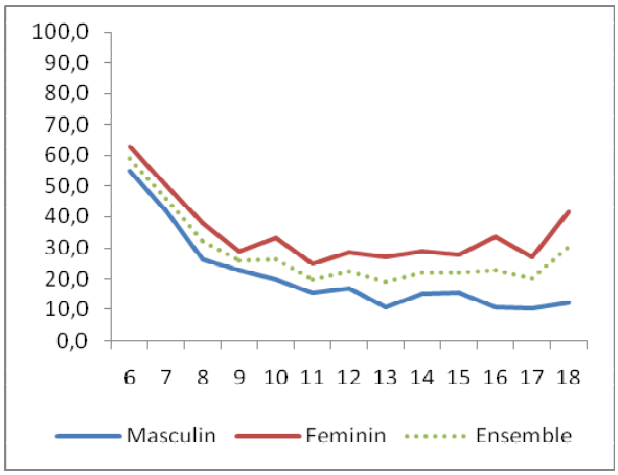
Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 61; OMD Indicateur 9

10.5 Enfants n'ayant jamais été scolarisés

En ratifiant la déclaration du Sommet de Jomptien (1990) qui met l'accent sur l' « Education pour tous », tous les gouvernements signataires de cette convention se sont engagés à tout mettre en œuvre afin que tous les enfants puissent avoir la chance d'aller à l'école.

Comme le révèle les résultats de l'enquête MICS3, 31% des enfants n'ont jamais été à l'école. Le phénomène est d'autant plus prononcé chez les enfants âgés de 6 à 11 ans (37%) que chez ceux qui appartiennent à la tranche d'âge de 12 à 18 ans (23%). Les filles (42%) sont plus affectées par la non scolarisation que les garçons (32%). La non scolarisation massive constatée chez les enfants de 6 à 11 ans s'expliquerait par une scolarisation tardive. La Figure ED.4 permet de constater une diminution progressive de la proportion des enfants n'ayant jamais été à l'école entre 6 et 9 ans alors que ce taux est quasi-stable au-delà de 9 ans. Les enfants qui résident dans les zones rurales (42%) sont majoritairement non scolarisés par rapport à ceux qui vivent dans les zones urbaines (17%). En considérant les deux générations, on constate que la situation s'est nettement dégradée dans les zones rurales que dans les zones urbaines.

Figure ED.4: Pourcentage des enfants n'ayant jamais été scolarisés.



Quelle que soit la préfecture, le pourcentage des enfants non scolarisés est très élevé à l'exception de Bangui (9%) et de l'Ombella-M'poko (21%). Au niveau régional, les régions 1 et 7 (Bangui) ont les plus faibles taux de non scolarisation.

Il est démontré que l'instruction de la femme la prédispose à scolariser ses enfants. En effet, le pourcentage des enfants âgés de 6 à 18 ans n'ayant jamais été scolarisés est nettement plus faible lorsque la mère a un niveau secondaire ou plus (9%) que pour ceux issus des mères non scolarisées (46%) ou ayant été scolarisées au primaire (28%). Le statut économique semble jouer le même rôle que le niveau d'instruction de la mère car le pourcentage des enfants non scolarisés est faible chez les ménages plus riches (10%) que les ménages plus pauvres (52%) ou pauvres (45%).

Table ED.8: Taux de non fréquentation scolaire : Pourcentage d'enfants âgés de 12-18 ans n'ayant jamais été scolarisés, RCA, 2006

Caractéristiques	Age enfant				Total	
	6 - 11 ans		12 - 18 ans		Pourcentage des enfants non scolarisés	Nombre d'enfants
	Pourcentage des enfants non scolarisés	Nombre d'enfants	Pourcentage des enfants non scolarisés	Nombre d'enfants		
Milieu de résidence						
Urbain	21,8	3837	12,0	3825	16,9	7663
Rural	47,4	5701	33,2	4010	41,5	9711
Préfecture						
Ombella-M'poko	29,1	752	12,8	727	21,1	1479
Lobaye	42,8	604	26,3	452	35,8	1057
Mambéré-Kadéi	42,3	1149	25,7	834	35,3	1983
Nana-Mambéré	48,4	695	37,2	493	43,7	1188
Sangha-Mbaéré	34,7	457	21,8	311	29,5	769
Ouham-Pendé	43,0	1125	33,6	811	39,0	1936
Ouham	48,5	696	31,3	569	40,8	1264
Kémo	41,3	232	25,1	196	33,9	428
Nana-Grébizi	39,6	230	19,0	186	30,4	417
Ouaka	38,9	670	22,9	464	32,4	1134
Haute-Kotto	43,4	152	30,4	121	37,6	273
Bamingui-Bangoran	31,7	85	21,1	84	26,4	168
Basse-Kotto	55,6	596	42,8	419	50,3	1015
Mbomou	44,4	422	31,0	307	38,8	729
Haut-Mbomou	26,6	98	7,8	77	18,3	175
Bangui	10,9	1577	7,7	1783	9,2	3361
Région administrative						
Région 1	35,2	1356	18,0	1179	27,2	2535
Région 2	42,6	2301	28,4	1639	36,7	3940
Région 3	45,1	1820	32,6	1380	39,7	3200
Région 4	39,5	1132	22,6	846	32,3	1978
Région 5	39,2	237	26,6	204	33,4	441
Région 6	48,8	1115	34,9	804	43,0	1919
Région 7	10,9	1577	7,7	1783	9,2	3361
Sexe						
Masculin	32,3	4910	13,4	3630	24,3	8540
Féminin	42,1	4629	31,0	4206	36,8	8834
Niveau d'instruction de la mère						
Sans niveau	50,8	4255	33,3	1662	45,9	5917
Primaire	32,3	3682	16,7	1450	27,9	5133
Secondaire & +	10,9	1549	4,9	783	8,9	2332
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	58,2	1798	42,2	1215	51,7	3013
Pauvre	51,5	1935	35,7	1438	44,7	3373
Moyen	38,8	1932	25,6	1416	33,2	3348
Riche	25,1	1962	14,1	1743	19,9	3705
Le plus riche	13,1	1912	7,8	2023	10,4	3936
Total	**37,1**	**9539**	**22,9**	**7836**	**30,7**	**17374**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

10.6 Alphabétisation

Un des objectifs d'un Monde Digne des Enfants est de promouvoir l'alphabétisation des adultes. L'alphabétisation des adultes est également un indicateur des OMD, qui se rapporte tant aux hommes qu'aux femmes. L'alphabétisation dans le cadre de l'enquête MICS3 a été évaluée à travers la capacité à lire une courte phrase simple ou en tenant compte du niveau d'étude pour lequel on estime que l'individu est supposé apte à lire et à écrire. Pour évaluer l'aptitude de la population à lire, les enquêteurs ont proposé des phrases simples aux hommes et femmes âgés de 15 ans ou plus. Les résultats du test ont permis de classer les individus selon les modalités suivantes :

- Ne peut pas lire du tout
- Peut lire certaines parties
- Peut lire toute la phrase
- Aveugle/muet, problème de vue/audition.

Si pour diverses raisons (langue par exemple), on ne peut pas évaluer l'aptitude à lire et à écrire, on recourt au niveau d'étude atteint par l'enquêté. Les individus ayant atteint le niveau secondaire ou supérieur sont supposés apte à lire et écrire. Cette définition exclut de facto les personnes ne pouvant lire seulement qu'une partie d'une phrase simple ou ayant seulement le niveau primaire. Il résulte de cette définition que toute comparaison avec d'autres données ne peut se faire que si on a à l'esprit cette aperçue méthodologique.

10.6.1 Alphabétisation des jeunes de 15-24 ans

Le pourcentage de la population qui sait lire et écrire est présenté dans le Tableau ED.8. Dans l'ensemble, près de la moitié des hommes âgés de 15 à 24 ans et un quart des femmes de la même tranche d'âge sont alphabétisés. Les centres urbains (66% pour les hommes et 46% pour les femmes) concentrent un effectif proportionnellement plus élevé de personnes alphabétisées que les zones rurales (24% pour les hommes et 6% pour les femmes).

Le taux d'alphabétisation varie selon les préfectures et le sexe. Comme toujours, la Capitale Bangui se distingue des autres préfectures avec un taux d'alphabétisation de 74% pour les hommes et 60% pour les femmes. Les autres préfectures peuvent être classées en quatre groupes. Le premier est celui des préfectures ayant des taux d'alphabétisation supérieurs à la moyenne nationale tant pour les hommes que pour les femmes : la préfecture de l'Ombella-M'poko est la seule qui vérifie cette condition. Viennent ensuite les préfectures ayant des taux d'alphabétisation des hommes et des femmes inférieurs à la moyenne. Font partie de ce groupe, les préfectures de Sangha-Mbaéré, de Kémo et de la Nana-Grébizi. Le troisième groupe est constitué des préfectures dont le pourcentage de femmes alphabétisées est supérieur à la moyenne nationale ; c'est la situation exceptionnelle du Haut-Mbomou. Enfin, le quatrième groupe rassemble les autres préfectures dont les taux d'alphabétisation des hommes et des femmes sont en dessous des moyennes nationales.

Le taux d'alphabétisation varie considérablement par région et selon le sexe. Mis à part la capitale Bangui, la région 1 (43%) et la région 5 (42%) sont celles qui présentent un pourcentage plus élevé d'hommes alphabétisés. On note toutefois que l'alphabétisation des femmes ne suit pas celle des hommes dans ces deux régions qui affichent un pourcentage faible de femmes alphabétisées. La région 6 se particularise avec un faible taux d'alphabétisation des hommes (18%) et des femmes (11%).

Le niveau d'instruction influence dans une certaine mesure l'aptitude à lire et à écrire. Les résultats de l'enquête indiquent que 20% des hommes et 10% des femmes ayant le niveau primaire ont fait preuve de leur aptitude à lire et à écrire. En comparant le taux d'alphabétisation des deux générations, on remarque que les plus jeunes appartenant à la tranche d'âge 15 à 19 ans sont moins alphabétisés par rapport à leurs aînés âgés de 20 à 24 ans. Le taux d'alphabétisation est évalué respectivement à 41% pour la jeune génération et 50% pour la vielle génération, soit un écart de près de 9 points. En ce qui concerne les femmes, le taux d'alphabétisation est estimé à 24% chez les femmes de 15 à 19 ans et 28% chez celles appartenant à la tranche d'âge 20 à 24 ans soit une différence d'environ 4 points.

Quel que soit le sexe, on note une augmentation du taux d'alphabétisation selon le niveau de vie du ménage. En ce qui concerne les hommes, la proportion des alphabétisés croît avec le niveau de vie du ménage, passant de 17% chez ceux qui vivent dans les ménages les plus

pauvres à 73% chez ceux des ménages les plus riches. Par contre, les femmes qui vivent dans les ménages les plus pauvres (3%) ou pauvres (6%) sont plus faiblement alphabétisées que leurs congénères appartenant aux ménages riches (34%) ou plus riches (58%).

Tableau ED.9: Alphabétisation des **adultes :** Pourcentage de femmes et des hommes âgés de 15-24 ans alphabétisés, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes alphabétisées *	Pourcentage de femmes dont la situation n'est pas connue	Nombre de femmes âgées de 15-24 ans	Pourcentage d'hommes alphabétisés *	Pourcentage d'hommes dont la situation n'est pas non connue	Nombre d'hommes âgés de 15-24 ans
Milieu de résidence						
Urbain	46,4	2,0	2459	66,0	4,3	951
Rural	6,0	1,8	2524	23,9	2,1	885
Préfecture						
Ombella-M'poko	37,4	1,7	460	57,1	5,8	181
Lobaye	11,4	7,3	272	27,1	6,7	89
Mambéré-Kadéi	13,6	,6	523	30,8	,5	166
Nana-Mambéré	13,8	1,3	255	35,7	,0	91
Sangha-Mbaéré	20,0	1,1	199	40,3	6,9	78
Ouham-Pendé	9,0	,0	536	31,4	1,5	141
Ouham	7,8	,0	343	34,9	,5	132
Kémo	21,0	2,2	130	38,0	,8	38
Nana-Grébizi	17,9	,2	108	38,6	1,6	43
Ouaka	14,9	,7	314	31,7	2,8	106
Haute-Kotto	10,6	2,7	93	36,5	1,3	32
Bamingui-Bangoran	19,7	,5	52	50,9	1,9	20
Basse-Kotto	4,9	3,3	282	14,4	2,5	129
Mbomou	9,9	5,5	172	23,5	3,2	62
Haut-Mbomou	33,7	2,6	74	23,3	37,7	14
Bangui	59,5	2,5	1173	74,4	3,7	515
Région Administrative						
Région 1	27,8	3,8	732	47,2	6,1	270
Région 2	15,0	,9	976	34,4	1,9	334
Région 3	8,5	,0	879	33,1	1,0	273
Région 4	16,9	,9	552	34,6	2,1	187
Région 5	13,8	1,9	145	42,1	1,5	51
Région 6	10,5	3,9	527	17,8	5,2	205
Région 7	59,5	2,5	1173	74,4	3,7	515
Niveau d'instruction						
Sans niveau	,4	2,1	1627			
Primaire	10,1	2,1	2274	19,8	5,1	965
Secondaire & +	100,0	,0	1056	100,0	,0	646
Age						
15-19	23,7	2,3	2572	40,5	3,8	860
20-24	28,3	1,4	2411	50,3	2,8	975
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	3,2	1,2	854	17,0	,2	292
Pauvre	6,4	1,7	908	26,3	4,6	319
Moyen	13,9	1,3	933	35,7	,6	326
Riche	34,0	3,0	1067	54,0	4,4	348
Le plus riche	58,4	1,9	1222	72,9	4,9	550
Total	**25,9**	**1,9**	**4984**	45,7	3,3	1836

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006*
MICS Indicateur 60; OMD Indicateur 8

Conclusion

La réalisation de l'enquête MICS 3 à neuf ans de l'échéance des OMD permet de dégager le bilan à mi-parcours de 6 années d'actions conjointes menées par le Gouvernement centrafricain avec l'appui de ses partenaires au développement. En effet, la RCA s'était engagée à assurer l'éducation primaire pour tous les enfants et à assurer une éducation de qualité au primaire et au secondaire. Les résultats obtenus en 2006 montrent que ces objectifs ne pourront être atteints que si des mesures plus appropriées sont mises en œuvre.

La RCA, en raison du faible niveau de scolarisation des filles devrait tout mettre en œuvre conformément à l'Initiative des Nations Unies pour l'Education des filles (UNGEI, 2002), pour relever le TNS des filles à plus de 50%. Les résultats obtenus en 2006 montrent que la RCA a encore un long chemin à parcourir surtout dans les zones rurales où les disparités sont criardes.

En effet, à peine 13% des enfants âgés de 6 ans ont effectivement été scolarisés à temps. Cet âge légal n'est pas du tout respecté car la plupart des parents attendent deux ou trois ans plus tard pour inscrire leurs enfants à l'école. Au niveau primaire, à peine 51% des enfants âgés de 6 à 11 ans ont cette chance de fréquenter ce niveau d'étude. Cette moyenne nationale cache d'importantes disparités entre milieux de résidence et sexes. De manière générale, à peine un tiers des filles qui vivent dans les zones rurales ont la chance d'aller à l'école.

L'enseignement primaire est marqué par un taux de redoublement très élevé. On y observe 39% des enfants âgés de plus de 12 ans qui devrait normalement fréquenter le secondaire, mais qui continuent de fréquenter ce niveau d'étude. Ceux-ci exercent une certaine pression sur les maigres ressources disponibles (enseignants, manuels didactiques, table-bancs etc.).

La survie scolaire qui donne une estimation du nombre d'enfants pouvant atteindre la dernière classe du primaire (CM2) est estimée à 44%. Ce qui veut dire que moins de la moitié des enfants scolarisés, en admettant, que les conditions des études ne vont pas changer, pourront atteindre la classe de CM2. En outre, le taux d'achèvement net au primaire pour les enfants de 11 ans est estimé à 7%. On a observé pendant cette période un taux de transition au secondaire de 23% qui atteste que l'accès à ce cycle est faible. Les estimations par cycle donnent un taux de scolarisation de 10% (12% pour les garçons contre 9% pour les filles).
On note par ailleurs que près d'un tiers des enfants âgés de 6 à 18 ans (dont 37% des filles contre 24% des garçons) ne sont jamais scolarisés.

Que ce soit au primaire ou au secondaire, les filles continuent d'être les victimes des pesanteurs socioculturelles qui réduisent leurs chances de fréquenter l'école comme les garçons. La RCA vient ainsi de manquer le rendez-vous OMD de 2005 qui visait principalement la réduction de la disparité entre les sexes. Etant donné que l'échec de cette première étape devrait mettre en péril la réalisation des objectifs fixés pour 2015, il est important que tous les acteurs de l'éducation s'investissent pour que la RCA puisse honorer ses engagements en matière d'éducation.

XI. Protection de l'enfant

Ce chapitre porte sur la protection de l'enfant contre toute forme de discrimination, de violence, d'abus et d'exploitation. Au niveau national, des efforts sont en train d'être faits pour l'harmonisation de la législation nationale aux conventions internationales relatives à l'enfant et à la femme. On note l'existence d'un code de la famille, d'un code du travail en cours de révision, d'une loi instituant le tribunal pour enfant, des textes règlementaires instituant un parlement des enfants et des comités de suivi de la Convention relative aux Droits de l'enfant (CDE) et de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF). Malgré ces efforts de réglementation, des situations de discrimination, de violence, d'abus et d'exploitation persistent.

Dans ce chapitre, l'analyse portera sur les questions d'enregistrement des naissances, du travail des enfants, du mariage, de l'excision et du handicap des enfants.

11.1 Enregistrement des naissances

L'article 7 de la Convention relative aux droits de l'enfant stipule que chaque enfant a droit à un nom, une nationalité ainsi qu'à l'enregistrement à l'état civil. L'enregistrement des naissances est un droit fondamental de garantir à ces enfants ces droits. Un des objectifs d'un Monde digne des enfants est d'élaborer des systèmes pour garantir l'enregistrement à l'état-civil de chaque enfant, à la naissance ou peu après la naissance, et préserver ainsi son droit à avoir un nom et une nationalité, conformément aux lois nationales et aux instruments internationaux compétents.

L'enquête MICS3, entre autres, permet d'évaluer l'ampleur du phénomène afin de s'assurer de la mise en application des dispositions relatives à l'enregistrement des naissances. Cette section traite des naissances enregistrées ou non des enfants âgés de moins de cinq ans et les raisons de non enregistrement.

11.1.1 Situation d'enregistrement des naissances

Le tableau CP1 indique qu'au niveau national près de la moitié (49%) des enfants de moins de cinq ans a été enregistrée à l'état civil ; ce qui atteste que les naissances des enfants sont très peu déclarées en RCA. Selon le milieu de résidence, on note que plus de deux tiers des enfants ont été enregistrés en milieu urbain contre seulement un tiers en milieu rural, soit une proportion deux fois plus faible en milieu rural.

La répartition de l'enregistrement des naissances par sexe, montre que les garçons (51%) sont légèrement mieux enregistrés que les filles (48%) bien que l'écart ne soit pas considérable. Les disparités observées selon l'âge des enfants traduisent le fait que l'enregistrement des naissances en majorité est fait à l'Etat Civil très tard après les naissances contrairement à l'article 134 du code de la famille qui dispose que tout enfant doit être déclaré dans le mois qui suit la naissance.

L'analyse par préfecture indique que l'enregistrement des naissances dans la Sangha-Mbaéré, le Haut-Mbomou, la Haute-Kotto, l'Ombella-M'poko et le Bamingui-Bangoran (de la moitié à plus de deux tiers) est plus élevé. Pourtant à l'exception de l'Ombella-M'poko, les quatre préfectures sont situées plus à l'extrême par rapport à la capitale Bangui où l'enregistrement des naissances est fait pour plus de deux tiers des enfants. Ces localités seraient probablement bien pourvues de centre d'Etat-civil, car non affectées par les conflits.

Au niveau régional, les naissances sont mieux enregistrées (entre 52% et 76%) dans les régions 1, 2, 5 et 7. La région 3 située dans le Nord-Ouest de la RCA présente un niveau d'enregistrement des naissances plus faible (moins d'un tiers) de tout le reste.

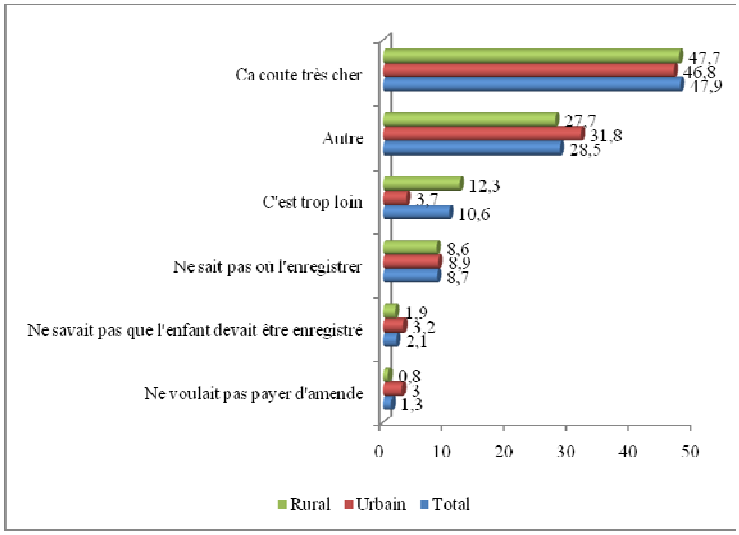
Les enfants à la charge des mères sans instruction sont enregistrés seulement à un tiers , de ce fait plus défavorisés que les enfants dont les mères ont atteint le niveau primaire (55%) mais qui sont, eux aussi, moins favorisés que les progénitures des mères du niveau secondaire ou plus (78%). Il existe, bien évidemment, un lien entre le niveau d'instruction des mères et l'enregistrement des naissances. Par rapport au statut économique, les enfants qui vivent dans les ménages les plus pauvres (23%) et les ménages pauvres (36%) sont plus défavorisés que ceux qui vivent dans des ménages riches (64%) ou plus riches (83%).

11.1.2 Causes du non enregistrement des naissances

Le problème du coût jugé excessif (48%) est la principale difficulté qui défavorise l'enregistrement des naissances. Il existe d'autres causes non élucidées citées à près d'un tiers constituant aussi des raisons importantes qui empêchent de faire enregistrer les enfants à l'Etat civil dans l'ensemble du pays. Le coût excessif est le principal handicap à l'enregistrement des naissances aussi bien en milieu urbain (49%) qu'en milieu rural (48%). S'agissant d'autres raisons non spécifiées, les ménages en milieu urbain les ont citées à plus d'un tiers (32%) contrairement aux ménages en milieu rural (28%). Les autres causes sont l'éloignement des centres d'Etat civil 11%, l'ignorance 2%, le déficit d'information, 9% et la lenteur administrative 29%.

Le coût très élevé est évoqué par plus de cinq personnes sur dix dans les préfectures de la Nana-Grébizi, l'Ombella-M'poko, la Basse-Kotto, l'Ouham-Pendé, la Kémo et la Ouaka. S'agissant de l'éloignement du lieu d'enregistrement, entre une et quatre personnes sur dix pensent que les centres d'Etat civil sont éloignés de leur résidence dans les préfectures de Bamingui-Bangoran, Haute-Kotto, Mbomou, Ouaka, Nana-Mambéré, Basse-Kotto, Ouham et Kémo.

Graphique CP.1 : Répartition des enquêtés par raison de non enregistrement des naissances



Parmi les raisons évoquées par les ménages pour justifier le non enregistrement des naissances de leurs enfants, on note : le coût de l'enregistrement jugé excessif (48%), l'éloignement des centres d'Etat civil (11%) et d'autres raisons non élucidées (29%). S'agissant du coût de l'enregistrement, les variations observées ne sont pas très significatives entre milieu de résidence ou le niveau d'instruction de la mère. En revanche, les ménages pauvres (52%) sont proportionnellement plus nombreux à évoquer le problème de coût d'enregistrement jugés excessif par rapport aux ménages plus riches (33%).

Tableau CP.1: Répartition (%) des enfants âgés de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée et les raisons de non enregistrement

	Naissance enregistrée *	Ne sait pas si la naissance est enregistrée	Nombre d'enfants de 0-59 mois	Raisons de non enregistrement de naissance (%)							Total	Nombre d'enfants de 0-59 mois non enregistré à l'état civil
				Ca coûte très cher	C'est trop loin	Ne savait pas que l'enfant devrait être enregistrée	Ne voulait pas payer d'amende	Ne sait pas ou l'enregistrer	Autre	Manquant		
Sexe												
Masculin	50,9	1,6	4858	48,4	10,1	1,6	1,2	8,0	30,0	,7	100,0	2310
Féminin	47,5	1,7	4727	47,4	11,1	2,6	1,3	9,4	27,2	1,0	100,0	2403
Milieu												
Urbain	72,0	1,8	3552	48,6	3,7	3,2	3,0	8,9	31,8	,8	100,0	930
Rural	35,8	1,5	6033	47,7	12,3	1,9	,8	8,6	27,7	,9	100,0	3783
Préfecture												
Ombella-M'poko	58,2	1,4	841	55,3	9,8	1,4	3,1	12,5	17,5	,3	100,0	340
Lobaye	44,0	,7	627	44,2	8,6	3,5	4,5	5,6	33,7	,0	100,0	347
Mambéré-Kadéi	49,6	,5	1175	46,5	5,9	1,6	1,4	13,2	31,0	,4	100,0	586
Nana-Mambéré	47,6	2,7	601	34,5	17,1	4,1	,0	14,1	27,6	2,6	100,0	299
Sangha-Mbaéré	70,4	1,4	475	33,9	8,4	4,2	1,7	12,2	39,3	,4	100,0	134
Ouham-Pendé	30,9	3,5	1224	53,9	3,6	2,4	,0	10,4	28,6	1,1	100,0	803
Ouham	23,6	,5	742	47,4	13,9	1,0	,7	2,6	33,8	,6	100,0	564
Kémo	43,4	1,1	235	53,7	13,0	3,1	3,4	11,9	15,0	,0	100,0	131
Nana-Grébizi	31,2	,1	209	58,3	11,5	1,4	,0	2,4	25,6	,8	100,0	143
Ouaka	48,4	1,2	681	54,3	17,5	1,1	,8	5,4	20,5	,4	100,0	343
Haute-Kotto	54,7	1,1	170	37,4	27,4	,2	,0	8,4	24,8	1,9	100,0	75
Bamingui-Bangoran	62,1	1,3	97	33,0	40,1	3,4	3,0	3,8	15,3	1,3	100,0	36
Basse-Kotto	32,8	,4	540	55,1	15,3	,2	,0	5,4	23,3	,7	100,0	361
Mbomou	45,4	2,5	405	41,3	18,2	1,4	1,3	10,4	26,3	1,1	100,0	211
Haut-Mbomou	68,5	1,4	96	15,7	10,2	5,7	3,5	32,9	30,8	1,2	100,0	29
Bangui	76,2	2,6	1465	39,7	2,7	5,0	2,4	5,9	42,4	1,9	100,0	311
Région administrative												
Région 1	52,1	1,1	1469	7,2	1,3	,4	,6	1,3	3,7	,0	14,6	687
Région 2	53,4	1,3	2251	8,9	2,1	,6	,2	2,9	6,7	,2	21,6	1019
Région 3	28,1	2,3	1966	14,9	2,3	,5	,1	2,1	8,9	,3	29,0	1367
Région 4	44,2	1,0	1125	7,2	2,0	,2	,2	,8	2,7	,1	13,1	617
Région 5	57,4	1,2	267	,8	,7	,0	,0	,2	,5	,0	2,3	111
Région 6	41,0	1,3	1041	6,2	2,1	,1	,1	1,1	3,2	,1	12,8	601
Région 6	76,2	2,6	1465	2,6	,2	,3	,2	,4	2,8	,1	6,6	311
Âge												
0-11 mois	38,6	,9	2183	45,4	10,4	2,0	,9	9,2	31,4	,7	100,0	1319
12-23 mois	48,7	1,6	1844	48,3	9,5	1,7	1,3	8,8	29,8	,6	100,0	917
24-35 mois	52,1	2,4	1814	47,3	12,7	2,0	1,2	8,2	28,3	,3	100,0	825
36-47 mois	53,6	1,5	1936	51,6	11,3	2,2	1,6	8,1	24,3	,9	100,0	869
48-59 mois	55,8	1,7	1676	49,5	9,9	3,1	1,2	8,8	26,0	1,5	100,0	712
Niveau d'instruction de la												
Sans niveau	33,6	1,6	4125	47,9	11,6	2,8	,7	9,5	26,6	,8	100,0	2674
Primaire	55,1	1,8	4007	48,4	10,0	1,2	2,1	7,4	30,2	,8	100,0	1729
Secondaire & +	77,7	1,4	1410	46,0	5,1	1,7	,7	6,9	37,8	1,7	100,0	295
Quintile de bien-être												
Le plus pauvre	22,6	1,6	2013	51,8	12,2	1,8	,5	7,4	25,5	,6	100,0	1528
Pauvre	35,8	1,5	2045	46,2	12,7	2,0	1,6	9,7	26,8	1,1	100,0	1282
Moyen	49,2	1,0	2075	48,3	10,2	1,9	1,0	9,9	28,5	,2	100,0	1035
Riche	64,1	2,1	1855	46,8	4,4	3,7	1,6	7,6	34,8	1,2	100,0	628
Le plus riche	82,7	2,3	1596	33,1	8,1	1,2	4,6	9,4	40,7	2,8	100,0	240
Total	49,2	1,6	9585	47,9	10,6	2,1	1,3	8,7	28,5	,9	100,0	4713

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 62

11.2 Travail des enfants

La Convention relative aux droits des enfants dispose en son Article 32 que les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à être protégé contre l'exploitation économique et contre toute forme de travail susceptible d'être dangereuse ou de s'opposer à l'éducation de l'enfant, ou d'être dangereuse pour la santé de l'enfant ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social. L'article 125 du code de travail dispose que tout enfant âgé de moins de 14 ans ne peut exercer une activité professionnelle. Dans le cadre de la MICS3, plusieurs questions ont porté sur le travail des enfants pour mesurer plus particulièrement l'implication d'enfants âgés de 5 à 14 ans dans des activités professionnelles.

Un enfant dont l'âge est compris entre 5 et 11 ans est considéré comme "travailleur" au moment de l'enquête si durant la semaine qui a précédé l'enquête, celui-ci a effectué au moins une heure de travail rémunéré ou 28 heures de corvées ménagères par semaine. Il en est de même pour tout enfant âgé de 12 à 14 ans qui a effectué au moins 14 heures de travail rémunéré ou 28 heures de travail ménager par semaine. La préoccupation majeure dans cette section est de faire la différence entre le travail rémunéré et le travail domestique afin d'identifier le type de travail devant être éliminé.

11.2 .1 Ampleur du travail des enfants

Le tableau CP.2 permet de constater, dans l'ensemble, que près de cinq enfants sur dix travaillent effectivement. La répartition par milieu de résidence indique que trois enfants sur dix travaillent en milieu urbain contrairement au milieu rural où on en dénombre cinq. Les enfants sont un peu plus au travail en milieu rural que dans les centres urbains. Cela s'explique par l'aide accrue des enfants aux parents dans l'agriculture, la pêche, l'élevage et les mines.

Au niveau des préfectures, la Lobaye, l'Ouham, la Haute-Kotto, la Nana-Grébizi, la Ouaka, la Kémo, la Basse-Kotto, le Haut-Mbomou et l'Ouham-Pendé avec des pourcentages oscillant entre 51% et 69% sont des zones de forte intensité de travail des enfants. Au niveau régional, les enfants sont plus impliqués (entre 49% et 56%) au travail dans les régions 1, 3, 4, 5 et 6. La faible protection de l'enfant au sein de ces régions serait due à la sous représentation des institutions de défense des droits de l'enfant ou au non respect des textes inhérents aux droits de celui-ci.

Les filles sont, plus exposées au travail que les garçons, avec près de cinq filles sur dix qui travaillent contre quatre garçons sur dix. On peut egalement noter que plus de cinq enfants de 5 à 11 ans sur dix contre trois de 12 à 14 ans sur dix travaillent ; ce qui atteste qu'en RCA, les enfants entrent très précocement dans le milieu du travail.

Près de la moitié des enfants issus de mères sans instruction ou de niveau primaire travaillent. En d'autres termes les enfants à la charge des mères moins ou non instruites sont moins bien protégés que ceux dont les mères ont un niveau d'étude élevé. En ce qui concerne le statut du bien-être économique les résultats de l'enquête révèlent que la moitié des enfants qui travaillent vivent dans des ménages plus pauvres, pauvres et moyens. Mais cette réalité n'occulte pas le fait que les riches et les plus riches sont aussi nombreux (à plus d'un tiers) à déclarer que leurs enfants travaillent.

Tableau CP.2: Répartition (%) des enfants âgés de 5-14 ans impliqués dans les activités de travail par type d'activités

Caractéristiques	Travaille en dehors du ménage		Domestique pour 28 heures ou plus par semaine	Travaille dans l'entreprise familiale	Total travail de l'enfant *	Nombre d'enfants âgés de 5-14 ans
	Travail rémunéré	Travail non rémunéré				
Sexe						
Masculin	2,6	15,6	7,0	29,7	43,7	7843
Féminin	2,3	17,1	9,9	34,3	49,4	7519
Milieu						
Urbain	1,6	18,4	7,0	21,5	38,5	6336
Rural	3,0	14,9	9,4	39,3	52,2	9026
Préfecture						
Ombella-M'poko	,8	13,5	7,9	25,8	39,1	1260
Lobaye	15,9	24,4	6,2	60,1	68,6	943
Mambéré-Kadéï	1,2	8,8	6,3	35,3	41,5	1817
Nana-Mambéré	4,0	,8	9,1	33,2	36,7	1146
Sangha-Mbaéré	1,3	10,4	9,6	23,3	38,1	672
Ouham-Pendé	1,8	19,2	5,3	34,8	50,8	1769
Ouham	,5	31,7	11,0	41,7	64,1	1112
Kémo	1,8	18,6	7,3	37,6	52,3	375
Nana-Grébizi	1,9	25,3	14,3	29,9	54,5	367
Ouaka	,8	9,3	21,4	31,6	52,8	1065
Haute-Kotto	,1	25,3	13,9	35,3	61,4	237
Bamingui-Bangoran	,1	23,5	10,3	24,3	47,2	142
Basse-Kotto	2,3	15,8	8,9	39,7	53,6	961
Mbomou	1,4	6,4	5,7	35,0	41,7	681
Haut-Mbomou	7,3	21,8	8,4	29,2	50,9	153
Bangui	1,4	22,3	5,2	14,8	34,3	2663
Région administrative						
Région 1	7,2	18,2	7,2	40,5	51,8	2202
Région 2	2,1	6,6	7,8	32,4	39,4	3635
Région 3	1,3	24,0	7,5	37,4	55,9	2881
Région 4	1,3	14,4	17,0	32,5	53,0	1806
Région 5	,1	24,7	12,5	31,2	56,1	379
Région 6	2,4	12,7	7,6	37,0	48,9	1795
Région 7	1,4	22,3	5,2	14,8	34,3	2663
Age						
5-11 ans	2,6	20,9	6,7	35,8	51,5	11441
12-14 ans	2,1	2,9	13,4	20,8	31,9	3921
Fréquentation scolaire						
Oui	2,4	16,8	8,8	30,6	45,9	8275
Non	2,5	15,7	7,9	33,6	47,2	7087
Niveau d'instruction de la mère						
Sans niveau	2,6	14,8	8,5	35,7	48,5	6845
Primaire	2,7	18,7	8,8	33,9	49,5	5854
Secondaire & +	1,2	14,7	7,1	17,7	33,7	2580
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	2,5	14,3	11,1	40,1	53,5	2850
Pauvre	1,7	14,7	9,0	38,2	52,0	3050
Moyen	3,4	19,4	9,5	37,6	52,8	3068
Riche	3,6	16,5	7,2	29,3	43,1	3226
Le plus riche	,9	16,7	5,6	15,9	32,4	3167
Total	**2,4**	**16,3**	**8,4**	**32,0**	**46,5**	**15362**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 71

11.2.2 Travail des enfants et scolarité

Un enfant qui fréquente l'école doit, en principe, disposer d'assez de temps pour se consacrer à ses études. Les données de l'enquête permettent de faire le recoupement entre la fréquentation scolaire et le travail pour voir l'impact du travail des enfants sur leurs études.

Le tableau CP.3 indique au niveau national que sur 46% d'enfants travailleurs reconnus comme tels, nombreux (53%) sont ceux qui travaillent mais n'arrêtent pas d'aller à l'école. Par contre, parmi les enfants scolarisés, plus de cinq sur dix déclarent travailler bien qu'ils fréquentent. Sept enfants sur dix en milieu urbain contre quatre seulement en milieu rural travaillent tout en allant à l'école. C'est une caractéristique à majorité urbaine. Les élèves travailleurs sont plus nombreux (54%) en milieu rural qu'en milieu urbain (39%).

La répartition par sexe des enfants travailleurs élèves montre que les garçons sont plus exposés (59%) que les filles au phénomène de travailleur élève. L'écart est du à la logique de la tradition qui veut qu'on prépare plus les garçons à la vie active que les filles. S'agissant du pourcentage d'élèves qui travaillent, les filles sont légèrement plus nombreuses (48%) que les garçons (44%) du fait de leurs occupations ménagères.

Au niveau régional, à l'exception de la région 7 Bangui (34%) où il y a moins de travailleurs élèves, on note entre 40% et 57% des travailleurs élèves. Parmi les travailleurs élèves de Bangui, nombreux (82%) sont ceux qui continuent de fréquenter.

Les préfectures où le phénomène des enfants travailleurs élèves est assez considérable (54% à 68%) sont : la Sangha-Mbaéré, l'Ombella-M'poko, la Lobaye, la Kémo, la Nana-Grébizi, la Ouaka, le Bamingui-Bangoran, le Mbomou et le Haut-Mbomou. La ville de Bangui (82%) est le lieu où le phénomène est très accentué. Par contre, les élèves travailleurs sont très nombreux (entre la moitié et plus de deux tiers) dans les préfectures de la Lobaye, l'Ouham, la Haute-Kotto, la basse-Kotto, la Ouaka, la Nana-Grébizi et la Kémo. Mais la Lobaye, l'Ouham et la Haute-Kotto sont les zones de prédilection (64% à 72%) des élèves travailleurs. Cela pourrait s'expliquer par la participation des enfants aux travaux agricoles ou miniers.

Le pourcentage des enfants travailleurs élèves est plus élevé dans la tranche 12 à 14 ans (57%) que chez les enfants de 5 à 11 ans. En ce qui concerne les élèves travailleurs, par contre, l'écart se creuse beaucoup davantage en défaveur des enfants de 5-11 ans (plus de la moitié travaillent) que ceux de 12-14 ans (un tiers seulement travaille).

L'amélioration du niveau d'instruction de la femme semble favoriser le développement du phénomène travailleurs élèves contrairement à celui des élèves qui travaillent. En effet, le pourcentage des travailleurs- élèves est deux fois plus élevé chez les enfants issus de mère de niveau secondaire ou plus que chez ceux de mère sans instruction. Du côté des élèves travailleurs c'est l'inverse qui se produit dans la mesure où environ cinq enfants de la catégorie sans niveau et niveau primaire travaillent pendant la période de leur scolarité contre seulement trois du secondaire et plus. Le niveau de vie indique que les enfants qui vivent dans les ménages défavorisés, estimés entre trois et cinq, sont moins travailleurs élèves que ceux des ménages aisés qui se situent entre six et huit individus.

Tableau CP.3: Répartition (%) des enfants travailleurs élèves et des enfants élèves travailleurs âgés de 5 à 14 ans

Caractéristiques	Pourcentage d'enfants qui travaillent *	Pourcentage d'enfants scolarisés ***	Nombre d'enfants âgés de 5-14 ans	Pourcentage d'enfants qui travaillent tout en allant à l'école **	Nombre d'enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent en allant à l'école	Pourcentage d'élèves qui travaillent aussi ****	Nombre d'élèves âgés de 5-14 ans
Sexe							
Masculin	43,7	58,9	7843	59,3	3427	44,0	4620
Feminin	49,4	48,6	7519	47,5	3717	48,3	3655
Milieu							
Urbain	38,5	70,1	6336	70,4	2436	38,6	4442
Rural	52,2	42,5	9026	44,3	4708	54,4	3833
Préfecture							
Ombella-M'poko	39,1	62,2	1260	58,8	493	37,0	783
Lobaye	68,6	48,5	943	50,9	647	72,1	457
Mambéré-Kadéi	41,5	48,5	1817	49,3	755	42,3	880
Nana-Mambéré	36,7	41,8	1146	37,6	421	33,1	479
Sangha-Mbaéré	38,1	54,9	672	59,7	256	41,4	369
Ouham-Pendé	50,8	45,5	1769	44,5	898	49,6	805
Ouham	64,1	43,1	1112	46,7	712	69,4	479
Kémo	52,3	51,6	375	53,8	196	54,6	193
Nana-Grébizi	54,5	52,2	367	55,7	200	58,2	191
Ouaka	52,8	50,7	1065	55,6	562	57,9	540
Haute-Kotto	61,4	43,9	237	45,5	145	63,6	104
BamínguiBangoran	47,2	56,2	142	56,9	67	47,9	80
Basse-Kotto	53,6	33,2	961	34,6	515	55,8	320
Mbomou	41,7	47,7	681	54,2	284	47,4	325
Haut-Mbomou	50,9	69,6	153	67,8	78	49,6	106
Bangui	34,3	81,2	2663	81,5	914	34,4	2162
Région administrative							
Région 1	51,8	56,3	2202	54,3	1140	49,9	1241
Région 2	39,4	47,5	3635	47,7	1432	39,6	1728
Région 3	55,9	44,6	2881	45,5	1611	57,0	1285
Région 4	53,0	51,2	1806	55,3	958	57,3	925
Région 5	56,1	48,5	379	49,1	213	56,8	184
Région 6	48,9	41,8	1795	43,9	877	51,3	751
Région 7	34,3	81,2	2663	81,5	914	34,4	2162
Age							
5-11 ans	51,5	50,8	11441	52,4	5892	53,1	5815
12-14 ans	31,9	62,7	3921	57,0	1252	29,0	2460
Niveau d'instruction de la mère							
Sans niveau	48,5	40,7	6845	41,8	3320	49,8	2788
Primaire	49,5	56,8	5854	57,6	2899	50,2	3324
Secondaire & +	33,7	82,0	2580	81,9	871	33,7	2116
Quintile de bien-etre économique							
Le plus pauvre	53,5	32,0	2850	34,2	1524	57,2	913
Pauvre	52,0	40,1	3050	43,9	1585	56,9	1222
Moyen	52,8	49,2	3068	50,2	1619	53,9	1509
Riche	43,1	65,3	3226	67,1	1391	44,3	2105
Le plus riche	32,4	79,7	3167	81,5	1025	33,1	2525
Total	46,5	53,9	15362	53,2	7144	45,9	8275

Source : Institut Centrafricain des Statistiques, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006** MICS Indicateur 72**** MICS Indicateur 73

11.2.3 Conditions de travail

Il s'agit du temps mis au travail, la rémunération et le travail dangereux à éliminer. Les conditions sont liées aux horaires de travail et à la durée du travail qu'à la rémunération et au caractère dangereux du travail selon le code du travail (art 125), un enfant ne doit pas travailler en dessous de 14 ans et ne doit pas porter des charges de plus de 50 kgs.

a) Rémunération du travail

Les résultats du tableau CP.2w montrent qu'au niveau national, très peu d'enfants (3%) travaillent en dehors du ménage en contre-partie d'une rémunération. Les enfants sont nombreux (78%) à effectuer des travaux domestiques. Toutefois, on n'observe pas de différence significative dans le cas des travaux domestiques entre milieux de résidence respectivement 77% et 79%. Par contre, les filles sont plus occupées par les travaux domestiques que les garçons (écart de 6 points).

S'agissant des entreprises familiales les résultats de l'enquête montrent que 40% des enfants s'y consacrent effectivement. On observe également qu'il y a plus de filles (42%) que de garçons (37%) qui travaillent dans lesdites entreprises. Quant au travail non rémunéré hors du ménage, les enfants en milieu urbain (18%) travaillent un peu plus que ceux du milieu rural (15%). Enfin, les occupations relatives à l'entreprise familiale mobilisent plus les enfants vivant en milieu rural(47%) que ceux du milieu urbain (29%).

Les travaux hors du ménage non rémunérés sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale (22%) dans les préfectures de l'Ouham, la Nana-Grébizi, la Haute-Kotto, le Bamingui-Bangoran et la ville de Bangui. S'agissant des travaux domestiques, nombreuses sont les préfectures qui présentent des proportions autour de la moyenne (78%). A la question de savoir combien d'enfants dans l'ensemble travaillent dans les entreprises familiales, la Lobaye à elle seule représente une proportion (60%) deux fois supérieure à la moyenne.

Quelle que soit la tranche d'âges considérée, les enfants qui travaillent dans les entreprises familiales sont plus nombreux que ceux qui travaillent en contre-partie d'une rémunération ou gratuitement. Cependant, on constate que la moitié des enfants de 12 à 14 ans s'adonnent plus aux entreprises familiales que ceux âgés de 5 à 11 ans (36%). Selon le niveau d'instruction des mères, on observe aucune distinction entre les enfants dans les travaux domestiques; Ce qui n'est pas le cas dans les entreprises familiales où ce sont les enfants des femmes non instruites et du niveau primaire (57% et 59%) qui sont plus défavorisés que ceux des femmes plus instruites (44%).

Enfin, en moyenne huit enfants sur dix travaillent dans le ménage quel que soit le statut de bien être économique considéré. Toutefois, on relève que les enfants des ménages défavorisés (46%) sont plus occupés dans les entreprises familiales que les autres.

Tableau CP.2w: Répartition (%) des enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent couramment et ceux impliqués dans les du travail de l'enfant (à éliminer, selon le type de l'activité

Caractéristiques	Tout travail de l'enfant en dehors du ménage et rémunéré	Travail rémunéré (à éliminer) en dehors du ménage	Tout travail de l'enfant en dehors du ménage et non-rémunéré	Travail en dehors du ménage non-rémunéré (à éliminer)	Tout travail domestique	Domestique pour 28 heures et plus par semaine	Tout travail de l'enfant pour l'entreprise familiale	Tout travail de l'enfant (à éliminer) pour l'entreprise familiale	Tout travail de l'enfant	Total travail de l'enfant *	Nombre d'enfants de 5-14 ans par age
Sexe											
Masculin	3,4	2,6	20,6	15,6	75,0	7,0	36,8	29,7	52,6	43,7	7843
Feminin	2,9	2,3	22,7	17,1	80,9	9,9	42,3	34,3	58,9	49,4	7519
Milieu											
Urbain	1,9	1,6	25,7	18,4	76,6	7,0	29,0	21,5	49,1	38,5	6336
Rural	4,0	3,0	18,8	14,9	78,7	9,4	46,9	39,3	60,4	52,2	9026
Préfecture											
Ombella-M'poko	1,0	,8	18,2	13,5	76,1	7,9	34,4	25,8	48,6	39,1	1260
Lobaye	16,7	15,9	27,1	24,4	86,5	6,2	66,5	60,1	73,7	68,6	943
Mambéré-Kadéi	1,9	1,2	12,1	8,8	81,4	6,3	46,6	35,3	53,6	41,5	1817
Nana-Mambéré	6,8	4,0	1,0	,8	69,2	9,1	43,2	33,2	46,8	36,7	1146
Sangha-Mbaéré	1,8	1,3	13,9	10,4	79,4	9,6	30,4	23,3	46,5	38,1	672
Ouham-Pendé	2,6	1,8	24,4	19,2	71,1	5,3	41,2	34,8	59,3	50,8	1769
Ouham	1,4	,5	42,4	31,7	88,9	11,0	48,1	41,7	71,4	64,1	1112
Kémo	2,2	1,8	22,5	18,6	83,2	7,3	49,1	37,6	64,0	52,3	375
Nana-Grébizi	2,0	1,9	36,7	25,3	83,9	14,3	37,3	29,9	63,5	54,5	367
Ouaka	1,4	,8	11,4	9,3	82,8	21,4	37,7	31,6	58,8	52,8	1065
Haute-Kotto	,1	,1	32,6	25,3	82,4	13,9	39,4	35,3	69,8	61,4	237
Bamingui-Bangoran	,2	,1	31,9	23,5	81,2	10,3	29,9	24,3	56,5	47,2	142
Basse-Kotto	2,8	2,3	21,0	15,8	71,2	8,9	46,4	39,7	62,4	53,6	961
Mbomou	1,5	1,4	8,0	6,4	82,4	5,7	42,7	35,0	49,8	41,7	681
Haut-Mbomou	8,8	7,3	25,3	21,8	83,7	8,4	39,9	29,2	62,4	50,9	153
Bangui	1,6	1,4	31,9	22,3	73,3	5,2	20,5	14,8	45,3	34,3	2663
Région administrative											
Région 1	7,7	7,2	22,0	18,2	80,5	7,2	48,1	40,5	59,3	51,8	2202
Région 2	3,5	2,1	8,9	6,6	77,2	7,8	42,6	32,4	50,1	39,4	3635
Région 3	2,1	1,3	31,3	24,0	78,0	7,5	43,8	37,4	64,0	55,9	2881
Région 4	1,7	1,3	18,8	14,4	83,1	17,0	40,0	32,5	60,8	53,0	1806
Région 5	,2	,1	32,4	24,7	81,9	12,5	35,8	31,2	64,8	56,1	379
Région 6	2,8	2,4	16,4	12,7	76,5	7,6	44,4	37,0	57,6	48,9	1795
Région 7	1,6	1,4	31,9	22,3	73,3	5,2	20,5	14,8	45,3	34,3	2663
Age											
5-11 ans	2,6	2,6	20,9	20,9	75,4	6,7	35,8	35,8	51,5	51,5	11441
12-14 ans	4,8	2,1	23,6	2,9	85,1	13,4	50,3	20,8	68,0	31,9	3921
Participation à l'école											
Oui	3,2	2,4	23,2	16,8	81,5	8,8	39,3	30,6	56,7	45,9	8275
Non	3,1	2,5	19,8	15,7	73,6	7,9	39,8	33,6	54,6	47,2	7087
Niveau d'instruction de la mère											
Sans niveau	3,3	2,6	19,6	14,8	76,5	8,5	43,4	35,7	57,2	48,5	6845
Primaire	3,5	2,7	24,2	18,7	79,7	8,8	41,6	33,9	58,7	49,5	5854
Secondaire & +	1,5	1,2	20,8	14,7	76,9	7,1	24,4	17,7	44,4	33,7	2580
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	3,4	2,5	18,1	14,3	77,1	11,1	46,3	40,1	60,5	53,5	2850
Pauvre	2,8	1,7	18,7	14,7	79,0	9,0	46,4	38,2	60,9	52,0	3050
Moyen	4,0	3,4	24,7	19,4	80,6	9,5	45,6	37,6	61,6	52,8	3068
Riche	4,5	3,6	22,5	16,5	78,0	7,2	38,5	29,3	54,3	43,1	3226
Le plus riche	1,0	,9	23,7	16,7	74,8	5,6	21,9	15,9	42,1	32,4	3167
Total	3,1	2,4	21,6	16,3	77,9	8,4	39,5	32,0	55,7	46,5	15362

Source : Institut Centrafricain des Statistiques, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3* MICS Indicateur71

b) Travail dangereux à éliminer

Selon les résultats de l'enquête (tableau CP.2W), 32% des enfants exercent des activités reputées dangereuses à éliminer au sein des entreprises familiales. Cependant, les enfants résidant en milieu rural (39%) sont plus exposés aux dangers du travail au sein de l'entreprise familiale que leurs congénères du milieu urbain (22%).

Au niveau régional, on compte entre 1 et 4 enfants sur dix qui se livrent au travail dangereux à éliminer dans les entreprises familiales. La gravité du problème est relevée dans les régions 1, 3 et 6 qui enregistrent respectivement 40% et 37%. Au niveau préfectotal, le niveau le plus élevé du phénomène est observé dans la Lobaye (60%). Le niveau le plus bas est observé à Bangui.(15%).

L'analyse selon le sexe montre qu'il n'y a aucune différence entre filles et garçons par rapport à l'exposition au travail dangereux à éliminer dans les entreprises familiales. Car, quel que soit le sexe, un enfant sur trois est concerné par le phénomène. Selon le groupe d'àges, les enfants de 5 à 11 ans sont plus exposés au danger (plus de trois sur dix) du travail à éliminer au sein de l'entreprise familiale que leurs homologues de 12 à 14 ans (36% contre 21%). En prenant en compte le niveau d'instruction, les enfants issus des mères sans niveau ou du primaire, sont les plus concernés par le phénomène (34% à 36%) que leur homologues issus des mères du niveau secondaire ou plus (18%). Le statut du bien être économique indique que le danger de l'entreprise familiale touche presque toutes les couches sociales dans une proportion assez importante variant de 29% à 40% même s'il y a lieu de penser que les enfants des plus riches sont mieux protégés (16%).

11.3 Discipline des enfants

Comme stipulé dans un Monde digne des enfants, « les enfants doivent être protégés contre tout acte de violence…. » et la Déclaration du Millénaire préconise la protection des enfants contre les abus, l'exploitation et la violence. Dans le cadre de la MICS3 des questions ont été posées aux mères/personnes en charge des enfants âgés de 2 à 14 ans sur la manière de corriger leurs enfants quand ces derniers se conduisent mal. Il faut noter que pour le module sur la discipline des enfants, un enfant âgé de 2 à 14 ans par ménage a été sélectionné au hasard au cours du travail sur le terrain. Sur ces questions, les trois indicateurs utilisés pour décrire les aspects de la discipline des enfants sont : 1) le nombre d'enfants âgés de 2 à 14 ans qui subissent des agressions psychologiques comme punition ou des corrections physiques légères ou des corrections physiques sévères ; et 2) le nombre de parents/personnes en charge des enfants âgés de 2 à 14 ans qui croient que pour élever correctement leurs enfants, ils doivent les corriger physiquement.

11.3.1 Corrections Psychologiques et physiques infligées aux enfants

D'après le tableau CP.4, il y a trois principales formes de punition aux quelles sont exposés habituellement les enfants dans l'ensemble du pays ; il s'agit de toute punition psychologique ou physique, la punition psychologique et la correction physique mineure évoquées par plus de deux tiers d'enquêtés. L'usage de la violence physique sévère est assez considérable (32%) dans l'ensemble du pays. L'usage selon le milieu de résidence des trois principales formes de violences (Physique et psychologique couplée, psychologique ou physique mineure séparée) est presque à égalité dans les deux milieux et concerne plus des deux tiers des enfants. La violence physique sévère se relègue au deuxième rang (32%) devant les punitions non violentes qui sont faiblement exprimées (8%).

Au niveau national, ce sont les punitions physiques et psychologiques couplées (88%), psychologiques (81%) ou physiques mineures (74%) séparées qui constituent les principaux modes d'éducation des enfants.

L'usage de la violence psychologique est très accentué dans toutes les régions administratives. Il en est de même de la violence physique mineure dont l'ampleur varie à plus de deux tiers dans toutes les régions contrairement à la physique sévère (variable entre 26% et 36%). S'agissant des préfectures, le niveau des violences psychologiques est partout supérieur et se concentre autour de la moyenne nationale de 81%. La violence physique mineure quant à elle est plus pratiquée dans la Ouaka (83%). On note également que la violence physique sévère est assez répandue dans les préfectures de la RCA à l'exception de l'Ombella M'poko (19%) et l'Ouham-Péndé (21%).

L'analyse selon le sexe indique que les garçons sont un peu plus sujets aux punitions physiques légères ou sévères que les filles. Les disparités ne sont pas significatives entre garçons et filles dans les cas de punitions psychologiques ou physiques. Quel que soit le groupe d'âge, les enfants subissent dans la plupart des cas les punitions psychologique (entre 75% et 84%), physique mineure (à plus de deux tiers) ou sévère (28% à 35%) ou encore toute punition psychologique ou physique (84% à 90%).

Quelque soit les formes de violences, le niveau d'instruction de la mère et le statut de bien être du ménage ne semblent pas influencer les violences subie par les enfants. L'usage de la violence psychologique, physique mineure est très accentué au sein de toutes les ethnies. Mais la violence physique sévère, est plus pratiquée par les Yakoma-Sango, les Banda, les Ngbaka-Bantou et autres ethnies où les proportions dépassent largement la moyenne nationale qui est de 32%.

11.3.2 Attitude des parents par rapport à la punition physique comme mode d'éducation d'un enfant

Il ressort du tableau CP.4 qu'au niveau national, les mères ou personnes en charge des enfants pensent (23%) que l'enfant mérite d'être puni physiquement.
La même opinion est exprimée aussi bien par les mères/personne en charge du milieu urbain que rural.

Dans les régions tout comme les préfectures, la tendance à l'adoption de la violence comme mode d'éducation est en général exprimée par une mère/personne en charge d'enfants sur trois. Le consentement des mères par rapport aux punitions physiques (mineures/sévères) présente un écart considérable avec leur comportement au quotidien dans l'usage de la violence.

L'analyse du phénomène selon diverses caractéristiques, atteste que les individus qui sont favorables à l'usage de la violence physique représentent des pourcentages inférieurs ou égaux à trente pour cent qu'il s'agisse des tranches d'âges, du niveau d'instruction ou du statut de bien être économique, même si chacune de ces caractéristiques présente des pourcentages assez significatifs dans la pratique de la violence physique.

Tableau CP.4: Répartition (%) des enfants âgés de 2-14 ans selon la méthode d'éducation (approche utilisée pour discipliner)

Caractéristiques	Pourcentage d'enfants de 2-14 ans qui ont subi :							Mère/personne en charge pense que l'enfant mérite d'être puni physiquement
	Des punitions non violentes	des violences (ou punitions) psychologiques	Punition physique mineure	Punition physique sévère	Toute punition psychologique ou physique *	Pas de discipline ou punition	Manquant	
Sexe								
Masculin	7,7	81,7	74,9	33,4	88,6	3,3	,4	23,0
Féminin	8,1	80,0	72,7	30,2	86,6	4,7	,6	23,5
Milieu								
Urbain	7,3	80,7	74,7	34,0	88,7	3,5	,5	22,2
Rural	8,3	80,9	73,3	30,5	86,9	4,3	,5	23,9
Préfecture								
Ombella-M'poko	13,0	76,0	68,1	19,3	82,8	3,6	,6	15,5
Lobaye	4,4	91,3	79,7	51,3	94,1	,8	,7	22,6
Mambéré-Kadéi	4,4	82,8	69,6	26,0	87,5	7,9	,1	20,1
Nana-Mambéré	4,7	86,2	75,8	25,4	91,5	3,6	,2	25,5
Sangha-Mbaéré	2,2	84,6	78,1	35,1	92,9	4,6	,4	30,1
Ouham-Pendé	10,9	72,8	68,8	20,7	82,0	5,9	1,1	20,2
Ouham	9,5	83,9	80,8	38,9	88,4	2,0	,1	35,8
Kémo	7,7	81,6	76,0	31,6	87,9	3,1	1,3	21,9
Nana-Grébizi	6,7	85,1	77,5	27,3	90,1	2,8	,4	26,4
Ouaka	3,7	85,4	83,2	42,0	94,8	1,3	,2	22,9
Haute-Kotto	5,3	70,4	68,4	28,3	79,8	14,2	,6	30,8
Bamingui-Bangoran	4,2	78,9	69,9	22,5	85,8	8,1	1,8	20,4
Basse-Kotto	10,4	82,1	78,6	39,2	85,7	3,9	,0	22,3
Mbomou	18,7	74,8	56,2	30,9	77,9	3,1	,3	19,5
Haut-Mbomou	6,8	81,7	80,4	37,3	90,1	1,9	1,2	35,1
Bangui	7,4	78,3	73,9	35,4	88,7	3,2	,7	23,1
Région administrative								
Région 1	9,4	82,5	73,0	32,9	87,6	2,4	,6	18,5
Région 2	4,1	84,2	73,2	27,5	89,8	5,9	,2	23,7
Région 3	10,4	77,2	73,6	28,0	84,5	4,4	,7	26,4
Région 4	5,1	84,6	80,5	36,9	92,5	2,0	,4	23,4
Région 5	5,0	73,4	68,9	26,3	81,9	12,1	1,0	27,1
Région 6	13,0	79,4	70,6	35,9	83,3	3,4	,2	22,6
Région 7	7,4	78,3	73,9	35,4	88,7	3,2	,7	23,1
Age								
2-4 ans	9,6	74,9	72,7	27,6	83,5	6,1	,9	21,5
5-9 ans	6,9	83,8	78,5	35,2	90,3	2,6	,3	24,5
10-14 ans	7,5	83,0	68,5	31,4	88,1	3,9	,4	23,3
Niveau d'instruction de la mère								
Sans niveau	9,0	80,0	72,0	30,1	86,2	4,4	,5	24,1
Primaire	6,9	82,3	75,4	33,4	88,7	4,0	,4	22,2
Secondaire & +	7,1	79,5	74,8	32,6	88,9	3,2	,8	23,1
Quintile de bien-être éco.								
Le plus pauvre	8,9	79,8	74,4	31,5	86,9	3,8	,4	24,0
Pauvre	7,6	82,0	73,0	31,4	87,0	4,8	,7	26,1
Moyen	8,6	82,8	72,8	33,2	87,6	3,5	,3	20,8
Riche	7,1	80,0	75,7	30,0	87,9	4,6	,4	22,5
Le plus riche	7,1	79,3	73,3	33,0	88,9	3,3	,8	22,4
Ethnie du chef de ménage								
Haoussa	11,3	71,5	66,1	27,0	79,0	8,3	1,3	15,9
Sara	11,2	75,3	70,0	27,0	82,5	6,0	,3	22,4
Mboum	10,4	73,2	68,7	23,7	82,8	5,7	1,1	22,1
Gbaya	6,4	84,4	74,0	27,8	89,3	4,0	,3	24,6
Mandjia	8,7	80,4	74,5	31,0	88,0	2,9	,4	26,5
Banda	6,9	81,5	78,3	37,8	89,4	3,4	,3	22,5
Ngbaka-Bantou	6,2	84,9	75,5	39,6	89,6	3,0	1,3	21,1
Yakoma-Sango	8,8	80,7	71,3	39,3	87,6	3,1	,5	22,3
Zande/Nzakara	16,2	74,9	64,9	28,7	80,8	2,7	,3	27,1
Autres ethnies locales	9,5	80,0	80,1	44,8	90,5	,0	,0	30,3
Ethnies non centrafricaines	1,7	72,2	78,3	31,9	87,5	10,4	,4	20,7
Manquant	2,7	82,5	74,0	27,5	95,7	,5	1,1	10,7
Total	7,9	80,9	73,8	31,8	87,6	4,0	,5	23,2

Source : Institut Centrafricain des Statistiques, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 74**

11.4 Mariage précoce et polygamie

11.4.1 Mariage précoce

Le mariage précoce des enfants est une violation des droits humains. Il met en péril le développement des filles souvent exposées à une grossesse précoce, à l'isolement social, à un faible niveau d'étude et de formation professionnelle contribuant à accentuer la pauvreté des femmes. Les femmes mariées très jeunes courent plus le risque d'abandonner les études, d'avoir un niveau de fécondité plus élevé, de s'exposer à la violence domestique et à la mortalité maternelle.

Sur la base des données du tableau CP.5 relative à l'âge d'entrée en union conjugale des femmes, on constate que la nuptialité est précoce en RCA. En effet, environ un cinquième des femmes ont déclaré avoir contracté leur première union avant l'âge de 15 ans et plus de la moitié d'entre elles ont contracté leur première union avant l'âge de 18 ans. La précocité des unions semble moins prononcée dans les zones urbaines que dans les zones rurales dans lesquelles persistent des pesanteurs socioculturelles. En examinant la situation des adolescentes âgées de 15 à 19 ans en 2006, on note que plus de la moitié (53% en milieu urbain contre 66% en milieu rural) vit en union. .

Au niveau préfectoral, quelques disparités s'observent. Le Mbomou (13%), l'Ombella-M'poko (17%) et la Sangha-Mbaéré (16%) sont les préfectures où les femmes rentrent moins précocement en union avant l'âge de 15 ans. Les autres localités comme la Capitale Bangui (18%), l'Ouham (18%), la Mambéré-Kadéï (19%) et la Lobaye (19%) ont un pourcentage de mariages précoces qui avoisine la moyenne nationale. On constate par contre que dans l'Ouham-Pendé (24%) et surtout la Ouaka (28%) et la Haute-Kotto (30%) l'ampleur de la précocité des unions avant 1'âge de 15 ans est inquiétante avec les problemes qu'elle engendre sur la santé de la femme.

L'entrée précoce en union est manifeste dans toutes les générations de femmes. En d'autres termes, le comportement nuptial n'a pas varié dans le temps. La fréquentation scolaire chez la jeune fille devrait augmenter sa chance de ne pas contracter une union précoce. Le fait pour la fille de continuer à fréquenter un établissement scolaire retarde son entrée précoce en union. A titre d'exemple, 24% des femmes qui n'ont jamais été à l'école ont contracté leur première union avant l'âge de 18 ans par rapport à 14% d'entre celles qui ont le niveau secondaire ou plus. La même tendance s'observe en ce qui concerne le pourcentage des femmes mariées avant l'âge de 18 ans ou les adolescentes de 15 à 19 ans actuellement en union. S'agissant du niveau de vie du ménage, on s'aperçoit que les femmes issues de ménages plus riches comparativement aux autres femmes ont connu une nuptialité moins précoce.

Par rapport à l'appartenance ethnique de la femme, certains groupes semblent plus favorables à une nuptialité précoce que d'autres. C'est le cas des femmes Haoussa (31%) qui comparativement aux autres femmes ont contracté leur première union avant 15 ans. Les Zandé-Nzakara (18%), les Ngbaka-Bantou (16%) et les Sara (19%), si elles ne sont pas relativement nombreuses à se marier avant l'âge de 15 ans, ont tendance à se comporter comme les autres groupes ethniques. En considérant uniquement les jeunes générations de 15 à 19 ans, ce sont les femmes Zandé-Nzakara (60%), Mandja (62%), Gbaya (62%) et Mboum (59%) qui sont proportionnellement plus nombreuses à être en union.

11.4.2 Femmes vivant dans une union polygamique

Au niveau national, plus d'une femme sur quatre est en union polygamique. Cette situation ne varie presque pas selon le milieu de résidence ou selon le niveau d'instruction de la femme. En revanche, la proportion des femmes en union polygamique est plus élevée chez les femmes de 45 à 49 ans que chez celles de 15 à 19 ans (28% contre 20%), dans les ménages les plus riches (29%) que dans les ménages les plus pauvres (21%).

Trois femmes sur dix vivent dans une union polygamique dans les régions administratives 2 et 4 contre deux sur dix dans les régions administratives 3 et 5. Au niveau préfectoral, la Mambéré-Kadéï (33%) la Sangha-Mbaéré (29%), la Kémo (30%) la Ouaka (32%), la Bamingui-Bangoran (34%) et la Nana-Mambéré (29%) se différencient des autres préfectures avec une proportion de femmes en union polygamique plus élevée par rapport à la moyenne nationale.

L'analyse selon les groupes ethniques du chef de ménage montre que les Haoussa (28%), les Gbaya (29%), les Banda (27%), les Ngbaka-Bantou (27%), les Yakoma-Sango (25%) et les Zandé-Nzakara (25%), se distinguent des autres groupes ethniques avec une proportion élevée des femmes vivant en union polygamique et plus particulièrement des Mboum (20%) et des Sara (22%) qui affichent une proportion relativement faible par rapport à la moyenne nationale.

Tableau CP.5: Mariage précoce et polygamie : Pourcentage de femmes de 15-49 ans mariées ou en union avant leur 15ème anniversaire, pourcentage de femmes de 20-49 ans mariées ou en union libre avant leur 18ème anniversaire, pourcentage de femmes âgées de 15-19 ans actuellement mariées ou en union libre, et pourcentage de femmes mariées ou en union ou union polygamique, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 15 ans *	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans	Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 18 ans*	Nombre de femmes âgées de 20-49 ans	Pourcentage de femmes de 15-19 ans mariées ou en union **	Nombre de femmes âgées de 15-19 ans	Pourcentage de femmes de 15-49 ans en mariage ou en union polygamique ***	Nombre de femmes de 15-49 ans mariées ou en union
Milieu								
Urbain	17,7	5019	52,5	3732	52,5	1287	25,1	3722
Rural	22,4	6573	59,8	5288	65,9	1285	27,5	5438
Préfecture								
Ombella-M'poko	16,7	1009	49,2	787	60,6	222	24,6	806
Lobaye	19,3	668	75,3	527	60,4	141	27,1	541
Mambéré-Kadéi	18,6	1232	51,5	962	66,9	270	32,9	981
Nana-Mambéré	22,7	729	67,4	583	62,2	146	28,8	611
Sangha-Mbaéré	16,4	489	50,4	387	52,2	102	29,3	397
Ouham-Pendé	24,0	1276	61,8	970	66,2	305	24,3	998
Ouham	18,2	863	44,1	668	52,9	195	19,6	682
Kémo	20,0	292	58,5	228	58,5	63	30,3	242
Nana-Grébizi	21,9	260	53,7	203	61,3	57	20,7	198
Ouaka	28,3	789	75,0	621	65,2	168	32,3	627
Haute-Kotto	30,4	215	66,6	171	59,2	44	18,4	175
Bamingui-Bangoran	20,4	115	48,6	91	46,9	24	33,5	90
Basse-Kotto	27,1	720	62,4	593	68,9	128	24,9	627
Mbomou	13,4	454	48,7	361	64,5	93	27,7	366
Haut-Mbomou	21,2	157	63,4	126	42,5	31	23,4	111
Bangui	17,7	2325	49,7	1742	50,2	583	25,0	1707
Région administrative								
Région 1	17,7	1677	59,6	1314	60,5	363	25,6	1347
Région 2	19,4	2450	56,1	1932	62,7	518	30,9	1988
Région 3	21,7	2139	54,5	1638	61,1	501	22,4	1680
Région 4	25,2	1340	67,3	1052	62,9	288	29,7	1067
Région 5	26,9	330	60,3	262	54,8	68	23,5	265
Région 6	21,7	1331	58,0	1080	64,0	252	25,7	1104
Région 7	17,7	2325	49,7	1742	50,2	583	25,0	1707
Âge								
15-19	21,8	2572	.	0	59,2	2572	19,6	1522
20-24	20,9	2411	60,6	2411	.	0	26,4	2055
25-29	20,6	2154	54,6	2154	.	0	26,4	1888
30-34	19,2	1478	56,1	1478	.	0	31,9	1286
35-39	19,2	1191	54,9	1191	.	0	29,0	1023
40-44	21,5	1002	57,2	1002	.	0	26,9	819
45-49	16,1	783	54,2	783	.	0	28,4	568
Niveau d'instruction de la femme								
Sans niveau	23,8	4720	58,7	3871	69,4	849	26,9	3946
Primaire	19,6	4750	58,1	3516	55,9	1234	26,5	3666
Secondaire & +	14,1	2069	48,2	1593	49,8	476	25,5	1508
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	22,8	2279	58,0	1857	65,7	422	21,0	1790
Pauvre	24,9	2238	60,4	1750	71,4	488	25,7	1852
Moyen	19,7	2279	59,0	1798	64,7	481	27,6	1884
Riche	18,7	2337	57,1	1777	52,5	560	28,9	1809
Le plus riche	16,1	2459	49,6	1837	46,9	622	29,2	1823
Ethnie du chef de ménage								
Haoussa	30,5	519	69,4	365	64,3	154	28,4	393
Sara	18,8	499	58,5	384	52,7	115	22,3	388
Mboum	23,6	725	63,5	567	59,4	158	19,6	578
Gbaya	19,8	3573	54,9	2792	61,9	781	28,8	2851
Mandjia	18,7	1134	52,9	885	62,4	249	24,8	902
Banda	22,9	2513	61,2	1982	56,9	531	26,8	2014
Ngbaka-Bantou	16,4	827	58,2	649	51,0	178	26,9	640
Yakoma-Sango	18,5	784	52,3	609	53,1	175	25,2	622
Zande/Nzakara	15,7	373	51,1	289	60,0	84	25,0	263
Autres ethnies locales	18,7	95	41,7	73	77,7	22	18,8	78
Ethnies non centrafricaines	18,5	134	49,6	102	62,9	32	33,6	115
Manquant	15,3	414	44,7	322	61,0	92	26,5	315
Total	**20,4**	**11592**	**56,8**	**9020**	**59,2**	**2572**	**26,5**	**9160**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 67**MICS Indicateur 68*** MICS Indicateur 70

11.4.3 Différence d'âge entre conjoints

De manière générale, les données indiquent que les femmes centrafricaines sont moins âgées que leurs conjoints. Au niveau national, plus d'un tiers des femmes ont un écart d'âge avec leur conjoint supérieur à 10 ans. On compte en moyenne 28% des femmes qui ont un écart d'âge de 0 à 4 ans avec leur conjoint. Cependant, on note que parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans, 39% d'entre elles ont des conjoints qui ont un écart d'âge de plus de 10 ans.

Si les disparités entre milieu de résidence ne sont pas considérables, au niveau des préfectures, seule la Basse-Kotto (22%) présente une proportion plus faible de femmes avec un écart d'âge entre conjoint supérieur à 10 ans. Il convient de souligner que les préfectures de Haut-Mbomou (61%) et de la Ouaka (57%) sont celles qui se caractérisent par un écart d'âge entre conjoints supérieur à la moyenne nationale.

L'analyse régionale révèle quelques disparités entre la région 6 (30%) avec un faible pourcentage de femmes âgées d'au moins de 10 ans que leurs conjoints et la région 4 (48%) dans laquelle on note qu'environ la moitié des femmes sont moins âgées que leurs conjoints. En considérant uniquement la génération de femmes âgées de 20 à 24 ans on constate que c'est davantage dans la région 2 (31%) qu'on observe une proportion relativement faible de femmes qui ont un écart d'âge de plus de 10 ans avec leurs conjoints. En particulier les proportions plus élevées de femmes plus jeunes que leur conjoint sont localisées dans les régions 4 (49%) et 5 (50%).

En considérant le niveau d'instruction de la femme, on remarque que celles qui sont plus instruites ont tendance à avoir des conjoints ayant un faible écart d'âge avec elles. On note cependant que cette tendance tend à s'inverser notamment chez les jeunes femmes de 20 à 24 ans. La prise en compte du niveau de vie du ménage confirme une augmentation de la propension des jeunes femmes issues de ménages plus riches à s'unir avec des hommes âgés de plus de 10 ans qu'elles.

Tableau CP.6 : Ecart d'âge entre les conjoints : Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ans et 20-24 ans actuellement mariées ou en union selon l'écart d'âge avec leurs conjoints, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes actuellement mariées/en union âgées de 15-19 ans dont le conjoint est :				Total	Nombre de femmes âgées de 15-19 ans actuellement mariées /en union	Pourcentage de femmes actuellement mariées/en union âgées de 20-24 ans dont le mari/partenaire est :				Total	Nombre de femmes âgés de 20-24 ans actuellement mariées/en union
	Plus jeune	0-4 ans plus âgés	5-9 ans plus âgés	10+ ans plus âgés *			Plus jeune	0-4 ans plus âgés	5-9 ans plus âgés	10+ ans plus âgés *		
Milieu de résidence												
Urbain	1,0	29,1	34,6	35,3	100	675	1,1	28,7	29,1	41,1	100	963
Rural	,1	26,5	35,3	38,1	100	847	2,0	33,6	27,0	37,4	100	1091
Préfecture					**100**						**100**	
Ombella-M'poko	,0	31,9	39,0	29,1	100	134	1,7	34,6	29,5	34,1	100	203
Lobaye	,0	25,8	30,3	43,9	100	85	1,7	30,3	31,8	36,2	100	117
Mambéré-Kadéi	,0	17,7	37,4	44,9	100	181	,0	44,2	25,7	30,1	100	219
Nana-Mambéré	,0	18,5	40,6	40,9	100	91	5,1	27,7	42,2	25,0	100	99
Sangha-Mbaéré	,0	35,2	31,8	33,0	100	53	,6	21,0	37,2	41,3	100	85
Ouham-Pendé	,0	27,6	37,5	34,9	100	202	1,0	28,6	31,4	39,0	100	201
Ouham	1,5	28,9	39,5	30,0	100	103	2,2	41,7	24,3	31,8	100	123
Kémo	1,2	34,1	30,5	34,2	100	37	1,6	31,0	27,5	39,9	100	58
Nana-Grébizi	,6	34,0	29,1	36,4	100	35	1,6	21,7	28,5	48,2	100	36
Ouaka	,0	27,9	15,0	57,1	100	109	,6	24,2	21,2	54,0	100	129
Haute-Kotto	,5	26,6	31,3	41,6	100	26	1,6	21,0	30,3	47,1	100	45
Bamingui-Bangoran	,0	13,0	40,0	47,1	100	11	,0	17,7	25,3	57,0	100	23
Basse-Kotto	,0	45,0	33,4	21,6	100	88	3,1	37,3	22,7	37,0	100	135
Mbomou	,0	29,5	34,1	36,4	100	60	1,6	26,1	23,6	48,7	100	63
Haut-Mbomou	2,8	18,1	18,0	61,0	100	13	2,3	30,6	31,8	35,3	100	37
Bangui	1,8	27,4	38,7	32,2	100	293	1,5	28,6	26,1	43,9	100	483
Région administrative											**100**	
Région 1	,0	29,6	35,6	34,9	100	220	1,7	33,0	30,4	34,9	100	319
Région 2	,0	20,8	37,4	41,8	100	325	1,4	35,3	32,2	31,2	100	403
Région 3	,5	28,0	38,2	33,3	100	306	1,5	33,6	28,7	36,3	100	325
Région 4	,4	30,3	20,9	48,4	100	181	1,0	25,6	24,0	49,4	100	223
Région 5	,3	22,4	34,0	43,3	100	37	1,1	19,9	28,6	50,4	100	68
Région 6	,2	37,0	32,4	30,3	100	161	2,6	33,2	24,4	39,9	100	235
Région 7	1,8	27,4	38,7	32,2	100	293	1,5	28,6	26,1	43,9	100	483
Âge												
15-19	,5	27,7	35,0	36,8	100	1522	,0	,0	,0	,0	100	0
20-24	,0	,0	,0	,0	100	0	1,6	31,3	28,0	39,1	100	2055
Niveau d'instruction de la femme												
Sans niveau	,5	27,1	33,1	39,3	100	589	1,9	28,1	29,2	40,7	100	679
Primaire	,7	26,9	33,5	39,0	100	690	1,7	32,5	25,7	40,1	100	897
Secondaire & +	,1	32,1	44,5	23,3	100	237	,8	33,8	30,9	34,5	100	471
Quintile de bien-etre économique					**100**						**100**	
Le plus pauvre	,0	34,5	32,3	33,1	100	277	1,6	33,9	28,4	36,1	100	372
Pauvre	,2	29,0	36,9	33,9	100	348	2,0	35,5	29,1	33,4	100	374
Moyen	,6	19,7	34,2	45,6	100	311	1,9	33,1	23,7	41,3	100	404
Riche	,8	25,1	34,5	39,5	100	294	1,5	27,6	30,2	40,7	100	424
Le plus riche	1,0	30,8	36,5	31,8	100	292	1,0	27,7	28,6	42,7	100	481
Ethnie du chef de menage											**100**	
Haoussa	,0	15,9	31,9	52,2	100	99	,3	10,4	29,1	60,2	100	79
Sara	,0	35,0	41,3	23,7	100	61	,0	35,2	27,1	37,6	100	121
Mboum	,0	43,8	27,2	29,0	100	94	,0	30,1	31,5	38,4	100	129
Gbaya	,3	20,0	40,8	38,9	100	484	1,5	37,0	28,4	33,1	100	584
Mandjia	,0	31,8	30,9	37,3	100	156	2,2	25,5	29,3	43,0	100	199
Banda	,3	32,7	29,8	37,2	100	302	2,3	30,0	26,5	41,2	100	452
Ngbaka-Bantou	,0	33,0	43,1	24,0	100	91	,0	36,3	27,3	36,4	100	166
Yakoma-Sango	2,6	26,2	33,8	37,3	100	93	1,8	21,7	30,2	46,2	100	129
Zande/Nzakara	,7	23,2	34,1	42,0	100	50	,8	33,8	27,7	37,6	100	61
Autres ethnies locales	,0	24,6	18,8	56,6	100	17	2,4	24,0	17,0	56,6	100	10
Ethnies non centrafricaines	13,9	18,0	7,7	60,3	100	20	14,0	23,9	23,7	38,4	100	25
Manquant	,0	43,2	39,4	17,4	100	56	1,9	33,6	26,1	38,3	100	100
Total	**,5**	**27,7**	**35,0**	**36,8**	**100**	**1522**	**1,6**	**31,3**	**28,0**	**39,1**	**100**	**2055**

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 69

11.5 Excision/Mutilation génitale

L'excision ou mutilation génitale féminine (E/MGF) est l'une des pratiques néfastes à la santé et l'épanouissement harmonieux de la femme. L'excision est définie comme « l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins ou tout autre lésion causée aux organes génitaux féminins ». L'Excision ou Mutilation Génitale Féminine est toujours traumatisante avec des complications immédiates telles qu'une douleur insoutenable, l'état de choc, la rétention d'urine, l'ulcération des parties génitales, l'hémorragie et la lésion des tissus adjacents. Les autres complications sont la septicémie, la stérilité, l'arrêt de progression du travail et même la mort. L'opération est généralement pratiquée sur les filles âgées de 4 à 14 ans; elle est également pratiquée sur les très jeunes enfants, les femmes sur le point de se marier et parfois sur les femmes enceintes de leur premier enfant ou qui viennent de donner naissance. Elle est souvent pratiquée par des praticiens traditionnels, comme des accoucheuses et des coiffeurs, sans anesthésie, en utilisant des ciseaux, des lames de rasoir ou des éclats de verre.

Cette pratique est liée aux coutumes et traditions. Elle est proscrite par la convention pour l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard de la femme en son article 5-a. En Centrafrique, l'excision est interdite par l'Ordonnance N°66/16 du 22 Février 1966 qui abolit la pratique sur toute l'étendue du territoire. Dans le cadre de la MICS, une série de 16 questions ont été posées pour déterminer le niveau de connaissance de l'E/MGF, la prévalence de l'E/MGF et les détails sur le type d'E/MGF pratiquées. Cette enquête offre l'opportunité d'apprécier l'application de ces textes et la préservation du droit à l'intégrité du corps physique et la dignité des femmes en RCA.

11.5.1 Ampleur de l'excision

L'enquête MICS3 révèle que 28% de femmes sont excisées en République Centrafricaine. La forme d'excision la plus répandue est celle de l'ablation du clitoris, pratiquée sur 83% des femmes excisées. Les autres formes de mutilations génitales sont l'ablation des lèvres (9%) ou la fermeture d'une partie du vagin (3%). Les femmes vivant en milieu rural sont plus excisées (29%) que celles vivant en milieu urbain (21%). La pratique de l'excision a cependant enregistré une forte baisse au cours des dernières décennies : le taux est passé de 43% en 1994/95 (EDS-RCA), à 36% en 2000 et à 28% en 2006.

La pratique semble plus concentrée dans la partie centrale du pays notamment dans les préfectures de la Ouaka (81%), la Nana-Grébizi (75%), le Bamingui-Bangoran (72%), la Haute-Kotto (72%), la Kémo (67%) et la Basse-Kotto (65%). D'autres préfectures comme celles du Haut-Mbomou (1%), Nana-Mambéré (3%), Ouham-Pendé (4%) et du Mbomou (5%) présentent des proportions faibles de femmes excisées. Quant à la capitale Bangui, elle compte 17% de femmes excisées. Sur le plan régional, presque 8 femmes sur 10 pratiquent l'excision dans les régions 4 et 5, contre environ deux femmes sur dix dans la région 3.

L'analyse selon le groupe d'âges de la femme montre que la pratique de l'excision tend à augmenter avec l'âge. Le fait que la pratique de l'excision augmente avec l'âge permet d'affirmer que les jeunes générations ont tendance à échapper à cette pratique culturelle qui était jadis obligatoire dans certains groupes ethniques. On note ainsi que les femmes âgées de 15 à 19 ans (19%) sont proportionnellement deux fois moins nombreuses à être excisées que les femmes âgées de 40 à 44 ans (36%).

Concernant le niveau d'instruction, les femmes qui n'ont jamais été à l'école sont les plus nombreuses à subir l'excision (30%) que celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus (14%). La pratique de l'excision varie selon le niveau de vie du ménage. Elle est répandue dans les ménages les plus pauvres (38%) et pauvres (30%) ; mais elle est plus faible dans les

ménages riches (20%) et plus riches (14%). L'excision est vraiment une pratique ethnique ; ainsi, elle est répandue parmi les femmes appartenant aux groupes ethniques Banda (59%) et Mandja (44%). Elle est par contre, nettement moins pratiquée chez les femmes Mboum (1%), Ngbaka-Bantou (3%), Yakoma-Sango (3%) et Zandé-Nzakara (3%).

11.5.2 Attitude des femmes pour la continuité de la pratique de l'excision

L'attitude vis-à-vis de la continuité de cette pratique permet de savoir dans quelle mesure les femmes sont elles-mêmes favorables à la poursuite de cette pratique dont les conséquences sont souvent dramatiques pour la femme. A la question de savoir si cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître, plus d'une femme sur dix ont affirmé qu'elles souhaiteraient que cette pratique soit maintenue. Les femmes qui vivent dans les zones rurales (18%) sont majoritairement celles qui souhaiteraient que cette pratique soit maintenue alors que dans les zones urbaines à peine 9% souhaitent qu'elle soit maintenue. Paradoxalement, ce sont les jeunes femmes qui approuvent cette pratique que celles qui sont plus âgées.

Les préfectures de la Ouaka, Nana Gribizi, Kémo, Haute-Kotto, Bamingui Bangoran et Basse Kotto réputées avoir un pourcentage élevé de femmes excisées sont celles dans lesquelles on retrouve une proportion plus élevée de femmes qui sont favorable au maintien de la pratique. Par rapport au niveau d'instruction de la femme, on note que peu de femmes de niveau secondaire ou plus souhaitent la continuité de cette pratique. La prise en compte du niveau de vie du ménage montre que les femmes issues de ménages plus riches se comportent de la même manière que les femmes plus instruites. En ce qui concerne le groupe ethnique, les femmes Banda (25%) et Haoussa (18%) ont un pourcentage élevé de femmes ayant un avis favorable au maintient de l'excision.

Table CP.7: Excision : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant entendu parlé de l'excision Pourcentage de femmes selon les différents type d'excision. Pourcentage de femmes ayant eu une forme externe d'excision (infibulation), Attitude vis à vis de la continuation de la pratique d'excision, RCA, 2008

Caractéristiques	A une forme d'excision *	Nombre de femmes âgées De 15-49 ans	Pourcentage de femmes excisées qui :				Total	Had an extreme form of FGM/C **	Nombre de femmes excisées	Pourcentage de femmes qui pensent que la pratique d'excision doit :				Total	Nombre de femmes de 15-49 ans ayant entendu parler de l'excision
			Ont quelque chose coupée dans la zone génitale	Ont les parties génitales entaillées	Ont la zone du vagin fermée par couture	Type d'excision non déterminée				Etre Maintenue ***	Disparaître	cela dépend	NSP		
Milieu															
Urbain	20,9	5019	80,6	8,8	3,4	7,2	100	3,1	1047	9,2	78,0	6,2	6,6	100	4036
Rural	29,3	6573	83,6	10,5	3,3	2,6	100	3,1	1928	17,7	62,2	10,9	9,3	100	4365
Préfecture							100							100	
Ombella-M'poko	26,6	1009	88,8	5,7	2,2	3,2	100	1,5	268	13,0	76,9	5,2	5,0	100	867
Lobaye	10,3	668	81,0	11,7	,0	7,3	100	,0	69	10,4	79,6	6,5	3,5	100	362
Mambéré-Kadéi	7,0	1232	86,2	,7	2,0	11,1	100	2,0	86	8,4	58,1	18,0	15,5	100	768
Nana-Mambéré	2,9	729	64,6	,0	7,1	28,3	100	7,1	21	10,4	56,5	19,9	13,2	100	202
Sangha-Mbaéré	5,7	489	90,9	2,5	,7	5,9	100	,7	28	8,6	70,2	8,5	12,7	100	367
Ouham-Pendé	3,6	1276	100,0	,0	,0	,0	100	,0	46	8,8	70,0	13,1	8,1	100	686
Ouham	34,6	863	78,3	4,0	11,5	6,2	100	11,5	298	10,0	68,9	8,3	12,8	100	713
Kémo	66,8	292	81,2	16,0	1,8	1,0	100	1,5	195	22,3	68,6	5,6	3,5	100	266
Nana-Grébizi	74,9	260	74,5	12,3	6,3	6,9	100	6,3	195	17,4	69,9	8,3	4,4	100	245
Ouaka	81,3	789	93,2	3,7	1,8	1,3	100	1,8	641	29,6	60,4	5,7	4,2	100	750
Haute-Kotto	71,5	215	57,5	33,9	5,2	3,4	100	4,2	153	40,7	50,3	3,6	5,4	100	196
Bamingui-Bangoran	72,0	115	76,8	13,4	6,1	3,6	100	5,8	83	33,1	43,6	14,3	9,1	100	99
Basse-Kotto	65,0	720	81,3	17,3	,8	,6	100	,8	469	27,6	51,2	11,4	9,8	100	654
Mbomou	4,8	454	90,0	,0	4,1	5,9	100	4,1	22	6,2	73,3	3,6	16,9	100	145
Haut-Mbomou	1,3	157	40,6	,0	,0	59,4	100	,0	2	3,2	66,0	26,2	4,6	100	84
Bangui	17,2	2325	78,8	9,1	2,6	9,5	100	2,2	399	5,9	83,8	4,8	5,5	100	1994
Région administrative							100							100	
Région 1	20,1	1677	87,2	6,9	1,8	4,1	100	1,2	337	12,2	77,7	5,6	4,5	100	1229
Région 2	5,5	2450	83,8	1,0	2,5	12,7	100	2,5	135	8,7	61,1	15,8	14,4	100	1337
Région 3	16,1	2139	81,2	3,4	10,0	5,4	100	10,0	344	9,4	69,4	10,6	10,5	100	1399
Région 4	76,9	1340	87,4	7,7	2,6	2,3	100	2,6	1031	25,7	64,0	6,2	4,1	100	1261
Région 5	71,7	330	64,3	26,7	5,5	3,5	100	4,7	237	38,2	48,1	7,2	6,6	100	295
Région 6	37,0	1331	81,5	16,5	,9	1,1	100	,9	492	21,6	56,4	11,5	10,5	100	883
Région 7	17,2	2325	78,8	9,1	2,6	9,5	100	2,2	399	5,9	83,8	4,8	5,5	100	1994
Âge							100							100	
15-19	18,7	2572	83,4	9,6	2,4	4,5	100	2,4	481	17,1	66,8	7,5	8,6	100	1705
20-24	24,0	2411	83,9	9,4	4,1	2,6	100	3,9	579	13,8	69,0	6,9	10,3	100	1839
25-29	26,0	2154	82,5	10,0	3,7	3,8	100	3,4	561	13,2	69,5	9,7	7,5	100	1585
30-34	27,3	1478	81,1	10,0	3,5	5,4	100	3,5	403	10,7	73,8	9,0	6,5	100	1077
35-39	29,8	1191	82,8	7,8	2,4	7,0	100	1,7	355	11,9	71,1	9,2	7,9	100	875
40-44	34,6	1002	79,3	13,1	3,5	4,2	100	3,4	347	13,6	70,4	10,6	5,4	100	754
45-49	31,8	783	84,2	10,2	3,2	2,3	100	3,2	249	11,7	71,7	10,6	6,0	100	564
Niveau d'instruction femme							100							100	
Sans niveau	30,0	4720	84,7	9,9	2,5	2,8	100	2,4	1416	18,7	59,5	11,5	10,3	100	3084
Primaire	26,5	4750	82,3	9,9	3,8	4,0	100	3,6	1257	13,6	70,9	8,5	7,0	100	3498
Secondaire & +	13,6	2069	72,2	9,9	5,4	12,6	100	4,8	282	4,8	85,2	4,2	5,8	100	1776
Etre excisé							100							100	
No	,0	8617	,0	,0	,0	,0	100	.	0	4,9	76,4	9,2	9,6	100	5435
Est excisée	100,0	2975	82,5	9,9	3,3	4,2	100	3,1	2975	29,9	57,4	7,7	4,9	100	2965
Quintile de bien-etre économique							100							100	
Le plus pauvre	37,5	2279	82,0	10,4	4,9	2,7	100	4,8	855	20,2	59,0	10,6	10,2	100	1625
Pauvre	30,7	2238	85,3	9,6	1,5	3,6	100	1,4	686	17,9	63,0	11,2	7,8	100	1437
Moyen	26,3	2279	84,6	9,1	3,4	3,0	100	3,2	600	16,1	64,1	10,5	9,3	100	1579
Riche	20,6	2337	78,1	12,1	3,1	6,8	100	2,9	482	9,4	78,1	6,4	6,2	100	1751
Le plus riche	14,3	2459	81,0	8,1	3,3	7,6	100	2,8	352	7,0	80,5	5,7	6,8	100	2009
Ethnie du chef de ménage							100							100	
Haoussa	19,5	519	84,4	7,4	2,3	5,9	100,0	2,0	101	18,0	60,5	15,0	6,5	100,0	269
Sara	20,4	499	78,6	14,2	4,0	3,2	100,0	3,9	102	11,8	66,8	11,0	10,3	100,0	381
Mboum	,6	725	88,8	11,2	,0	,0	100,0	,0	5	7,8	69,9	14,7	7,6	100,0	365
Gbaya	12,9	3573	88,8	3,1	1,0	7,1	100,0	,8	461	11,1	66,3	10,7	11,9	100,0	2299
Mandjia	46,0	1134	80,5	10,3	7,0	2,2	100,0	7,0	522	9,8	78,3	5,6	6,2	100,0	999
Banda	64,0	2513	82,4	11,8	3,0	2,7	100,0	2,8	1608	25,3	61,2	8,1	5,4	100,0	2289
Ngbaka-Bantou	3,2	827	69,9	1,7	6,2	22,1	100,0	6,2	26	3,4	86,3	5,3	5,1	100,0	543
Yakoma-Sango	2,5	784	82,6	17,4	,0	,0	100,0	,0	19	2,3	85,7	4,4	7,5	100,0	541
Zande/Nzakara	2,7	373	71,8	13,8	,0	14,4	100,0	,0	10	6,0	74,4	12,3	7,4	100,0	186
Autres ethnies locales	13,3	95	84,0	5,0	1,8	9,2	100,0	,0	13	9,8	64,6	12,1	13,5	100,0	69
Ethnies non centrafricaines	35,4	134	88,1	2,8	,0	9,0	100,0	,0	47	15,8	68,6	10,6	5,0	100,0	101
Manquant	14,6	414	60,4	13,6	1,0	25,0	100,0	1,0	61	6,8	82,8	2,4	8,0	100,0	356
Total	25,7	11592	82,5	9,9	3,3	4,2	100	8400	2975	13,6	69,8	8,6	8,0	100	8400

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 63** MICS Indicateur 64***MICS Indicateur 66

11.5.3 Femmes dont les filles ont été excisées

L'enquête MICS3 révèle une prevalence de l'excision de 79% en République Centrafricaine. Il n'y a pas de disparité selon le mileu de résidence.

Au niveau régional, ces pratiques sont répandues dans les régions 2 et 4 avec respectivement 86% et 84%. Par contre, elles sont moins utilisées dans la région 5 (65%). Dans les préfectures de l'Ouham Pendé, la Mambéré-Kadéï, la Sangha-Mbaéré, le Haut-Mbomou, la Kémo, la Ouaka, la quasi-totalité des femmes pratique ce type d'excision contre 5 à 7 femmes sur 10 dans les préfectures de la Lobaye, l'Ouham et la Haute-Kotto.

L'analyse selon le groupe d'âge de la femme indique que la pratique de l'excision varie en fonction de l'âge de la femme. Elle est plus répandue dans les anciennes générations 40 à 44 ans (80%) que celles des jeunes générations 20 à 24 ans (43%) et 25 à 29 (66%). Concernant le niveau d'instruction, les femmes qui n'ont jamais été à l'école sont les plus nombreuses à faire exciser leurs filles en faisant couper quelque chose dans la partie génitale (81%) que celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus (70%). Le niveau d'instruction de la femme serait un facteur qui contribue au recul de cette pratique en République Centrafricaine. Il n'y a pas de différence significative entre les ménages pauvres (84%) et les ménages riches (76%) en ce qui concerne la pratique de l'excision. Entre 8 à 10 femmes sur 10 font recours à ce type d'excision dans les groupes ethniques Yakoma-Sango, Mandja, Ngbaka-Bantou, contre seulement 7% chez les femmes Zandé Nzakara.

Table CP.8: Excision des filles Pourcentage de femmes de 15-49 ans vivant avec au moins une de ses filles excisée et distribution des types d'excision des filles, RCA, 2006

Caractéristiques	Fille a une forme d'excision *	Nombre de femmes de 15-49 ans	Pourcentage de femmes dont leurs filles :				Total	La fille a une forme externe d'excision	Nombre de femmes de 15-49 ans vivant avec au moins une de ses filles excisée
			Ont quelque chose coupée dans la zone génitale	Ont les parties génitales entaillées	Ont la zone du vagin fermée par couture	Type d'excision non déterminée			
Milieu									
Urbain	5,5	2672	78,8	7,1	,3	13,8	100,0	,3	147
Rural	7,2	4105	79,4	12,6	4,5	3,6	100,0	4,5	297
Préfecture									
Ombella-M'poko	5,7	608	79,2	7,6	,0	13,3	100,0	,0	35
Lobaye	2,4	420	49,9	42,7	,0	7,4	100,0	,0	10
Mambéré-Kadéi	,8	775	100,0	,0	,0	,0	100,0	,0	6
Nana-Mambéré	,2	457	,0	,0	,0	100,0	100,0	,0	1
Sangha-Mbaéré	,1	312	100,0	,0	,0	,0	100,0	,0	0
Ouham-Pendé	,6	775	100,0	,0	,0	,0	100,0	,0	5
Ouham	7,7	517	72,4	4,2	10,0	13,4	100,0	10,0	40
Kémo	17,2	174	85,1	8,9	2,2	3,7	100,0	2,2	30
Nana-Grébizi	20,4	144	80,5	8,8	2,1	8,6	100,0	2,1	29
Ouaka	27,0	458	84,6	8,0	6,0	1,3	100,0	6,0	124
Haute-Kotto	22,5	116	61,6	29,6	2,3	6,5	100,0	2,3	26
Bamingui-Bangoran	22,2	67	69,6	18,2	1,8	10,5	100,0	1,8	15
Basse-Kotto	15,8	455	82,0	15,8	,0	2,1	100,0	,0	72
Mbomou	2,2	281	69,6	,0	,0	30,4	100,0	,0	6
Haut-Mbomou	,1	72	100,0	,0	,0	,0	100,0	,0	0
Bangui	3,9	1146	78,8	4,8	,0	16,4	100,0	,0	44
Région administrative									
Région 1	4,4	1028	72,5	15,5	,0	11,9	100,0	,0	45
Région 2	,5	1545	85,9	,0	,0	14,1	100,0	,0	8
Région 3	3,5	1292	75,4	3,7	8,9	11,9	100,0	8,9	45
Région 4	23,6	776	84,1	8,3	4,8	2,9	100,0	4,8	183
Région 5	22,4	183	64,5	25,5	2,1	7,9	100,0	2,1	41
Région 6	9,7	809	81,1	14,6	,0	4,4	100,0	,0	78
Région 7	**3,9**	**1146**	**78,8**	**4,8**	**,0**	**16,4**	**100,0**	**,0**	**44**
Âge									
15-19	,5	511	,0	,0	,0	100,0	100,0	,0	3
20-24	,7	1254	43,2	8,3	,0	48,5	100,0	,0	8
25-29	2,1	1438	66,0	14,1	,0	19,9	100,0	,0	30
30-34	4,5	1168	83,4	6,0	4,3	6,2	100,0	4,3	52
35-39	9,8	986	77,6	13,0	2,9	6,5	100,0	2,9	96
40-44	18,6	819	80,3	13,4	3,2	3,1	100,0	3,2	153
45-49	17,1	601	85,6	6,7	3,6	4,2	100,0	3,6	103
Niveau d'instruction femme									
Sans niveau	7,6	2996	81,3	11,1	2,9	4,7	100,0	2,9	227
Primaire	6,9	2743	79,2	10,0	2,9	7,9	100,0	2,9	188
Secondaire & +	2,4	1005	69,7	,8	6,9	22,6	100,0	6,9	24
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	9,1	1407	80,9	8,9	5,2	5,1	100,0	5,2	129
Pauvre	8,2	1382	84,1	10,4	1,3	4,3	100,0	1,3	114
Moyen	5,9	1377	78,6	9,1	5,0	7,3	100,0	5,0	81
Riche	5,1	1363	71,2	17,7	2,2	9,0	100,0	2,2	69
Le plus riche	4,1	1249	75,9	9,6	,0	14,5	100,0	,0	52
Ethnie du chef de ménage									
Haoussa	6,0	330	56,8	19,9	,0	23,3	100,0	,0	20
Sara	6,7	302	69,7	20,5	,0	9,7	100,0	,0	20
Mboum	,0	428	,0	,0	,0	,0	,0	.	0
Gbaya	2,2	2222	71,1	6,9	,0	22,0	100,0	,0	50
Mandjia	10,9	688	82,9	7,2	6,4	3,5	100,0	6,4	75
Banda	18,2	1493	82,1	11,1	3,2	3,6	100,0	3,2	272
Ngbaka-Bantou	,5	492	82,6	9,0	,0	8,4	100,0	,0	3
Yakoma-Sango	,6	454	100,0	,0	,0	,0	100,0	,0	3
Zande/Nzakara	,6	196	7,0	,0	,0	93,0	100,0	,0	1
Autres ethnies locales	1,0	61	37,2	62,8	,0	,0	100,0	,0	1
Ethnies non centrafricaines	,5	78	86,2	13,8	,0	,0	100,0	,0	0
Manquant	,0	36	,0	,0	,0	,0	,0	.	0
Total	6,6	6778	79,2	10,8	3,1	7,0	100,0	3,1	444

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 65

11.6 Enfants handicapés

Un des objectifs d'un Monde digne des enfants est de protéger ces derniers contre les abus, l'exploitation et la violence, ainsi que l'élimination de la discrimination contre les enfants handicapés. Pour les enfants âgés de 2 à 9 ans, une série de questions ont été posées pour évaluer un certain nombre d'infirmités/troubles, tels que les troubles de la vue, la surdité et les difficultés à parler. Cette approche repose sur le concept du handicap fonctionnel développé par l'OMS et vise à identifier les conséquences de tout trouble ou infirmité sur le développement de l'enfant.

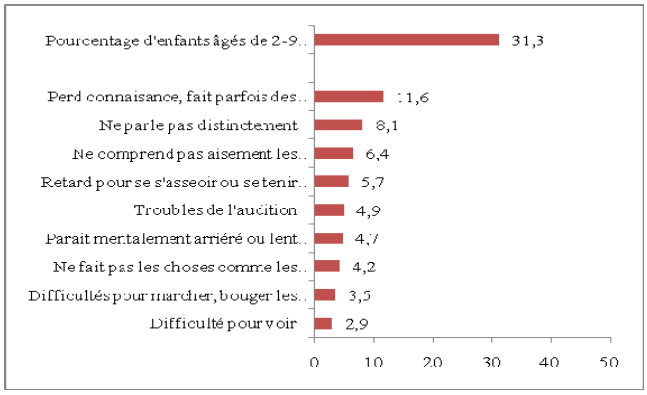
Les enfants handicapés constituent des groupes vulnérables en RCA. L'estimation faite à partir des données du RGPH 03 révèle qu'une proportion importante (40%) des enfants de moins de 15 ans sont handicapés. Parmi ceux-ci, 34% des handicapés n'ont pas encore atteint l'âge de 5 ans. Quand bien même le recensement n'a pas spécifiquement saisi la cause du handicap, on attribue ces infirmités à des malformations/maladies congénitales ou à des déformations résultant de maladies meurtrières telles que la poliomyélite pouvant entraîner la paralysie des membres inférieurs, la méningite entraînant la surdité, ou des mauvaises injections, etc.

La question sur les enfants handicapés était posée aux personnes en charge des enfants de 2 à 9 ans qui ont un problème de santé quelconque qui les empêche d'aller à l'école ou de mener normalement une activité économique, ou autre.

11.6.1 Les principaux types de handicaps chez les enfants de 2 à 9 ans

Les résultats du tableau CP.10 indiquent au niveau national qu'environ 31% des enfants âgés de 2 à 9 ans ont au moins un handicap. Le type de handicap fonctionnel fréquent chez les enfants est la perte de connaissance ou le fait de faire des crises (12%). Parmi les autres handicaps ont peut citer le fait de ne pas parler distinctement (8%) ou de ne pas comprendre aisément les instructions (6%) et le retard pour s'asseoir ou se tenir debout (Figure CP.1).

Figure CP.1 : Pourcentage d'enfants handicapés par type de handicaps au niveau national



Les différents types de handicaps des enfants de 2 à 9 ans peuvent être distingués selon les trois groupes suivants :
Le premier groupe est celui des handicaps fréquemment liés à l'enfant et d'origine congénitale. Il s'agit de la difficulté pour voir, marcher, bouger les membres, faire les choses comme les autres enfants de son âge; paraît mentalement arriéré ou lent d'esprit ou l'enfant a des troubles de l'audition.

Le deuxième groupe est constitué des handicaps de type environnemental ou socioculturel : retard pour s'asseoir ou se tenir debout ; l'enfant ne comprend pas aisément les instructions ou ne parle pas distinctement.

Le dernier groupe de handicap est celui qui se manifeste par la perte de connaissance, ou parfois par des crises. Ce handicap pourrait être d'origine congénitale ou résulter de l'environnement socioculturel de l'enfant.

11.6.2 Enfants de 2 à 9 ans qui ont au moins un handicap

Le tableau CP.10 présente la situation du handicap selon les autres caractéristiques retenues pour l'analyse. Les résultats indiquent quel que soit le type de handicap, il n'y a aucune disparité selon le sexe de l'enfant. En revanche l'ampleur de certains handicaps varie significativement en fonction de l'âge de l'enfant. Chez les plus jeunes enfants âgés de 2 à 4 ans par exemple, 8% de ceux-ci ont de la peine à comprendre aisément les instructions de leurs parents alors que la proportion observée chez leurs aînés est relativement plus faible (5%). De même, 14% des enfants de la même tranche d'âge contre 5% chez leurs aînés ont des difficultés à parler distinctement. On note par ailleurs que le handicap fonctionnel semble plus répandu dans les zones urbaines (37%) que dans les zones rurales (28%).

Au niveau régional, la région 7 (Bangui) avec 45% est de loin la région qui enregistre proportionnellement un nombre plus élevé d'enfants avec au moins un handicap.

De manière générale, la proportion des enfants avec au moins un handicap est plus élevée dans la Kémo (50%) et à Bangui (45%) tandis que dans la Sangha-Mbaéré (16%) et la Lobaye (22%) l'ampleur du phénomène est faible. On note par ailleurs que le type de handicap varie en fonction des préfectures. Le retard pour s'asseoir ou se tenir debout affecte davantage les enfants vivant à Bangui (10%) et dans la Kémo (9%). Les troubles de la vision sont répandues dans la Kémo (10%) et le Haut-Mbomou (9%). Les difficultés de compréhension des instructions sont observées à Bangui (14%) et dans la Kémo (10%). Dans le Haut-Mbomou, 12% des enfants ont des difficultés pour marcher et bouger les membres. La perte de connaissance ou le fait de faire des crises affecte davantage la Kémo (21%) et la Ouaka (20%) ainsi que l'Ouham-Pendé (16%) et la Nana-Mambéré.

L'ampleur du handicap fonctionnel varie en fonction du niveau d'instruction de la mère ou par rapport au niveau de bien- être économique du ménage. Contrairement à l'effet attendu de ces deux variables, on note que ce sont plus les enfants des femmes moins instruites ou pauvres qui ont au moins un handicap. En effet, le pourcentage des enfants ayant au moins un handicap est de 28% alors qu'il est de 39% pour les enfants issus de mères de niveau secondaire ou plus.

Tableau CP.10: Handicap des enfant

Caractéristiques	Pourcentage d'enfants 2-9 ans handicapés par type d'handicap										Nombre d'enfants âgés de 2-9 ans	Ne parle pas normalement	Nombre d'enfants âgés de 3-9 ans	Ne peut nommer un objet	Nombre d'enfants âgés de 2 ans
	Retard pour se s'asseoir ou se tenir debout	Difficulté pour voir	Troubles de l'audition	Ne comprend pas aisement les instructions	Difficultés pour marcher, bouger les bras, raideur dans les bras ou les jambes	Perd connaisance, fait parfois des crises	Ne fait pas les choses comme les enfants de son âge	Ne parle pas distinctement	Paraitmentalement arriéré ou lent d'esprit	Pourcentage d'enfants âgés de 2-9 ans avec au moins un handicap*					
Préfecture															
Ombella-M'poko	5,1	3,7	5,6	8,4	2,6	11,8	4,5	8,0	6,8	32,8	1170	33,5	1027	19,2	142
Lobaye	3,9	1,2	5,2	4,0	2,9	7,3	3,0	4,3	5,6	22,1	902	27,2	763	15,6	139
Mambéré-Kadéï	2,7	2,0	4,7	5,8	2,7	8,8	2,0	8,9	2,8	26,0	1744	20,8	1514	27,1	230
Nana-Mambéré	3,6	1,8	3,6	2,8	4,2	15,3	2,3	4,1	1,5	27,0	1035	44,6	902	37,1	133
Sangha-Mbaéré	4,0	2,2	3,4	2,3	2,3	2,5	,7	6,2	1,7	16,2	717	26,7	613	20,6	104
Ouham-Pendé	8,3	4,5	2,6	6,5	5,9	16,0	5,0	11,2	5,4	32,4	1881	23,4	1625	16,5	256
Ouham	3,9	2,4	4,3	4,7	3,0	7,0	2,6	11,7	1,7	27,3	1080	24,9	932	34,8	148
Kémo	9,1	5,6	9,5	10,1	4,6	21,3	7,2	8,4	9,3	49,8	339	48,3	300	24,4	39
Nana-Grébizi	5,0	3,4	4,0	6,0	2,9	7,7	5,0	13,7	2,7	32,7	350	31,8	306	29,8	44
Ouaka	3,3	1,9	3,5	4,1	1,1	19,8	3,0	6,6	4,5	34,3	1095	17,7	945	17,2	149
Haute-Kotto	7,5	1,4	2,6	1,6	2,2	4,4	4,1	6,4	2,7	24,7	248	15,8	211	17,5	38
Bamingui-Bangoran	7,1	5,8	7,2	6,2	2,6	6,1	6,4	12,0	5,3	33,0	136	42,3	120	17,8	17
Basse-Kotto	5,6	1,5	5,5	4,4	3,2	8,4	5,2	6,6	,8	25,0	882	35,2	782	30,8	100
Mbomou	7,4	1,0	3,6	4,4	4,2	13,7	4,8	7,2	5,9	32,4	660	22,9	573	28,2	87
Haut-Mbomou	1,8	5,8	9,4	7,6	11,9	7,8	3,1	5,0	5,7	32,6	142	29,2	128	25,4	14
Bangui	9,8	4,3	7,8	13,5	3,8	12,2	7,6	8,3	9,3	44,7	2160	38,6	1879	16,7	281
Milieu															
Urbain	6,7	3,8	6,0	9,0	3,3	12,9	5,4	7,8	7,0	36,5	5419	32,6	4713	17,5	706
Rural	5,1	2,4	4,2	4,9	3,6	10,8	3,4	8,3	3,4	28,2	9123	27,4	7907	26,0	1217
Sexe															
Masculin	5,6	2,9	4,7	6,7	3,5	11,8	4,1	8,0	4,6	30,6	7364	28,6	6409	22,6	954
Féminin	5,9	2,9	5,0	6,2	3,5	11,4	4,2	8,3	4,8	32,0	7179	30,2	6210	23,2	968
Age de l'enfant															
2-4	6,6	3,3	4,5	8,4	4,2	12,2	5,2	13,6	5,7	36,0	5817	30,2	3895	22,9	1923
5-6	6,0	2,9	4,5	5,0	3,2	11,9	3,1	5,0	4,3	29,2	3897	30,1	3897	.	0
7-9	4,5	2,4	5,6	5,2	2,9	10,6	3,7	4,1	3,8	27,3	4829	28,1	4829	.	0
Niveau d'instruction de la mère															
Sans niveau	5,4	2,7	4,2	5,8	4,1	10,5	3,5	8,3	4,2	28,4	6627	29,1	5788	25,7	839
Primaire	5,7	2,7	4,8	6,0	2,9	12,0	4,1	7,7	4,7	31,4	5700	27,8	4917	21,4	782
Secondaire & +	6,6	4,0	6,7	9,6	3,2	14,0	6,2	9,0	6,3	39,1	2147	34,5	1858	18,9	289
Quintile de bien-etre économique															
Le plus pauvre	5,6	2,6	3,8	5,9	4,2	12,0	3,5	8,9	3,5	29,5	3017	30,9	2585	29,1	432
Pauvre	4,9	2,8	4,6	5,2	3,4	10,3	3,3	7,3	3,5	28,4	3043	25,3	2638	25,2	405
Moyen	5,2	4,0	5,4	4,9	3,3	11,7	4,8	9,5	4,6	31,2	3049	29,0	2660	21,8	389
Riche	6,3	2,6	5,6	6,9	3,1	10,9	4,2	7,8	5,3	30,4	2851	27,3	2485	22,3	366
Le plus riche	6,7	2,5	4,9	9,8	3,5	13,3	5,1	7,1	6,9	37,9	2583	35,0	2252	13,9	331
Total	**5,7**	**2,9**	**4,9**	**6,4**	**3,5**	**11,6**	**4,2**	**8,1**	**4,7**	**31,3**	**14542**	**29,4**	**12620**	**22,9**	**1923**

Conclusion

En définitive, dans le contexte actuel, l'enfant est en proie à des difficultés graves eu égard à l'insuffisance d'enregistrement et la déclaration tardive de naissances aggravées par la situation de conflit qui trouve encore droit de cité en RCA. Or, tout enfant qui n'est pas déclaré à l'Etat-civil voit ses droits bafoués et exposés, à l'âge adulte, à des handicaps de toutes sortes. Il en va tout d'abord de la responsabilité individuelle qui est celle des parents qui mettent au monde des enfants mais qui ne les font pas enregistrer mais aussi de la faute de l'administration décentralisée qui ne facilite l'accès ni ne rend le coût d'enregistrement accessible.

Beaucoup d'enfants sont au travail et y entrent surtout précocement en violation des termes de la Convention sur le droit de l'enfant et du code du travail qui exige aux Etats cosignataires, dans le cadre de leur politique nationale, de protéger celui-ci contre le travail dangereux avec son cortège d'exploitation. La politique nationale, à cet effet est une fois de plus mise à l'index car soit elle n'est pas respectée par ceux à qui elle s'impose, soit ceux qui sont chargés de l'application n'y veillent pas. L'éducation de l'enfant est entachée de beaucoup de violences.

La nuptialité est encore précoce en RCA. Cette situation met en péril le développement des filles souvent exposées à une grossesse précoce, à un faible niveau d'étude et de formation professionnelle qui contribue à accentuer la pauvreté des femmes.

Plus d'une femme sur quatre est en union polygamique. Cette situation ne varie presque pas selon le milieu de résidence ou le niveau d'instruction.

Les femmes centrafricaines sont moins âgées que leurs conjoints. Au niveau national, plus d'un tiers des femmes (37%) ont un écart avec leur conjoint supérieur à 10 ans. Cette situation entraîne au sein du couple un rapport inégalitaire. Aussi, les filles préfèrent t-elles s'unir avec des hommes plus âgés pour éviter la violence corporelle.

La pratique de l'excision a enregistré une baisse au cours des dernières décennies : le taux est passé de 43% en 1994/95 (EDS-RCA), 36% en 2000 à 28% en 2006. Malgré l'interdiction de la loi, certaines ethnies continuent à perpétuer cette pratique qu'il faut bannir en raison de ces conséquences socio sanitaires et psychologiques néfastes. Les données de cette enquête montrent que dans toutes les préfectures et régions administratives du pays, la pratique de l'excision a connu une baisse assez significative. La baisse enregistrée selon le groupe d'âges permet de confirmer le déclin de cette pratique nefaste.

Enfin, beaucoup d'enfants âgés de 2 à 9 ans ont au moins un handicap. Le type de handicap fonctionnel fréquent chez les enfants est la perte de connaissance ou le fait de faire des crises. Ces enfants handicapés doivent faire l'objet d'une attention particulière par la société en ce qui concerne le respect de leurs droits.

XII. Violences domestiques

La violence sous toutes ces formes perpétrée pour contrôler, dominer ou opprimer son prochain constitue une violation des droits fondamentaux de la personne humaine. Elle est encore plus inacceptable quand elle se produit dans la sphère familiale et au sein des ménages, censés offrir protection et sécurité à leurs membres, et quand elle est dirigée contre les femmes du fait notamment de la plus grande vulnérabilité de ces dernières. Il est pourtant de plus en plus démontré que la violence domestique, en particulier la violence conjugale, est la forme de violence en l'encontre des femmes la plus répandue (UNFPA, 2005 ; WHO, 2005a ; WHO, 2005b ; Kishor and Johnson, 2004 ; WHO, 2002). Comme le souligne la Plateforme d'Action de la Conférence de Beijing et plusieurs autres études, la violence domestique ne constitue pas seulement une violation des droits de l'homme, mais a des conséquences néfastes tant sanitaires, sociales qu'économiques.

En République Centrafricaine, les rares données sur la violence domestique disponibles datent de 2000 et montraient que ce phénomène était largement répandu (MICS, 2000). Certaines formes de violence à l'encontre des femmes deviennent de plus en plus courantes. De plus les conflits armés qui ont secoué le pays durant la décennie passée ont donné lieu à une augmentation fulgurante de la violence et créé une certaine culture de la violence chez une partie de la population. Même si la paix est rétablie dans la quasi-totalité du pays, il est à craindre que le phénomène de violence domestique n'ait encore pris plus d'ampleur que par le passé.

Afin de prévenir et lutter contre la violence domestique, surtout celle faite aux femmes, la RCA a adhéré à un certain nombre de chartes aux plans international et régional et pris des dispositions légales au niveau interne. C'est ainsi que le pays a signé et ratifié en 1992 la Convention sur l'Élimination de toutes Formes de Discrimination à l'Égard de la Femme (CEDEF). Plus récemment, des lois ont été votées parmi lesquelles la loi n° 06.032 relative à la protection de la femme contre les violences en République Centrafricaine adoptée par l'Assemblée Nationale, et une Politique Nationale de Promotion de l'Équité et d'Égalité (PNPEE) de genre visant notamment la protection des droits des femmes et la lutte contre la violence dont elles sont victimes.

Dans ce contexte, il devient urgent de disposer de données fiables et à jour afin de mieux guider, suivre et évaluer les interventions en cours et à venir. C'est dans ce cadre que le Gouvernement a décidé, avec l'appui de ses partenaires au développement, en particulier le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), d'intégrer un volet violence domestique dans la troisième enquête à indicateurs multiples de 2006 (MICS-3). Les données ont été collectées selon la méthodologie la plus utilisée à ce jour pour obtenir des données quantitatives fiables et représentatives aux niveaux national et de différents sous groupes pour mesurer la violence domestique.

Contrairement à l'enquête MICS 2000, celle de 2006 a utilisé le module développé par Macro International Incorporation pour mesurer la violence domestique dans le cadre du programme des Enquêtes Démographique et de Santé (EDS). Utilisé depuis le début des années 1990, il a l'avantage de reposer sur des questions faciles à comprendre par les enquêtés, minimisant ainsi les risques d'erreur et de sous-déclaration. Le point 1.3 décrit en détail l'approche. Auparavant la section 1.1 présente l'échantillonnage et le point 1.2 définit les concepts clés.

12.1 Définition des concepts d'harmonie conjugale, de contrôle conjugal et de violence domestique

L'enquête MICS-3 s'est intéressée à trois types de violence domestique :

- la violence physique depuis l'âge de 15 ans et au cours des 12 derniers mois, mesurée auprès de toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans ;
- la violence pendant la grossesse, mesurée auprès de toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante[6] ; et
- la violence conjugale, à un moment quelconque et au cours des 12 derniers mois, mesurée auprès de toutes les femmes en union au moment de l'enquête ou qui étaient divorcées ou séparées[7].

Dans le cadre de la mesure des facteurs associés à la violence conjugale, MICS-3 a aussi recueilli des données permettant d'évaluer le degré d'harmonie du couple et de mesurer le contrôle exercé par le mari/partenaire sur sa femme.

12.1.1 La violence physique depuis l'âge de 15 ans

Quel que soit son état matrimonial, une femme était considérée comme victime de violence physique si elle déclarait qu'il est arrivé depuis qu'elle a l'âge de 15 ans que quelqu'un l'ait battue, giflée, lui ait donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de l'agresser physiquement.

Si en plus la femme était en union, divorcée ou séparée, la violence physique perpétrée par le conjoint était comptée parmi les actes de violence physique depuis l'âge de 15 ans (cf. point 1.2.3 pour la définition de violence conjugale physique).

12.1.2 La violence physique pendant la grossesse

La violence pendant la grossesse mesurée par MICS-3 est une violence physique. Il était demandé aux femmes ayant eu une naissance vivante s'il était déjà arrivé que quelqu'un les batte, gifle, donne des coups de pied ou fasse quelque chose pour les agresser physiquement pendant leur(s) grossesse(s). Les femmes ayant répondu par l'affirmative étaient considérées comme victimes de violence pendant la grossesse.

En principe, cette information devait être recueillie auprès de toutes les femmes qui sont tombées une fois enceintes dans leur vie, indépendamment de l'issue de la grossesse (naissance vivante ou pas). Pour des raisons non spécifiées, seules les femmes qui ont donné une naissance vivante ont été interrogées sur la violence durant leur(s) grossesse(s). La prévalence de la violence pendant la grossesse ainsi obtenue pourrait donc sous-estimer la réalité si la violence a par exemple conduit à des fausses couches, ou si les femmes qui étaient enceintes pour la première fois au moment de l'enquête étaient plus nombreuses à subir une violence que celles qui l'étaient auparavant.

12.1.3 La violence conjugale

Il s'agit essentiellement de la violence perpétrée par le mari/partenaire sur sa femme. MICS-3 a mesuré trois formes de violence conjugale à l'encontre des femmes : la violence physique, la violence émotionnelle et la violence sexuelle. Pour évaluer la violence contre les hommes, il était demandé aux femmes s'il était arrivé une fois qu'elles aient agressé physiquement leur

[6] L'information devait être recueillie auprès de toutes les femmes enceintes au moment de l'enquête ou qui l'ont été une fois, que l'issue de la grossesse soit une naissance vivante ou pas (cf. point 1.2.2).

[7] Les veuves auraient également pu être interviewées, mais on conçoit facilement qu'il leur soit difficile d'évoquer la mémoire de leur mari/partenaire en termes de violence que ces derniers leur avait faite.

mari/partenaire sans que celui-ci ait initié la violence. Cette mesure indirecte sous-estime la violence contre les hommes, puisque toutes les femmes agressives contre leur mari/partenaire ne sont pas prêtes à avouer leur forfait.

a) Violence conjugale physique

Selon le niveau de gravité de la violence, deux types de violence physique étaient retenues : la violence physique modérée et la violence physique sévère.
Une femme est considérée comme victime de violence conjugale physique modérée si elle a déclaré qu'il est déjà arrivé que son actuel mari/partenaire (pour les femmes en union) ou son ex-mari/partenaire (pour les femmes divorcées séparées) :

- la bouscule, secoue ou jette quelque chose contre elle ; ou
- la gifle ou lui tord le bras ; ou
- lui crache sur la figure ; ou
- la frappe à coups de poing ou avec quelque chose qui pouvait la blesser ; ou
- lui donne des coups de pied ou la traîne par terre.

Une femme est considérée comme victime de violence conjugale physique sévère si elle a déclaré qu'il est déjà arrivé que son actuel ou ex mari/partenaire :

- essaye de l'étrangler ou de la brûler ; ou
- la menace ou l'attaque avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme.

b) Violence conjugale sexuelle

Une femme est considérée victime de violence sexuelle si elle a déclaré qu'il est déjà arrivé que son actuel ou ex-mari/partenaire :

- la force physiquement à avoir des rapports sexuels même quand elle ne le voulait pas ; ou
- la force à pratiquer d'autres types d'actes sexuels qu'elle ne voulait pas.

c) Violence conjugale émotionnelle

Une femme est considérée victime de violence émotionnelle si elle a déclaré qu'il est déjà arrivé que son actuel ou ex-mari/partenaire :

- lui dise ou fasse quelque chose pour l'humilier devant d'autres personnes ; ou
- la menace méchamment, elle ou quelqu'un proche de vous.

Une femme est considérée victime de violence conjugale, si elle est victime de l'une ou de plusieurs des trois formes de violence conjugale : physique, sexuelle, émotionnelle.

12.1.4 L'harmonie du couple

L'harmonie dans le couple est mesurée par un indice qui tient compte des réponses fournies par les femmes aux quatre questions suivantes : dans vos rapports avec votre (dernier) mari/partenaire, est-ce que les faits suivants se produisent (se produisaient) fréquemment, parfois ou jamais ?

- Il passe (passait) habituellement son temps libre avec vous ?
- Il vous consulte (consultait) au sujet de différentes questions du ménage ?
- Il est (était) affectueux avec vous ?
- Il vous respecte (respectait) et tient (tenait) compte de vos désirs ?

L'indice d'harmonie conjugale est une variable à trois modalités. Si une femme déclare qu'aucun des quatre comportements ci-dessus ne se produisait fréquemment, l'union est considérée comme peu harmonieuse. Si ce sont un ou deux comportements qui se produisaient fréquemment, l'union est considérée comme moyennement harmonieuse. Enfin

si ce sont trois ou quatre de ces comportements qui se produisaient fréquemment, l'union est considérée comme très harmonieuse.

12.1.5 Le contrôle exercé par le mari/partenaire sur la femme

Pour mesurer le contrôle qu'exerce le mari/partenaire sur sa femme, on a demandé à celle-ci si les faits suivants s'appliquent à sa relation avec son mari/partenaire actuel ou s'appliquaient à son ex-mari/partenaire si elle ne vit plus en union :

- Il est (était) jaloux ou en colère si elle parle (parlait) à d'autres hommes ;
- Il l'accuse (accusait) souvent d'être infidèle ;
- Il ne lui permet (permettait) pas de rencontrer ses amies de sexe féminin ;
- Il essaye (essayait) de limiter ses contacts avec sa famille d'origine ;
- Il insiste (insistait) pour savoir où elle est (était) à tout moment ;
- Il ne lui fait (faisait) pas confiance en ce qui concerne l'argent.

Pris individuellement, ces différents comportements donnent une idée du contrôle conjugal dont fait l'objet la femme. En les combinant deux indicateurs sont construits : un indicateur d'absence de contrôle (la femme ne rapporte aucun des six comportements) et un indicateur d'existence d'un certain contrôle (au moins la moitié, soit trois sur six, des comportements de contrôle est rapportée par la femme).

12.2 Mesure de la violence : le Conflict Tactics Scale

La violence domestique étant un phénomène sensible et les auteurs résidant souvent dans le ménage même où a lieu l'interview, une approche qui consisterait à demander directement aux femmes si elles ont une fois subi une telle violence risque de conduire à une forte sous-déclaration. Par ailleurs, cette approche a l'inconvénient de laisser à chaque enquêtée la latitude de définir, selon sa propre compréhension, ce qu'est une violence. Or du fait d'une socialisation qui légitime certains actes de violence, en particulier en direction des femmes, les enquêtés finissent par ne plus considérer ces actes comme une violence. Ce biais de perception de la violence introduit par la socialisation pourrait conduire à une sous-déclaration supplémentaire.

Afin de contourner ces difficultés, des approches ont été développées pour mesurer avec le plus de précision et de complétude possible la violence domestique. L'une de ces méthodes a été reprise sous une version abrégée et complétée par Macro Int. Inc. pour bâtir un module standard pour la mesure de la violence domestique dans le cadre du programme des EDS. Il s'agit de l'échelle des conflits ou Conflict Tactics Scale (CTS) en anglais. Le CTS a été élaboré à l'origine par le sociologue Murray Straus dans les années 1970 et consistait à poser une série de 19 questions demandant à l'enquêté s'il avait une fois subi des actes spécifiques de violence comme la gifle, les coups. Un enquêté qui répond affirmativement à au moins une des questions est considéré comme victime de violence. La version modifiée utilisée par Macro comprend environ 15 questions sur des actes spécifiques de violence.

Le module Violence domestique de Macro complète le CTS version abrégée par des questions sur :

- la violence sexuelle ;
- les conséquences sur la santé de la violence physique et sexuelle[8] ;
- le début des actes de violence par rapport au début de l'union/mariage ;

[8] Ces questions offrent une opportunité supplémentaire aux femmes qui n'avaient pas encore déclaré la violence, par omission ou par dissimulation, de le faire (Kishor and Johnson, 2004). Cependant MICS-3 a adressé cette question uniquement aux femmes qui ont déjà déclaré avoir subi une violence physique ou sexuelle, annulant ainsi la possibilité offerte de trianguler la déclaration des femmes sur la violence.

- le ou les auteurs de la violence ;
- l'assistance suite à la violence (recherche d'aide par les victimes, personnes sollicitées, raisons de la non recherche d'aide) ;
- le contrôle exercé par le mari/partenaire selon la même méthode des questions sur des actes spécifiques ; et
- l'harmonie du couple à l'aide de questions spécifiques.

Chaque question sur un acte spécifique de violence, de contrôle conjugal et sur les conséquences physiques de la violence a été posée d'abord sans référence à une période (pour la violence conjugale, contrôle conjugal, conséquences de la violence), ou depuis l'âge de 15 ans pour la violence physique. En cas de réponse positive, il était demandé aux enquêtes le nombre de fois que l'acte de violence était subi durant les 12 derniers mois ayant précédé l'enquête. Ces deux niveaux permettent de mesurer, d'une part, la prévalence durée-de-vie de la violence et, d'autre part, la proportion de femmes actuellement à risque (Kishor and Johnson, 2004).

12.3 Violence physique subie par les femmes depuis l'âge de 15 ans

12.3.1 Ampleur de la violence physique

On s'attend à ce que la violence physique contre les femmes diminue avec l'âge, voire qu'elle disparaisse à l'âge adulte. Il ressort du tableau 1 que tel n'est pas le cas. La violence physique est très répandue en RCA. Plus du tiers des femmes (35%) ont déclaré en avoir été victimes depuis l'âge de 15 ans et trois sur dix durant l'année écoulée.

La prévalence de la violence physique varie très sensiblement selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes. De manière générale, la violence physique à l'encontre des femmes est nettement plus répandue dans les couches qu'on considérerait comme les plus modernes, les plus émancipées et les plus aisées. En effet, elle atteint ses proportions maximales parmi les Banguissoises (56%), les femmes de niveau d'instruction secondaire ou supérieur (48%), les résidentes des ménages les plus riches (46%), les séparées et divorcées (46%), les citadines (44%) et les jeunes adultes, c'est-à-dire âgées de 20 à 29 ans (40%).

L'ampleur de la violence physique varie également très sensiblement selon les caractéristiques socioculturelles. Les musulmanes seraient proportionnellement les moins nombreuses à se déclarer victimes de violence physique (une sur cinq) contre deux fois plus chez les catholiques (deux sur cinq).Chez les protestantes et les adeptes d'autres religions, la proportion est d'un tiers environ. Des variations encore plus fortes existent selon l'ethnie, allant d'un minimum de 14% de femmes victimes chez les Haoussa/Peulh à 44% chez les Gbaka-Bantou et les Yakoma-Sango.

Les variations de l'ampleur de la violence subie au cours des 12 derniers mois suivent globalement le même schéma, montrant que les catholiques, Gbaka-Bantou et les Yakoma-Sango, les divorcées et les femmes les plus émancipées sont les plus exposées.

Puisqu'il s'agit ici de la violence déclarée, et non d'une violence effectivement constatée, une partie des différences observées pourrait en réalité ne refléter que la plus grande liberté d'expression et une plus grande aptitude des femmes modernes, émancipées et aisées à révéler la violence dont elles ont été victimes. De même, n'étant plus sous l'emprise du mari, les femmes séparées ou divorcées seraient plus libres de rapporter les violences physiques subies dans le cadre conjugal. Il est également fort probable que çà soit la violence qui ait entraîné la séparation ou le divorce, expliquant ainsi l'ampleur du phénomène chez les femmes en rupture d'union et non l'inverse.

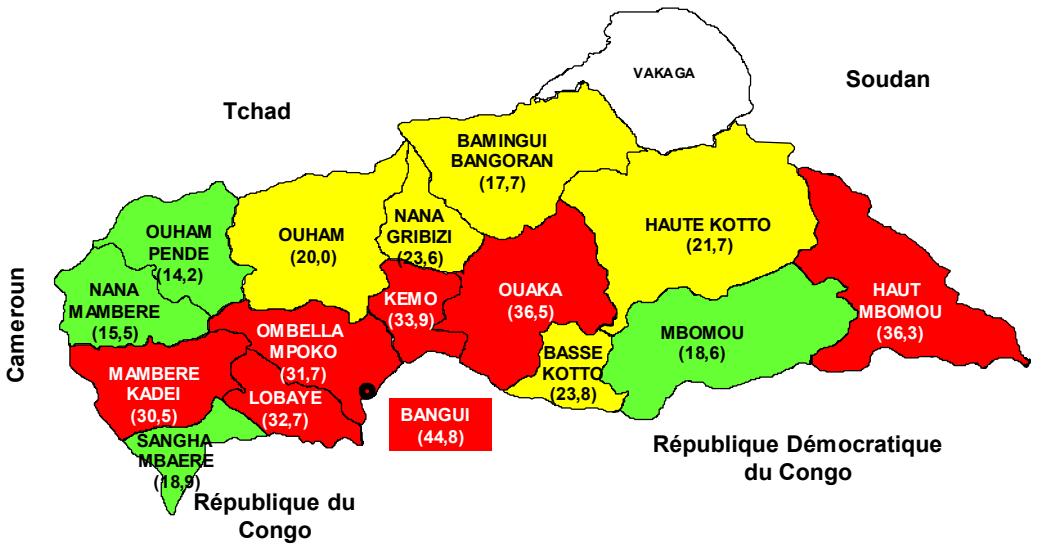
Tableau VD..1 : Violence physique : Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont déclaré avoir subi une violence physique, perpétrée soit par le mari, soit par quelqu'un d'autre depuis l'âge de 15 ans et pourcentage de celles qui ont subi une violence physique au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques des femmes, **MICS-3 RCA, 2006**

Caractéristiques	Pourcentage de femmes qui ont subi une violence physique depuis l'âge de 15 ans	Effectif total de femmes	Pourcentage de femmes qui ont subi une violence physique au cours des 12 derniers mois	Effectif total de femmes
Groupe d'âge (ans)				
15-19	34,8	2.397	29,5	2.339
20-29	39,9	4.436	33,4	4.254
30-39	33,5	2.736	26,8	2.606
40-49	27,0	1.747	18,5	1.662
État matrimonial				
Célibataire	20,5	998	14,7	995
En union	36,7	9.058	30,5	8.684
Veuf	17,2	351	7,6	350
Séparée/Divorcée	45,9	906	37,2	830
Milieu de résidence				
Urbain	43,9	4.157	35,4	3.960
Rural	28,8	7.159	23,7	6.901
Préfecture				
Ombella-Mpoko	35,0	751	31,7	734
Lobaye	37,1	715	32,7	695
Mambéré-Kadéï	37,4	579	30,5	537
Nana-Mambéré	18,2	737	15,5	726
Sangha-Mbaéré	32,5	957	18,9	905
Ouham-Pendé	18,1	638	14,2	621
Ouham	24,8	750	20,0	738
Kémo	46,3	689	33,9	592
Nana-Gribizi	32,2	674	23,6	648
Ouaka	40,5	770	36,5	759
Haute-Kotto	30,8	633	21,7	607
Bamingui-Bangoran	23,0	617	17,3	597
Basse-Kotto	26,7	591	23,8	582
Mbomou	24,1	600	18,6	584
Haut-Mbomou	40,9	536	36,3	520
Bangui	55,9	1.079	44,8	1.016
Niveau d'instruction				
Sans instruction	26,8	4.874	21,2	4.693
Primaire	38,3	4.853	31,6	4.655
Secondaire ou plus	48,4	1.540	40,0	1.465
Programme non-formel	23,1	49	9,8	48
Religion				
Catholique	41,6	3.394	33,9	3.237
Protestant	33,4	6.516	27,2	6.260
Musulman	19,4	998	14,6	976
Autre religion	35,8	111	28,9	105
Pas de religion	44,0	63	38,8	62
Ethnie				
Haoussa	14,4	493	11,7	488
Sara	28,5	734	23,0	709
Mboum	20,1	403	15,5	391
Gbaya	32,2	2.723	25,9	2.608
Mandjia	38,9	1.390	31,0	1.299
Banda	40,5	2.773	33,3	2.665
Gbaka-Bantou	43,9	880	35,5	845
Yakoma-Sango	43,4	681	36,3	657
Zande/Nzakara	37,2	742	31,3	718
Autres ethnies locales	28,0	105	26,4	103
Ethnies non centrafricaines	38,1	110	27,2	109
Situation d'activité				
Travaille actuellement	34,5	10.232	28,2	9.805
Ne travaille pas actuellement	37,3	709	29,4	697
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	28,4	2.637	23,8	2.530
Pauvre	28,5	2.414	23,2	2.336
Moyen	32,8	2.419	27,3	2.328
Riche	39,9	2.075	32,7	1.971
Le plus riche	45,9	1.771	36,0	1.696
Ensemble[a]	**35,3**	**11.316**	**28,7**	**10.861**

[a] Le total inclut les femmes qui n'ont pas donné de réponse à certaines variables : 17 pour l'état matrimonial (0,1% de l'échantillon), 365 pour la religion (3,1% de l'échantillon)

La violence perpétrée au cours des 12 derniers mois donne une indication sur les femmes qui sont actuellement à risque. Le tableau 1 montre que ce risque présente de fortes disparités géographiques qu'il serait important de prendre en compte dans l'élaboration d'interventions de lutte contre la violence domestique. Cette disparité géographique est visualisée sur la carte ci-dessous. Elle montre clairement que les zones plus à risque sont la capitale Bangui et les préfectures périphériques ainsi que le Haut-Mbomou, situé à l'extrême Est du pays.

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui déclarent avoir subi une violence physique au cours de l'année écoulée (les 12 derniers mois ayant précédé l'enquête)



Enquête MICS-III RCA, 2006 (N=10.861)

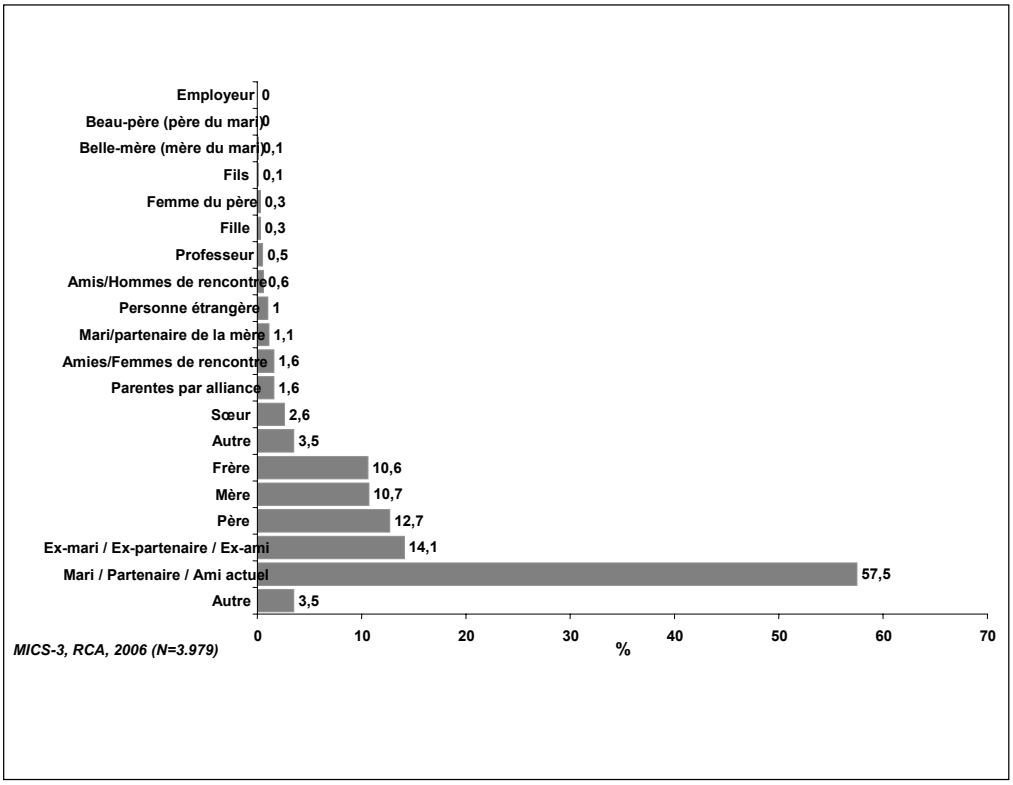
12.3.2 Auteurs de la violence physique

La violence physique peut être commise par différentes personnes avec lesquelles les femmes sont en contact aussi bien à l'intérieur (parents, conjoints) qu'à l'extérieur du ménage (amis, professeur, employeur). Les violences peuvent être perpétrées par une ou plusieurs personnes. Il ressort des déclarations de celles qui ont subi des violences que 27% d'entre elles ont subi la violence de plus d'une personne depuis l'âge de 15 ans. Les maris, partenaires et amis ressortent comme les plus impliqués dans ces violences ; 58% des femmes ont cité le conjoint actuel et 14% le conjoint précédent.

Même à l'âge adulte, les femmes continuent d'être victimes de violence commise par les membres de leur propre famille. Entre 11 et 13% citent respectivement les frères, la mère et le père. Mais globalement, autant la violence physique envers les femmes durant l'enfance est essentiellement le fait des parents, autant celle durant l'âge adulte serait celle du partenaire sexuel.

Bien que les données de MICS 2000 ne soient pas rigoureusement comparables avec celles de MICS 2006, elles montraient également que trois femmes sur quatre désignaient le conjoint comme auteur de violence physique.

Figure VD.1 : Pourcentage de femmes victimes de violence physique depuis l'âge de 15 ans citant des personnes spécifiques comme étant les auteurs de leurs agressions physique



12.5 Violence physique pendant la grossesse

Bien que la violence physique soit inacceptable à tout moment, elle l'est encore plus durant la grossesse du fait des risques qu'elle fait encourir à la santé de la femme et à celle du fœtus qu'elle porte (Nasir and Hyder, 2003).

Malgré leur état fragile, près d'une femme sur dix (9%) ayant eu une naissance vivante a déclaré avoir été violentée durant l'une de ses grossesses (tableau 2). Chez 37% d'entre elles, le conjoint actuel était la seule personne à perpétrer la violence et chez 7% ce fut l'ex-partenaire seul. Globalement le mari/partenaire est impliqué dans les violences dans 46% des cas. Cependant plus de la moitié des femmes ont cité des personnes autres qu'eux comme ayant perpétré la violence.

Les variations de la prévalence de la violence pendant la grossesse selon les caractéristiques sociodémographiques de la femme suivent les mêmes tendances que la violence physique depuis l'âge de 15 ans. Les femmes les plus émancipées et les plus aisées en sont plus souvent victimes que les autres.

Concernant le type d'auteurs, la faiblesse des effectifs ne permet pas d'analyser son association avec les caractéristiques de la femme. Il apparaît toutefois que le partenaire est plus souvent impliqué dans les violences durant la grossesse parmi les femmes les moins âgées, en milieu rural et dans les ménages les plus pauvres. Dans ce dernier cas par exemple, cinq femmes sur dix vivant dans les ménages les plus pauvres ont été violentées par le mari seul contre trois sur dix chez celles vivant dans les ménages les plus aisées. Dans les couples modernes et aisées, l'homme serait plus conscient des risques pour la santé de la femme et du fœtus de la violence physique pendant la grossesse.

Tableau VD.2 : Violence pendant la grossesse : Parmi les femmes qui ont eu une naissance vivante, pourcentage de celles qui ont déclaré avoir subi des violences physiques pendant qu'elles étaient enceintes et leur répartition selon l'auteur des violences et selon certaines des caractéristiques des femmes, MICS-3 RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes ayant subi une violence physique lors d'une de leurs grossesses	Effectif de femmes ayant eu une naissance vivante	Auteur des violences				Total	Effectif de femmes ayant déclaré avoir subi une violence pendant une grossesse
			Mari/ Partenaire actuel seul	Ex-Mari/ Partenaire /Ami seul	Mari/ Partenaire et autres	Personne(s) autre(s) que le partenaire		
Groupe d'âge (ans)								
15-19	10,1	1.066	37,0	1,9	4,6	56,5	100,0	108
20-29	10,3	3.855	41,3	8,8	1,0	48,9	100,0	397
30-39	8,8	2.494	33,6	7,7	,0	58,6	100,0	220
40-49	5,5	1.631	29,2	4,5	2,2	64,0	100,0	89
État matrimonial								
Célibataire	1,4	69	*	*	*	*	*	1
En union	9,1	7.841	39,9	6,8	1,3	52,0	100,0	716
Veuve	5,6	357	*	*	*	*	*	20
Séparée/Divorcée	10,2	772	20,3	8,9	2,5	68,4	100,0	79
Milieu de résidence								
Urbain	12,7	3.657	30,7	5,8	1,3	62,2	100,0	466
Rural	6,5	5.390	46,0	9,1	1,4	43,4	100,0	349
Préfecture								
Ombella-Mpoko	8,1	792	(61,9)	(3,2)	(3,2)	(31,7)	(100,0)	64
Lobaye	9,1	547	50,0	16,0	0,0	34,0	100,0	50
Mambéré-Kadéï	5,7	1.016	(32,8)	(15,5)	(0,0)	(51,7)	(100,0)	58
Nana-Mambéré	2,7	588	*	*	*	*	*	16
Sangha-Mbaéré	10,9	403	40,9)	2,3	2,3	54,5	100,0	44
Ouham-Pendé	9,4	1.035	(11,2)	(11,2)	(2,0)	(75,5)	(100,0)	97
Ouham	5,8	687	(46,3)	(4,9)	(0,0)	(48,8)	(100,0)	40
Kémo	5,2	230	(50,0)	(8,3)	(0,0)	(41,7)	(100,0)	12
Nana-Gribizi	6,4	203	(69,2)	(0,0)	(0,0)	(30,8)	(100,0)	13
Ouaka	12,5	623	60,3	6,4	0,0	33,3	100,0	78
Haute-Kotto	9,2	153	(42,9)	(7,1)	(0,0)	(50,0)	(100,0)	14
Bamingui-Bangoran	6,9	86	(16,7)	(16,7)	(0,0)	(66,7)	(100,0)	6
Basse-Kotto	6,8	592	(52,5)	(10,0)	(0,0)	(37,5)	(100,0)	40
Mbomou	3,1	359	*	*	*	*	*	11
Haut-Mbomou	3,7	110	*	*	*	*	*	4
Bangui	16,5	1.623	27,0	4,5	1,9	66,7	100,0	268
Niveau d'instruction								
Sans instruction	5,9	3.879	39,5	9,2	2,2	49,1	100,0	229
Primaire	10,1	3.689	39,4	7,0	1,3	52,3	100,0	371
Secondaire ou plus	14,6	1.436	32,2	5,3	0,5	62,0	100,0	209
Programme non formel	16,3	43	*	*	*	*	*	7
Situation d'activité								
Travaille actuellement	8,4	8.414	39,7	7,7	0,9	51,7	100,0	704
Ne travaille pas actuellement	15,4	246	(30,8)	(7,7)	(7,7)	((53,8)	(100,0)	38
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	6,1	1.881	49,6	7,8	0,9	41,7	100,0	115
Pauvre	7,0	1.845	42,0	9,2	0,0	48,9	100,0	130
Moyen	8,3	1.835	46,1	8,6	1,3	44,1	100,0	153
Riche	11,1	1.787	29,6	8,0	3,5	58,8	100,0	199
Le plus riche	12,8	1.699	28,9	3,7	0,5	67,0	100,0	218
Ensemble[a]	**9,0**	**9.047**	**37,3**	**7,1**	**1,3**	**54,2**	**100,0**	**815**

[a]Le total inclut les ND de la variable situation d'activité

* Basé sur trop peu de cas non pondérés (moins de 20).

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés (compris entre 20 et 49).

12.6 Contrôle exercé sur les femmes par le partenaire

L'intérêt de l'étude des comportements de contrôle de la femme par son conjoint réside dans le fait que ces comportements sont souvent précurseurs de la violence conjugale du fait qu'elle crée un climat de suspicion au sein du couple, enfreigne la liberté de la femme et réduit l'harmonie dans le couple. Six aspects du contrôle ont été mesurés par MICS-3 : la jalousie, les accusations d'infidélité, la restriction des rencontres avec des amis et celles avec les parents, le contrôle des déplacements et le manque de confiance en matière d'argent.

Le contrôle des femmes par le conjoint est très répandu. En effet, près de la moitié des femmes ont déclaré être sous l'emprise d'au moins trois de ces contrôles. Les deux contrôles les plus fréquemment cités par les femmes sont la jalousie (60%) et le contrôle de leurs déplacements (56%). Le contrôle portent le moins sur les contacts avec les membres de la famille de la femme (22% seulement des femmes l'ont rapporté).

Le contrôle varie en fonction des caractéristiques des femmes. Il diminue avec l'âge et le nombre d'enfants vivants, mais augmente avec le niveau d'instruction de la femme et le niveau de vie du ménage. Il est plus fréquent chez les citadines, les femmes qui ne travaillent pas, celles de Bangui et de la Ouaka, les catholiques et les adeptes d'autres religions, chez les Gbaka-Bantou et les Yakoma-Sango. C'est dans le Bamingui-Bangoran qu'il y aurait moins de contrôle du conjoint sur la femme (37% n'en sont pas victimes, soit deux fois la moyenne nationale). Enfin, les femmes du Haut-Mbomou se distinguent des autres par le fait que 35% d'entre elles ont déclaré que leur partenaire contrôlait leur contact avec les membres de leur famille.

Tableau VD.3: Contrôle exercé par le mari/partenaire : Pourcentage de femmes actuellement en union, séparé ou divorcé selon le contrôle exercé par l'actuel ou le précédent mari/partenaire et selon certaines caractéristiques des femmes, MICS-3 RCA, 2006

Caractéristiques des femmes	Pourcentage de femmes dont le mari/partenaire :								
	Est jaloux si elles parlent à d'autres hommes	Les accuse souvent d'être infidèles	Ne leur permet pas de rencontrer d'autres femmes/amies	Essaie de limiter leurs contacts avec leur famille	Insiste pour savoir où elles sont à tout moment	Ne leur fait pas confiance en matière d'argent	Exerce au moins 3 types de contrôle	N'exerce aucun type de contrôle	Effectif de Femmes en union
Groupe d'âge (ans)									
15-19	67,4	44,7	38,8	25,7	63,2	42,2	58,4	14,2	1.675
20-29	63,8	39,7	35,6	24,9	60,6	41,3	53,0	14,8	4.351
30-39	55,3	36,1	29,8	19,1	50,0	38,4	43,3	21,6	2.551
40-49	45,7	28,3	21,8	16,2	43,5	39,7	35,9	27,8	1.534
État matrimonial									
Actuellement en union	58,7	36,6	31,9	22,0	55,4	40,7	47,8	18,6	9.160
Séparé/Divorcé	68,0	51,1	39,6	24,2	60,1	38,0	59,0	16,6	951
Milieu de résidence									
Urbain	65,0	41,9	40,1	26,7	61,8	43,6	56,7	11,9	4.193
Rural	55,7	35,2	27,4	19,1	51,6	38,2	43,4	22,8	5.917
Préfecture									
Ombella-Mpoko	56,5	39,6	33,3	20,6	61,9	39,3	50,5	17,6	875
Lobaye	62,1	38,9	40,2	19,3	57,4	33,3	51,5	16,8	601
Mambéré-Kadéï	59,3	37,7	36,4	27,8	55,9	43,9	54,3	15,6	1.092
Nana-Mambéré	43,4	22,5	26,0	18,6	50,7	36,9	39,4	30,8	645
Sangha-Mbaéré	60,4	40,9	30,2	16,7	53,6	35,9	44,0	17,6	433
Ouham-Pendé	52,8	25,5	23,1	21,0	59,0	39,2	42,4	21,7	1.103
Ouham	51,0	32,1	29,7	18,4	55,7	43,9	40,1	26,1	738
Kémo	63,1	41,8	37,1	14,8	56,4	38,3	51,4	16,8	264
Nana-Gribizi	58,1	36,1	34,2	23,3	54,6	34,0	49,3	26,3	222
Ouaka	61,3	44,3	33,7	20,2	46,3	48,6	48,6	11,5	716
Haute-Kotto	55,4	30,6	18,7	13,5	48,5	34,6	39,2	30,6	195
Bamingui-Bangoran	46,9	19,6	24,0	22,7	44,3	29,8	35,9	37,0	99
Basse-Kotto	61,6	42,6	24,4	18,6	40,9	40,3	40,3	23,2	666
Mbomou	72,2	49,8	21,9	14,4	30,3	26,7	35,8	22,1	401
Haut-Mbomou	52,4	37,3	29,6	34,9	48,0	38,9	48,8	22,8	128
Bangui	69,9	45,9	43,1	30,1	68,9	45,1	62,8	8,7	1.933
Religion									
Catholique	62,7	42,6	34,9	23,5	57,5	41,8	52,9	16,0	2.812
Protestant	57,9	37,2	30,9	21,3	54,9	39,6	46,9	19,5	6.158
Musulman	57,1	24,1	32,8	22,2	49,8	37,2	41,8	24,1	713
Autre religion	50,7	45,1	36,6	20,0	56,3	39,1	42,6	16,4	73
Pas de religion	58,1	25,6	28,6	22,7	55,8	50,0	43,9	19,0	44
Ethnie									
Haoussa	55,1	22,0	32,2	22,2	52,0	35,8	43,7	23,7	434
Sara	49,9	28,1	26,8	23,4	50,5	37,5	38,3	23,7	420
Mboum	52,9	31,1	23,4	23,7	61,3	40,3	44,9	21,2	635
Gbaya	56,9	35,3	33,7	22,4	58,3	41,4	48,9	18,8	3.141
Mandjia	59,1	38,7	31,8	18,4	58,2	37,9	47,4	18,8	996
Banda	61,7	42,9	31,9	20,5	51,6	41,0	48,0	18,5	2.225
Gbaka-Bantou	61,9	40,9	33,7	20,9	57,2	42,8	53,1	14,2	706
Yakoma-Sango	68,6	45,5	39,4	25,4	51,3	39,4	53,5	15,3	680
Zande/Nzakara	67,4	45,5	26,6	22,8	45,1	38,4	45,6	20,4	306
Autres ethnies locales	37,9	38,2	29,5	28,1	43,8	36,0	42,4	27,4	90
Ethnies non centrafricaines	68,9	44,5	36,1	33,1	54,2	31,4	56,9	15,4	122
Nombre d'enfants en vie									
0	64,9	41,2	35,2	24,9	59,2	39,6	53,3	16,4	1.764
1-2	64,3	41,9	37,0	24,1	59,6	40,4	53,7	15,2	4.007
3-4	56,5	35,2	29,9	19,7	54,4	41,4	46,2	19,7	2.183
5-11	49,5	30,6	25,1	19,1	47,3	40,4	39,0	24,6	2.156
Niveau d'instruction									
Sans instruction	53,3	31,9	26,6	19,4	50,3	37,6	41,2	23,3	4.252
Primaire	62,1	41,7	34,8	22,5	57,1	41,0	51,2	17,3	4.089
Secondaire ou plus	68,9	44,0	42,4	28,8	66,7	46,4	62,5	8,5	1.726
Programme non formel	(61,4)	(39,5)	(27,9)	(22,7)	(36,4)	(32,6)	(45,5)	(20,5)	43
Situation d'activité									
Travaille actuellement	58,4	37,3	31,7	21,7	54,9	40,1	47,5	19,1	9.249
Ne travaille pas actuel.	76,7	50,4	47,2	31,5	67,7	47,0	68,9	6,1	413
Quintile de bien-être éco.									
Le plus pauvre	56,1	36,1	27,3	17,9	49,9	37,7	42,3	23,2	2.015
Pauvre	57,9	36,5	28,9	18,1	51,0	40,6	43,5	20,1	2.000
Moyen	56,4	37,7	30,6	23,1	54,9	40,2	47,8	19,6	2.054
Riche	60,4	38,8	36,4	23,9	59,7	39,9	53,1	16,6	2.012
Le plus riche	66,9	40,6	39,8	28,3	63,4	43,8	57,6	12,4	2.029
Ensemble[a]	**59,5**	**37,9**	**32,6**	**22,2**	**55,8**	**40,5**	**48,8**	**18,4**	**10.110**

[a] Le total inclut les ND. ( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés (compris entre 20 et 49).

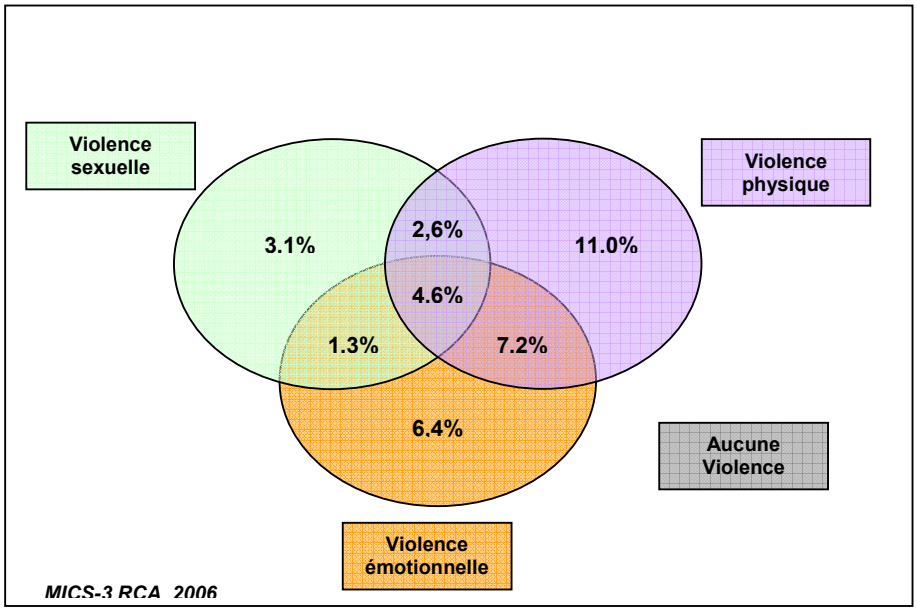
12.7 Violence conjugale subie par les femmes

Comme mentionné dans la section 2.2 (page 9), le mari/partenaire est la personne la plus souvent impliquée dans les violences physiques contre les femmes. La violence conjugale ne se limite cependant pas à la forme physique, elle peut aussi être sexuelle ou émotionnelle. Cette partie examine la prévalence de ces trois formes de violence conjugale à n'importe quel moment et leur occurrence au cours de l'année précédant l'enquête. Elle porte également sur le début des violences conjugales, leurs conséquences sur la santé ainsi que leur association avec le statut de la femme et les caractéristiques des conjoints.

12.7.1 Formes et prévalence de la violence conjugale

Les questions sur la violence conjugale étaient adressées uniquement aux femmes actuellement en union, divorcées ou séparées. Parmi les femmes ayant répondu, 36% ont déclaré avoir subi une violence de la part de leur mari/partenaire (graphique ci-dessous). La violence physique est la forme de violence conjugale la plus répandue puisqu'elle est rapporté par une femme sur quatre contre une femme sur cinq pour la violence émotionnelle et 12% pour la violence sexuelle. Certaines femmes rapportent avoir été victimes de plus d'une forme de violence. Par exemple près de 5% d'entre elles aurait subi toutes les trois formes de violence.

Figure VD.2 : Pourcentage de femmes en union, séparées ou divorcées ayant subi une violence physique, sexuelle et/ou émotionnelle exercée par le conjoint



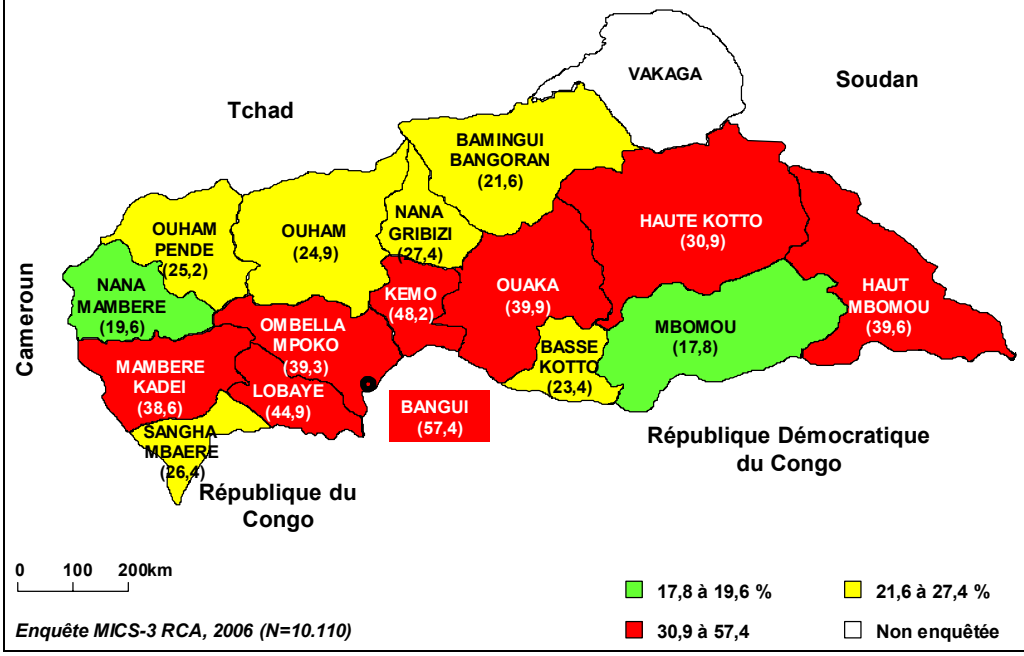
Comme l'illustre la carte ci-dessous, la prévalence de la violence conjugale déclarée varie très sensiblement selon la préfecture allant d'un minimum de 18% dans le Mbomou à un maximum de 57% à Bangui. On distingue globalement trois groupes de préfectures :

- une zone de très forte prévalence variant de 31% à 57%. Elle traverse tout le pays d'Est en Ouest ;
- une zone de prévalence moyenne comprise entre 22 et 27%. Elle est constituée des préfectures du Nord et inclut deux préfectures du Sud (la Sangha-Mbaéré et la Basse-Kotto)
- une zone de faible prévalence (19%) constituée du Mbomou et de la Nana-Mambéré.

La situation de la violence conjugale est particulièrement préoccupante à Bangui où plus de la moitié des femmes déclare avoir souffert de l'une ou l'autre de ses formes. De même, ce sont

les préfectures voisines de Bangui, et qui sont aussi les plus urbanisées, qui ont les prévalences les plus élevées. Les conditions de vie plus stressantes en ville, la plus grande émancipation des femmes du milieu urbain et le relâchement de certaines valeurs traditionnelles propices à l'harmonie du couple où à la résolution pacifique des conflits pourraient expliquer une partie de cette fréquente violence au sein des couples.

Pourcentage de femmes qui déclarent avoir subi une violence physique, sexuelle ou émotionnelle de la part de leur mari/partenaire actuel (pour celles en union) ou de leur ex-mari/partenaire (pour celles qui sont séparées ou divorcées)



Le tableau VD.4 permet d'analyser l'ampleur différentielle des différentes formes de violence conjugale selon certaines caractéristiques des femmes. Il en ressort ainsi que la violence conjugale est plus répandue chez les femmes jeunes, en rupture d'union, à faible parité (1 ou 2 enfants), instruites, chez celles qui ne travaillent pas et chez les résidentes des ménages les plus aisées. Dans ces groupes, les deux cinquièmes des femmes ou plus ont déclaré avoir été violentées par le conjoint. A l'instar de la violence depuis l'âge de 15 ans, la violence conjugale serait donc plus répandue parmi les femmes les plus modernes et les plus aisées. Mais comme signalé à la section 2.1 (page 7), une partie des différences observées pourrait provenir du fait que ces femmes déclarent plus facilement la violence conjugale que les autres femmes.

Tableau VD.4 : Violence conjugale : Pourcentage de femmes actuellement mariées, divorcées ou séparées qui ont déjà subi des violences physiques, émotionnelles ou sexuelles exercées par leur mari/partenaire actuel ou précédent, selon certaines de leurs caractéristiques, MICS-3 RCA, 2006

Caractéristiques	Forme de violence								Effectif de femmes
	Violence Émotionnelle	Violence physique modérée	Violence physique sévère	Ensemble de la violence physique	Violence sexuelle	Violence physique ou sexuelle	Violence émotionnelle, physique ou sexuelle	Violence émotionnelle, physique et sexuelle	
Groupe d'âge (ans)									
15-19	20,2	27,8	5,3	28,2	14,8	34,2	41,2	5,0	1.675
20-29	21,2	28,3	6,4	28,7	13,2	33,6	39,7	5,3	4.351
30-39	18,1	21,7	4,8	22,1	10,0	26,3	32,9	3,8	2.551
40-49	16,1	18,0	5,2	18,5	6,2	20,2	26,7	3,4	1.534
État matrimonial									
Actuellement en union	18,0	24,2	5,2	24,6	11,0	29,0	35,0	4,0	9.160
Séparé/Divorcé	34,4	33,0	9,9	33,5	18,1	38,3	49,4	10,5	951
Milieu de résidence									
Urbain	26,8	31,6	7,3	32,2	14,5	37,3	45,5	6,3	4.193
Rural	14,3	20,4	4,4	20,7	9,6	24,7	29,9	3,3	5.917
Préfecture									
Ombella-Mpoko	22,7	25,8	6,0	26,6	12,1	32,2	39,3	4,4	875
Lobaye	26,4	28,2	9,7	28,8	17,5	35,8	44,9	6,7	601
Mambéré-Kadéï	12,9	27,4	5,8	27,9	13,9	34,6	38,6	3,9	1.092
Nana-Mambéré	5,8	15,0	1,3	15,4	3,4	16,8	19,6	0,8	645
Sangha-Mbaéré	17,1	16,9	4,4	16,9	5,8	18,1	26,4	2,3	433
Ouham-Pendé	15,6	14,4	2,3	14,7	4,7	16,9	25,2	2,1	1.103
Ouham	9,5	18,8	2,5	18,9	5,6	21,7	24,9	1,5	738
Kémo	22,6	26,6	6,9	27,4	31,0	43,0	48,2	8,5	264
Nana-Gribizi	16,0	16,4	2,7	16,9	9,6	21,0	27,4	3,7	222
Ouaka	22,7	30,0	9,9	30,5	17,2	34,8	39,9	8,5	716
Haute-Kotto	16,5	18,1	3,6	18,7	10,9	23,8	30,9	2,6	195
Bamingui-Bangoran	12,4	12,4	1,0	12,4	5,2	14,4	21,6	2,0	99
Basse-Kotto	11,0	18,9	4,8	19,4	5,6	20,0	23,4	2,7	666
Mbomou	7,8	12,3	2,5	12,7	3,5	13,8	17,8	1,0	401
Haut-Mbomou	16,7	30,0	6,3	30,6	10,3	33,1	39,0	4,0	128
Bangui	36,1	40,8	9,0	41,2	18,5	47,4	57,4	8,7	1.933
Religion									
Catholique	21,7	28,3	6,7	28,9	13,7	34,3	40,7	5,2	2.812
Protestant	18,4	24,1	5,3	24,5	11,2	28,7	34,9	4,5	6.158
Musulman	11,6	13,6	3,2	13,6	5,1	15,6	21,6	2,0	713
Autre religion	23,9	25,7	4,2	25,7	11,4	30,0	38,0	4,2	73
Pas de religion	(22,7)	(20,5)	(6,8)	(20,5)	(15,9)	(26,7)	(34,1)	(4,5)	44
Ethnie									
Haoussa	9,0	11,0	2,6	11,0	4,0	13,6	17,9	0,5	434
Sara	18,2	19,6	4,9	19,6	10,2	24,9	32,1	2,7	420
Mboum	18,6	15,8	3,6	15,8	7,7	19,7	28,4	3,3	635
Gbaya	16,3	24,1	4,9	24,8	9,8	28,6	34,4	3,6	3.141
Mandjia	20,7	24,4	4,7	24,7	16,8	32,8	39,4	5,2	996
Banda	20,2	28,2	7,1	28,6	14,3	32,7	37,9	6,8	2.225
Gbaka-Bantou	27,7	31,0	7,7	31,5	15,3	37,6	45,4	6,0	706
Yakoma-Sango	24,7	28,0	8,2	28,4	11,2	32,5	40,6	5,1	680
Zande/Nzakara	15,8	25,8	3,9	26,1	6,9	27,9	33,9	2,6	306
Autres ethnies locales	12,4	23,6	4,5	24,4	5,6	24,4	27,0	0,0	90
Ethnies non centrafricaines	17,5	24,4	5,8	24,4	8,3	26,1	32,2	4,2	122
Nombre d'enfants en vie									
0	19,8	23,7	5,1	24,2	13,4	30,0	37,0	4,6	1.764
1-2	22,2	29,0	6,4	29,4	14,0	34,4	40,7	5,9	4.007
3-4	17,7	24,0	5,6	24,5	9,8	28,5	35,4	3,6	2.183
5-11	15,8	19,5	4,8	20,0	7,7	22,6	28,5	3,1	2.156
Niveau d'instruction									
Sans instruction	12,6	18,0	4,0	18,3	8,7	21,8	26,7	3,1	4.252
Primaire	21,8	27,6	6,5	28,1	12,5	32,8	40,1	4,9	4.089
Secondaire ou plus	30,8	36,7	7,8	37,1	17,0	43,1	51,0	7,7	1.726
Programme non formel	23,3	9,3	2,3	9,3	7,0	14,0	32,6	0,0	43
Situation d'activité									
Travaille actuellement	18,5	24,1	5,5	24,5	11,2	28,8	34,9	4,4	9.249
Ne travaille pas actuel/	27,4	32,2	8,8	32,5	17,1	39,0	48,9	6,8	413
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	12,7	19,7	4,7	19,9	11,3	24,6	29,1	4,0	2.015
Pauvre	15,2	20,5	4,8	21,0	9,2	24,7	29,9	3,5	2.000
Moyen	18,7	23,9	5,2	24,6	10,0	28,6	35,5	3,3	2.054
Riche	23,3	28,7	6,5	29,0	13,7	33,9	40,9	5,8	2.012
Le plus riche	27,4	32,1	7,1	32,6	14,0	37,4	46,1	6,4	2.029
Ensemble	**19,5**	**25,0**	**5,6**	**25,4**	**11,6**	**29,8**	**36,3**	**4,6**	**10.110**

[a] Le total inclut les ND.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés (compris entre 20 et 49).

Par rapport aux caractéristiques socioculturelles, il apparaît que les femmes catholiques et les adeptes des religions autres que l'islam et le christianisme sont les plus touchées par la violence conjugale avec respectivement 41% et 38% qui rapportent avoir été violentées par le

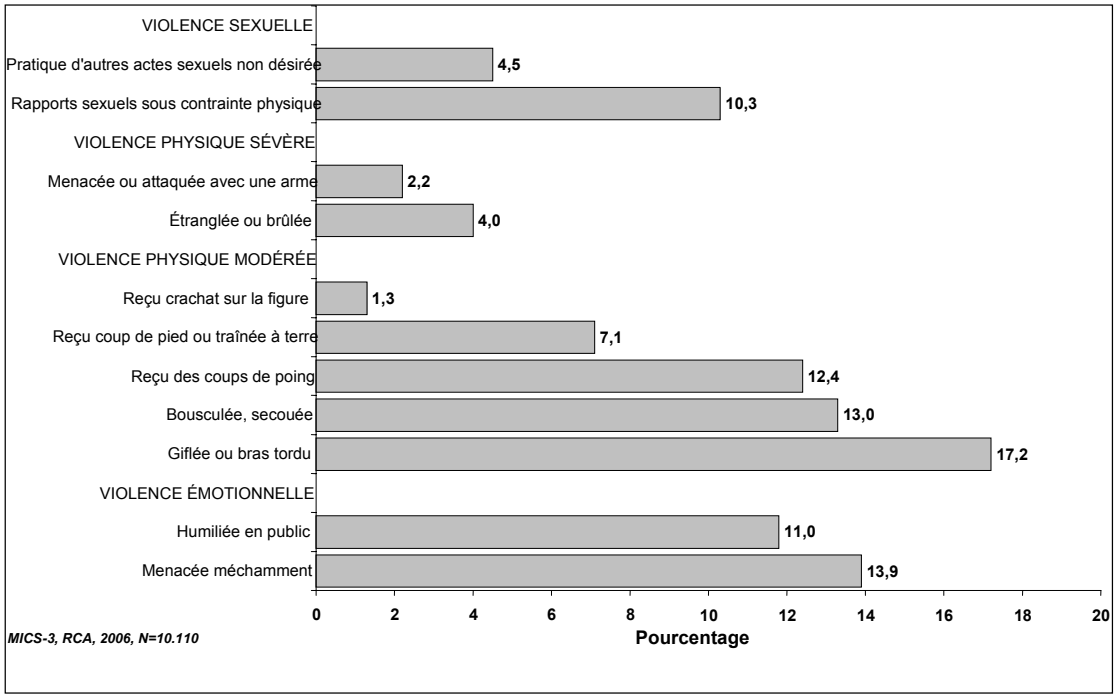
mari/partenaire. Elles sont le plus victimes de violence physique. Les femmes les moins confrontées au phénomène seraient les musulmanes (une femme sur cinq environ serait touchée). Ces dernières seraient également très peu victimes de violences sexuelles (5%).

La violence conjugale dépend également de l'ethnie de la femme puisque la prévalence varie de 18% chez les Haoussa/Peulh à plus de 45% chez les Gbaka-Bantou et 40% environ chez les Yakoma-Sango et les Mandja. C'est également parmi les Mandja, les Gbaka-Bantou et les Yakoma-Sango que la violence sexuelle déclarée atteint les proportions les plus élevées (entre 14 et 17%).

Il est à noter enfin que la prévalence déclarée de la violence physique sévère (menace ou attaque avec une arme ou tentative d'étranglement ou de brûlure) ne varie pas de manière aussi significative que celle des autres formes de violence selon les caractéristiques des femmes. Les seules exceptions notables sont les femmes de la Lobaye, de la Ouaka et de Bangui qui rapportent cette forme de violence particulièrement grave dans des proportions presque deux fois plus élevée (plus de 10%) que la moyenne nationale (6%).

Comme précisé dans la partie méthodologie, plusieurs actes de violences ont été documentés et ont permis de définir les différentes formes de violences recensées pour constituer les indicateurs des trois formes de violence conjugale. Le graphique ci-dessous donne la prévalence de chacun de ces actes tels que déclarée par les femmes.
Il en ressort que l'acte de violence la plus répandue est la gifle et le fait de tordre le bras (17% des femmes en ont été victimes). Une femme sur dix, voire plus, ont rapporté d'autres actes tels que les rapports sexuels sous contrainte, le fait de recevoir des coups de poing, d'être bousculée ou secouée ou d'être humiliée publiquement. Les crachats sur la figure et les menaces et attaques à mains armées sont les moins souvent cités par les femmes.

Figure VD.3 : Pourcentage de femmes en union, séparées ou divorcées ayant subi divers actes de violence conjugale



12.7.2 Violence conjugale récente

Comme déjà signalé, la violence conjugale subie au cours des 12 derniers mois donne une mesure des femmes qui sont actuellement à risque par rapport au phénomène. Sur cette base, il apparaît que près d'un tiers des femmes sont à risque de vivre la violence conjugale puisque 32% ont rapporté être déjà victime de ce phénomène. La violence physique modérée est la plus répandue (22%) suivie de la violence émotionnelle (15%).

Tableau VD.5 : Violence conjugale récente : Pourcentage de femmes actuellement mariées, divorcées ou séparées qui ont subi au cours des 12 derniers mois des violences physiques, émotionnelles ou sexuelles exercées par leur mari/partenaire actuel ou précédent, selon certaines de leurs caractéristiques, MICS-3 RCA, 2006

Caractéristiques	Forme de violence								Effectif de femmes
	Violence Émotionnelle	Violence physique modérée	Violence physique sévère	Ensemble de la violence physique	Violence sexuelle	Violence physique ou sexuelle	Violence émotionnelle, physique ou sexuelle	Violence émotionnelle, physique et sexuelle	
Groupe d'âge (ans)									
15-19	16,6	25,7	4,8	26,2	12,2	31,8	38,4	3,7	1.675
20-29	15,8	25,3	5,7	25,9	9,0	29,9	35,1	3,2	4.351
30-39	13,3	18,5	3,8	18,9	7,1	22,4	27,9	2,1	2.551
40-49	11,1	14,3	4,1	15,2	3,9	16,3	22,0	2,0	1.534
État matrimonial									
Actuellement en union	13,7	21,6	4,5	22,2	8,0	25,8	31,0	2,7	9.160
Séparé/Divorcé	24,0	26,0	8,1	26,9	11,4	31,7	41,9	4,4	951
Milieu de résidence									
Urbain	19,7	28,1	6,3	28,9	9,4	32,9	40,1	3,6	4.193
Rural	11,2	17,8	3,8	18,2	7,5	21,7	26,3	2,3	5.917
Préfecture									
Ombella-M'poko	18,4	23,6	5,2	24,4	9,4	29,7	35,9	2,8	875
Lobaye	20,9	24,8	9,3	26,0	13,9	32,8	41,7	4,2	601
Mambéré-Kadéï	10,2	23,1	4,5	23,9	7,2	28,8	33,0	1,4	1.092
Nana-Mambéré	4,9	13,9	1,1	14,3	2,7	15,6	17,9	0,6	645
Sangha-Mbaéré	9,7	13,9	3,5	14,1	3,1	15,1	19,3	1,2	433
Ouham-Pendé	11,4	11,6	1,8	11,8	4,2	14,0	20,8	1,6	1.103
Ouham	7,6	17,0	2,1	17,7	5,4	20,2	22,7	1,1	738
Kémo	13,7	20,7	4,4	21,2	16,0	30,2	36,6	3,3	264
Nana-Gribizi	13,1	14,9	2,3	15,3	8,4	18,4	24,5	3,2	222
Ouaka	21,9	28,7	9,7	29,3	15,8	33,5	38,5	7,9	716
Haute-Kotto	12,8	14,0	2,6	14,5	7,5	19,5	26,1	1,6	195
Bamingui-Bangoran	7,4	9,5	1,0	9,5	4,2	11,7	16,1	1,0	99
Basse-Kotto	8,4	18,0	4,4	18,7	4,6	19,3	21,9	2,0	666
Mbomou	5,1	9,7	2,3	10,5	1,8	11,3	14,5	0,3	401
Haut-Mbomou	11,0	28,2	5,6	28,2	8,1	31,4	34,5	2,4	128
Bangui	26,1	36,5	7,4	36,8	12,6	42,2	51,6	4,7	1.933
Religion									
Catholique	15,9	25,4	5,8	26,2	9,6	30,6	36,0	2,8	2.812
Protestant	13,8	21,0	4,5	21,6	8,0	25,2	30,6	2,9	6.158
Musulman	8,3	11,4	2,7	11,4	3,0	12,4	17,2	1,0	713
Autre religion	18,2	22,4	4,2	22,4	4,6	26,9	36,2	0,0	73
Pas de religion	(15,0)	(20,5)	(6,8)	(20,5)	(14,0)	(25,0)	(32,6)	(4,5)	44
Ethnie									
Haoussa	7,0	9,5	2,3	9,5	2,6	11,2	14,9	0,5	434
Sara	13,7	16,2	4,6	16,4	7,1	21,0	27,2	1,7	420
Mboum	14,1	12,8	2,9	12,9	6,3	16,4	24,0	2,7	635
Gbaya	11,7	20,9	3,7	21,6	6,7	24,7	29,5	2,0	3.141
Mandjia	14,5	21,7	3,9	22,1	12,0	28,7	34,5	2,8	996
Banda	16,1	25,4	6,4	26,0	10,9	29,8	34,3	4,4	2.225
Gbaka-Bantou	22,1	26,9	5,8	27,6	10,9	33,3	41,3	3,7	706
Yakoma-Sango	16,5	24,7	8,2	25,8	6,4	28,4	35,6	2,5	680
Zande/Nzakara	10,1	23,6	3,6	24,0	3,4	25,5	29,4	0,7	306
Autres ethnies locales	9,3	22,7	4,5	23,6	3,4	23,6	26,1	0,0	90
Ethnies non	16,1	23,7	5,8	24,4	8,3	26,1	31,6	4,2	122
Nombre d'enfants en vie									
0	15,5	21,5	4,7	22,2	9,8	27,0	33,3	3,3	1.764
1-2	17,4	26,1	5,6	26,6	10,5	31,1	36,9	3,8	4.007
3-4	12,2	20,7	4,2	21,1	6,4	24,2	29,4	2,1	2.183
5-11	11,2	16,2	4,1	16,8	4,9	18,9	23,8	1,3	2.156
Niveau d'instruction									
Sans instruction	9,5	15,5	3,4	15,9	6,3	18,9	23,0	2,0	4.252
Primaire	16,5	24,6	5,6	25,4	8,6	29,3	35,6	2,8	4.089
Secondaire ou plus	23,6	32,6	6,7	33,1	12,6	38,4	45,9	4,9	1.726
Programme non formel	10,5	4,9	2,3	4,9	7,0	11,9	21,6	0,0	43
Situation d'activité									
Travaille actuellement	13,7	21,1	4,7	21,7	7,8	25,3	30,5	2,6	9.249
Ne travaille pas	21,6	29,9	8,1	30,2	13,9	36,0	45,0	4,9	413
Quintile de bien-être									
Le plus pauvre	10,0	17,0	4,2	17,6	8,5	21,7	26,0	2,2	2.015
Pauvre	12,0	18,4	3,9	18,9	7,2	21,8	26,1	2,9	2.000
Moyen	14,8	20,9	4,4	21,6	7,3	25,3	31,3	2,3	2.054
Riche	16,6	25,3	5,6	25,9	8,6	29,8	36,0	2,9	2.012
Le plus riche	20,2	28,4	6,0	29,0	9,9	33,1	40,6	3,7	2.029
Ensemble [a]	**14,6**	**22,0**	**4,8**	**22,6**	**8,3**	**26,3**	**31,9**	**2,8**	**10.110**

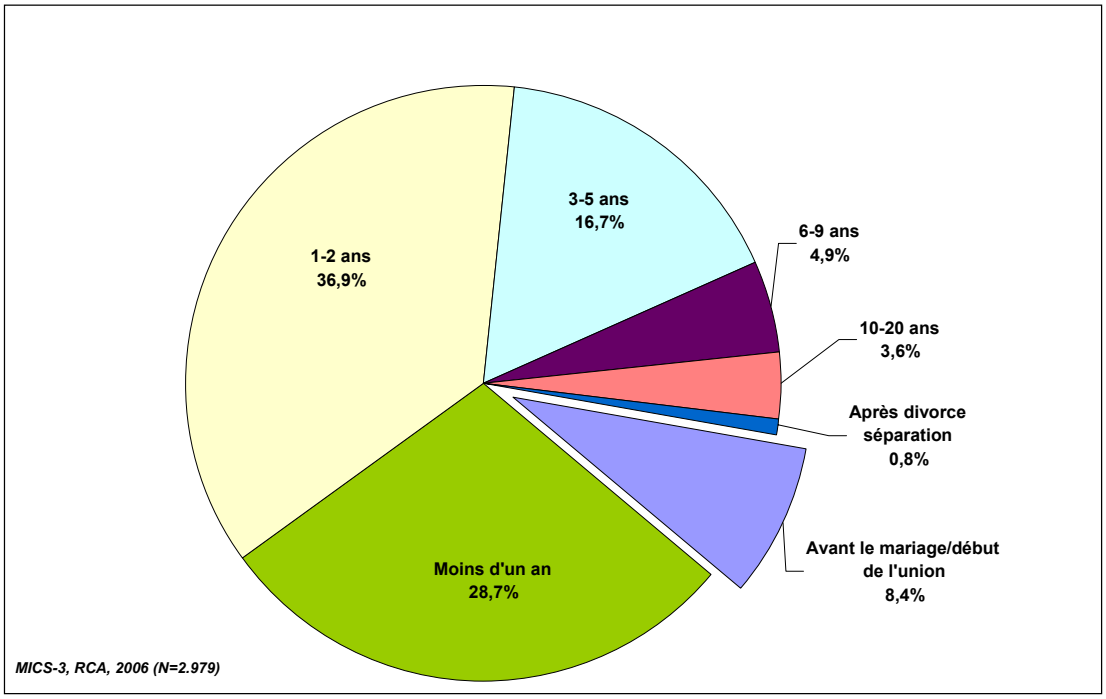
[a] Le total inclut les ND./( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés (compris entre 20 et 49).

12.7.3 Premier épisode de violence conjugale

Chez les femmes victimes de violence conjugale, le phénomène survient très tôt dans leur vie conjugale. Certaines l'ont même vécu avant le début de leur union (8%) tandis que trois femmes sur dix l'ont expérimenté dans l'année qui a suivi leur union. Au bout de deux ans de vie commune, ce sont sept femmes sur dix qui ont déjà été violentées.

Il est significatif de noter que même après une longue période de vie commune sans violence, le risque pour les femmes d'être victimes du phénomène n'est pas nul. En effet, 4% des femmes victimes de violences conjugales l'ont été après 10 ans de mariage. Le début de la violence conjugale étant fortement associé à la durée de l'union et compte tenu de la nature transversale des données, les problèmes de troncature liés à la durée d'exposition au risque inachevée pour certains groupes limite l'analyse différentielle.

Figure VD.4 : Répartition des femmes en union, séparées ou divorcées victimes de violence conjugale selon la durée entre le premier épisode de violence et le début de l'union/mariage



12.7.4 Conséquences physiques de la violence conjugale

A toutes les femmes en union, séparées ou divorcées ayant déclaré avoir été victimes de violences physique ou sexuelle, on a posé les trois questions suivantes : « Est-ce qu'à la suite d'un comportement quelconque, mais délibéré de votre (dernier) mari/partenaire envers vous, il vous est arrivé d'avoir un des problèmes suivants :

- d'avoir des hématomes et meurtrissures ?
- d'avoir une blessure, une fracture ou une entorse ?
- d'être allée chez le docteur ou dans une formation sanitaire à cause de quelque chose que votre (dernier) mari/partenaire vous avait fait ?

Les réponses à ces questions permettent d'évaluer les conséquences immédiates de la violence conjugale sur la santé de la femme. Les réponses à ces questions sont croisées avec les déclarations de violence conjugale et les résultats consignés dans le tableau 6 ci-dessous. Ils

montrent clairement que la violence conjugale a des conséquences immédiates sur la santé de celles qui en ont été victimes.

Parmi les femmes victimes de violences, le tiers a eu l'une ou l'autre des trois conséquences de violence conjugale retenues à un moment quelconque et 29% durant l'année écoulée. Ces pourcentages varient considérablement selon la nature de la violence. A titre d'exemple, chez les femmes victimes de violence physique grave au cours de l'année écoulée, 60% ont déclaré avoir eu, durant la même période l'une ou l'autre des conséquences retenues ici. Cette proportion tombe à 33% s'il s'agit de la violence physique modérée.

Par type de conséquences, ce sont les hématomes et meurtrissures qui sont les plus fréquentes (citées par 21% au cours de la période récente). Cependant seul un dixième d'entre elles s'est rendu chez un médecin ou une structure de santé pour se faire consulter. Les victimes de violence sexuelle sont proportionnellement moins nombreuses à citer des conséquences que les femmes ayant subi une violence physique, modéré ou sévère.

Tableau VD.6 : Conséquences de la violence conjugale : Pourcentage de femmes actuellement en union, divorcées, séparées ou veuves qui ont déclaré avoir subi divers types de conséquences dues à quelque chose que leur avait fait leur mari/partenaire selon le type de violence déclaré, MICS-III RCA, 2006

Type de violence subie	A eu des hématomes et meurtrissures		A eu une blessure ou un os cassé		A dû aller chez le docteur ou une formation sanitaire		A eu l'une ou l'autre des conséquences		Effectif de femmes
	À n'importe quel moment	Durant l'année écoulée	À n'importe quel moment	Durant l'année écoulée	À n'importe quel moment	Durant l'année écoulée	À n'importe quel moment	Durant l'année écoulée	
Violence physique modérée									
A n'importe quel moment	26,3	23,7	21,5	19,5	13,0	11,8	36,2	32,7	2.494
Durant l'année écoulée	25,9	24,8	21,5	20,6	12,7	12,2	36,3	34,6	2.122
Violence physique grave									
A n'importe quel moment	47,0	43,3	39,2	36,2	22,9	21,6	59,6	56,1	563
Durant l'année écoulée	47,9	46,7	39,6	38,3	22,6	22,6	61,2	59,9	478
Violence sexuelle									
A n'importe quel moment	25,2	22,6	18,9	17,1	11,1	10,2	33,0	30,0	1.162
Durant l'année écoulée	25,0	23,7	20,5	19,7	10,5	10,2	34,1	32,7	9.652
Violence physique ou sexuelle									
A n'importe quel moment	23,2	20,7	18,7	17,0	11,5	10,4	32,0	28,7	2.979
Durant l'année écoulée	23,7	22,5	19,5	18,7	11,7	11,2	33,3	31,5	2.509
Ensemble [a]	**23,2**	**20,7**	**18,7**	**17,0**	**11,5**	**10,4**	**32,0**	**28,7**	**10.110**

[a] Le total inclut les ND.

12.7.4 Violence conjugale, statut de la femme et caractéristiques des conjoints

La prévalence de la violence conjugale dépend certes des caractéristiques de la femme, mais elle est aussi très fortement associée aux caractéristiques des auteurs de la violence, à savoir les conjoints, et aux caractéristiques de la relation entre les conjoints (toutes ces informations sont recueillies auprès des femmes).
Le tableau 7 examine l'association entre la violence conjugale et les caractéristiques du conjoint[9] (âge, niveau d'instruction, consommation d'alcool), d'une part, avec les caractéristiques de la relation (écart d'âge entre conjoints, écart de niveau d'instruction, contrôle du conjoint sur la femme et harmonie dans le couple), d'autre part.

Les résultats révèlent que la violence conjugale est plus fréquente quand l'homme et la femme ont plus ou moins le même âge et qu'elle est plus rare si la femme est plus âgée que l'homme d'au moins trois ans et si l'homme est plus âgé que la femme de 10 ans ou plus. La prévalence de la violence déclarée augmente presque de moitié quand on passe des femmes plus âgées que leur conjoint de 3 ans et plus aux femmes de même âge environ que leur mari.

[9] L'âge et le niveau d'instruction du conjoint n'étant saisis que pour les femmes en union au moment de l'enquête, on a ajouté une modalité « union rompue » pour les femmes séparées ou divorcées pour conserver l'échantillon complet des femmes en union ou séparées ou divorcées. Les femmes séparées ou divorcées représentent environ 8% de cet échantillon complet.

Tableau VD.7 : Violence conjugale, statut de la femme et caractéristiques des conjoints : Pourcentage de femmes actuellement en union, divorcées ou séparées qui ont déclaré avoir subi divers types de violence conjugale au cours de l'année précédente et pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir exercé de la violence physique contre leur mari/partenaire selon certaines caractéristiques des conjoints et selon certaines caractéristiques relatives au statut de la femme, MICS-III RCA, 2006

Caractéristiques	Violence émotionnelle		Violence physique		Violence sexuelle		Violence physique ou sexuelle		N'a pas déclaré avoir subi une violence	Effectif de femmes
	À n'importe quel moment	Dans les 12 derniers mois	À n'importe quel moment	Dans les 12 derniers mois	À n'importe quel moment	Dans les 12 derniers mois	À n'importe quel moment	Dans les 12 derniers mois		
Écart d'âge entre conjoints										
Femme plus âgée que l'homme de 3 ans ou plus	12,7	8,9	18,5	17,9	6,9	5,5	21,7	20,8	25,9	259
Même âge ou écart de 1,2 ans	18,4	13,4	28,0	25,8	11,0	8,1	31,7	29,1	36,6	1.624
Homme plus âge de 3-4 ans	19,6	15,9	27,9	24,6	11,1	8,8	32,0	28,4	38,4	1.301
Homme plus âge de 5-9 ans	17,5	13,4	25,4	22,8	11,5	8,3	30,5	27,0	36,4	2.532
Homme plus âge de 10 ans ou plus	16,7	12,6	18,8	16,7	9,0	6,1	23,0	19,6	29,9	2.142
NSP/ND	20,0	15,3	26,5	24,0	14,1	10,1	31,7	28,1	37,0	1.212
Union rompue	34,4	24,0	33,5	26,9	18,1	11,4	38,3	31,7	49,4	951
Niveau d'instruction du mari/partenaire										
Sans instruction	13,0	10,0	15,9	13,9	7,8	5,8	19,5	16,8	25,3	1.873
Primaire	15,8	12,0	23,8	21,4	10,8	7,9	28,3	25,4	33,3	3.820
Secondaire ou plus	23,2	17,9	30,4	27,6	13,0	9,3	35,1	31,3	42,3	3.440
Union rompue	34,4	24,0	33,5	26,9	18,1	11,4	38,3	31,7	49,4	951
Écart de niveau d'instruction entre conjoints										
Homme plus instruit	15,2	11,9	22,9	20,7	10,1	7,2	27,2	24,2	32,4	4.084
Femme plus instruite	18,9	15,2	26,3	23,3	12,2	9,3	31,6	28,1	37,2	677
Même niveau	24,4	18,6	31,8	28,9	13,8	10,1	36,7	32,9	43,5	2.980
Aucun n'est instruit	11,8	8,1	13,8	11,9	7,0	5,0	17,2	14,5	23,1	1.354
Union rompue	34,4	24,0	33,5	26,9	18,1	11,4	38,3	31,7	49,4	951
NSP/ND, Comparaison impossible	20,0	10,2	9,4	7,8	6,2	6,2	10,9	9,5	25,0	66
Consommation d'alcool par le conjoint										
Ne boit pas	14,3	10,9	18,0	15,8	8,2	5,8	21,9	18,9	27,7	5.479
Boit, mais n'est jamais soûl	14,5	11,0	26,0	22,9	9,3	6,4	27,6	23,6	32,5	228
Est parfois soûl	21,5	15,6	31,2	27,9	13,4	9,6	36,1	32,1	42,2	3.036
Est souvent soûl	37,9	30,0	43,7	39,9	22,4	16,6	49,9	45,8	59,7	1.256
Index d'harmonie conjugale										
Peu harmonieux	22,2	15,2	27,0	23,4	12,5	8,4	30,7	26,4	37,7	2.360
Moyennement harmonieux	23,7	18,4	31,8	28,8	15,2	10,6	37,6	33,4	45,0	2.810
Très harmonieux	15,2	11,9	20,8	18,5	9,0	6,7	24,7	21,9	30,1	4.632
Index de contrôle conjugal exercé par le mari/partenaire										
Pas de contrôle	3,4	2,7	6,5	5,4	2,6	2,2	8,1	7,0	10,0	1.763
Peu de contrôle	11,6	8,8	19,2	16,7	7,5	5,3	22,9	19,7	27,4	3.137
Contrôle modéré	26,2	19,9	33,8	30,4	15,6	10,7	39,2	34,8	47,6	3.226
Contrôle excessif	38,7	31,1	43,9	40,7	22,9	17,2	50,3	47,0	59,8	1.441
Ensemble [a]	**19,1**	**14,5**	**25,5**	**22,7**	**11,6**	**8,3**	**29,8**	**26,3**	**35,9**	**10.110**

[a] Le total inclut les ND.

La violence conjugale augmente avec le niveau d'instruction du mari. Les variations sont plus importantes quand il s'agit de la violence émotionnelle et physique et moindre s'il s'agit de la violence sexuelle. Pour ce qui est de l'influence de l'écart d'instruction, la violence est beaucoup plus fréquente quand les deux conjoints sont instruits et ont le même niveau ou la femme est plus instruite. Elle est plus rare quand aucun des deux n'est instruit. Les écarts là aussi vont du simple au double et sont moins marqués quand il s'agit de la violence sexuelle.

Quel que soit le type de violence, celle-ci augmente en fonction de la consommation d'alcool du mari/partenaire, passant presque du simple au triple. La moitié des femmes dont le mari/partenaire est souvent soûl par exemple ont déjà subi une violence conjugale physique ou sexuelle contre le cinquième environ des femmes dont le mari/partenaire ne consomme pas d'alcool.

La violence dépend également de l'harmonie du couple. Près des trois quarts des femmes vivant dans des couples harmonieux n'ont pas rapporté de violence contre un peu plus de la moitié

seulement (54%) des femmes dont l'union n'est que moyennement harmonieux. C'est par rapport à la violence physique que l'harmonie du couple est la plus discriminante.
Cependant de toutes les caractéristiques considérées ici, c'est le contrôle par le conjoint qui est la plus associée à la violence conjugale. Le dixième seulement des femmes non sujettes à aucun contrôle du conjoint ont déclaré avoir subi une violence physique ou sexuelle tandis que seules six fois plus, soit 60% des femmes victimes de contrôle excessif ont été violentées. C'est surtout au niveau de la violence émotionnelle que le contrôle est la plus grande influence. La prévalence de cette forme de violence est ainsi onze fois et demie plus élevée chez les femmes victimes de contrôle excessif que celle non contrôlées. En définitive, on peut conclure que le contrôle conjugal est donc un bon précurseur et un bon marqueur de la violence conjugale, en particulier de la violence émotionnelle.

12.8 Violence conjugale exercée par la femme sur son conjoint

Bien que les femmes soient le plus souvent victimes de la violence conjugale, il arrive que ce soient elles qui en soient les auteurs. Pour évaluer la violence physique perpétrée par les femmes sur leur mari/partenaire, on leur a posé la question suivante : « *Vous est-il déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre pour agresser physiquement votre (dernier) mari/partenaire/ alors qu'il ne vous avait ni battue, ni agressée physiquement ?* ». Aux femmes qui ont répondu par l'affirmative, on a demandé le nombre de fois qu'elles ont agressé leur (dernier) mari/partenaire au cours des 12 derniers mois. La prévalence de la violence ainsi perpétrée par les femmes sont analysées en fonction des caractéristiques des conjoints et du couple et les résultats présentés dans le tableau 8.

Au total, seules 9% des femmes ont admis avoir une fois agressé physiquement leur mari/partenaire, et 7% au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Les femmes plus âgées que leur conjoint n'ont pratiquement pas déclaré d'agression physique contre leur conjoint (7%) contre 10% chez les femmes en rupture d'union, 9% chez celles de même âge environ que leur conjoint ou moins âgées de moins de dix ans. Les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus ont été les plus agressives envers leur conjoint (3 fois plus que leurs consœurs sans instruction).

La violence féminine envers les conjoints varie également en fonction des autres caractéristiques selon les mêmes tendances que pour la violence masculine. La violence est plus répandue quand les deux conjoints sont instruits et de même niveau ou la femme est plus instruite, dans les couples moyennement harmonieux et dans lesquels l'homme exerce un contrôle excessif sur la femme.

Tableau VD.8 : Violence conjugale exercée par les femmes : Pourcentage de femmes actuellement en union, divorcées ou séparées qui ont déclaré avoir exercé une violence physique contre leur mari/partenaire selon certaines caractéristiques des conjoints et selon certaines caractéristiques relatives au statut de la femme, MICS-III RCA, 2006

Caractéristiques	Violence exercée par la femme		Effectif de femmes
	À n'importe quel moment	Dans les 12 derniers mois	
Écart d'âge entre conjoints			
Femme plus âgée que l'homme de 3 ans ou plus	6,6	5,4	259
Même âge ou écart de 1,2 ans	9,7	7,8	1.624
Homme plus âge de 3-4 ans	8,0	6,9	1.301
Homme plus âge de 5-9 ans	9,2	7,3	2.532
Homme plus âge de 10 ans ou plus	7,3	5,6	2.142
NSP/ND	9,1	7,3	1.212
Union rompue	9,5	7,1	951
Niveau d'instruction du mari/partenaire			
Sans instruction	4,2	3,9	1.873
Primaire	7,3	5,8	3.820
Secondaire ou plus	12,5	9,8	3.440
Union rompue	9,5	7,1	951
Écart de niveau d'instruction entre conjoints			
Homme plus instruit	7,9	6,3	4.084
Femme plus instruite	6,8	4,6	677
Même niveau	12,1	9,6	2.980
Aucun n'est instruit	4,2	4,1	1.354
NSP/ND	9,5	7,1	951
Union rompue	10,9	10,9	66
Consommation d'alcool par le conjoint			
Ne boit pas	5,4	4,2	5.479
Boit, mais n'est jamais soûl	5,7	4,4	228
Est parfois soûl	11,8	9,5	3.036
Est souvent soûl	16,4	13,2	1.256
Index d'harmonie conjugale			
Peu harmonieux	8,3	6,6	2.360
Moyennement harmonieux	10,7	8,6	2.810
Très harmonieux	7,6	6,0	4.632
Index de contrôle conjugal exercé par le			
Pas de contrôle	2,2	1,8	1.763
Peu de contrôle	6,7	5,3	3.137
Contrôle modéré	11,6	9,2	3.226
Contrôle excessif	15,4	12,5	1.441
Ensemble [a]	8,8	7,0	**10.110**

[a] Le total inclut les ND.

12.9 Violence conjugale entre conjoints

Pour voir si la violence s'exerce de manière réciproque, on a croisé la violence envers la femme et celle envers l'homme. Les résultats sont présentés dans le tableau VD.9.
Les résultats montrent de manière très nette que les femmes qui n'ont pas subi de violence n'exercent pratiquement pas de violence envers leur conjoint. Par exemple seules 3% des femmes qui n'ont jamais subi de violence conjugale ont agressé leur conjoint contre 20% des femmes qui ont été une fois victime de violence conjugale sexuelle ou physique. L'association entre les violences des femmes et des hommes est plus marquée quand il s'agit de la violence physique grave (28% des femmes qui en ont été victimes ont aussi agressé leur conjoint) et moins forte quand il s'agit de la violence sexuelle.

En résumé la violence conjugale d'un partenaire envers son conjoint crée un climat qui appelle à la violence de l'autre conjoint, surtout si la violence est physique. Ceci instaure un cercle vicieux de la violence dans le couple.

Tableau VD.9 : Violence entre conjoints : Pourcentage de femmes actuellement en union, divorcées ou séparées qui ont déclaré avoir exercé une violence physique contre leur mari/partenaire selon le type de violence qu'elles ont-elles même subie, MICS-III RCA, 2006

Type de violence subie	Violence exercée par la femme		Effectif de femmes
	À n'importe quel moment	Dans les 12 derniers mois	
Violence physique modérée			
À n'importe quel moment	21,9	17,8	2.494
Durant l'année passée	22,1	19,5	2.122
Violence physique grave			
À n'importe quel moment	28,4	23,0	563
Durant l'année passée	28,0	25,0	478
Violence sexuelle			
À n'importe quel moment	19,3	16,2	1.162
Durant l'année passée	18,0	16,4	9.652
Violence physique ou sexuelle			
À n'importe quel moment	20,0	16,2	2.979
Durant l'année passée	20,3	17,7	2.509
Pas subi de violence			
À n'importe quel moment	3,2	2,5	3.613
Durant l'année passée	3,3	2,5	2.994
Ensemble [a]	**8,7**	**7,0**	**10.110**

[a] Le total inclut les ND.

12.10 Recherche d'assistance par les femmes victimes de violences physiques et/ou conjugales

Ce chapitre examine la proportion des femmes victimes de violence physiques et/ou conjugale qui recherche de l'aide, les personnes sollicités ainsi que les raisons de la non recherche d'assistance par les femmes qui n'ont pas cherché secours, telles qu'elles les fournissent.

12.10.1 Recherche d'aide et personnes sollicitées

La recherche d'assistance suite à la violence conjugale n'est pas systématique chez les femmes. Seulement 37% d'entre elles ont entrepris une telle démarche. Les femmes ont plus tendance à ne pas solliciter une assistance si c'est le mari/partenaire seul qui est l'auteur de la violence ou si c'est une personne autre que ce dernier.

Les personnes les plus souvent sollicitées par les femmes qui ont cherché sont les membres de leur propre famille (par 47% des femmes) suivies par les voisins (un tiers) et la belle-famille (trois femmes sur dix). Les religieux, médecins, avocats et hommes de loi sont très rarement saisis (7%). Le recours à la belle-famille est plus fréquent quand la violence a été commise par son ex-mari/partenaire.

Tableau VD.10 : Recherche d'aide : Parmi les femmes qui ont déclaré avoir subi des violences physiques ou sexuelles depuis l'âge de 15 ans, pourcentage de celles qui ont essayé d'obtenir de l'aide, et répartition (en%) de celles qui ont essayé d'obtenir de l'aide par le type de personne auprès de qui l'aide a été sollicitée, selon l'auteur de la violence et selon la fréquence de la violence dans les 12 derniers mois, MICS-III RCA, 2006

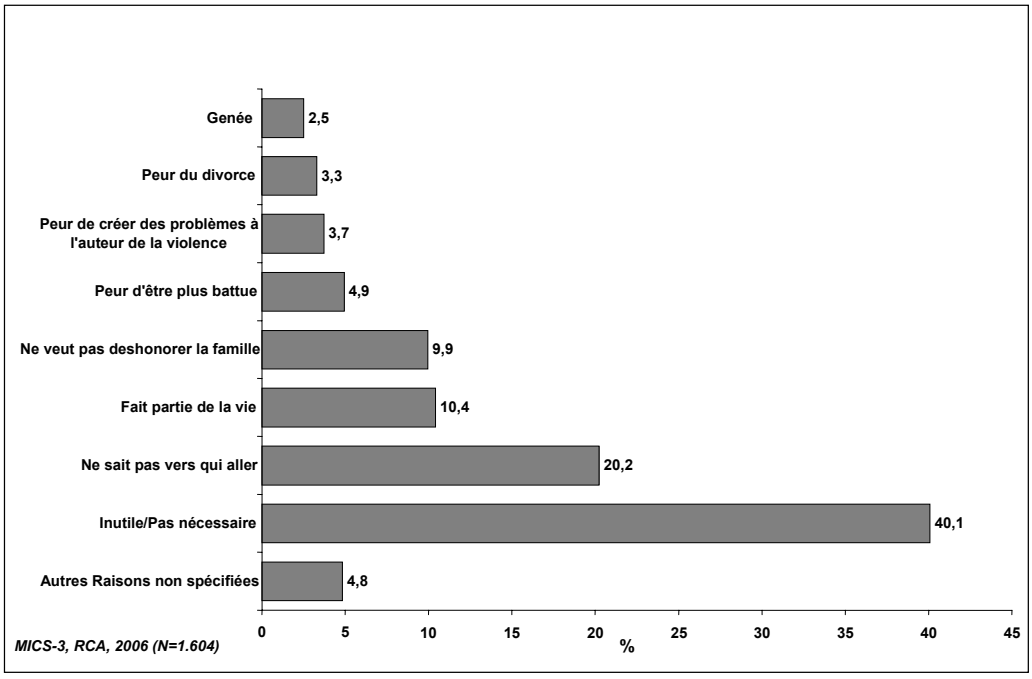
Type de violence subie	Pourcentage de femmes qui ont recherché de l'aide	Effectif de femmes ayant subi des violences physi-ques ou sexuelles	Personne auprès de qui l'aide a été sollicitée						Effectif de femmes ayant recherché de l'aide
			Propre famille	Belle famille	Voisins	Ami/partenaire actuel ou passé	Religieux/ Médecin/ Avocat/ homme de loi	Autres	
Auteur des violences									
Mari/ Partenaire seul	38,7	2199	48,3	34,2	32,6	10,6	8,0	9,7	786
Ex-Mari/Ex-Partenaire / Ex-ami seul	55,1	412	40,3	46,0	32,4	8,6	8,6	7,2	193
Mari/Partenaire et autre	48,6	451	52,1	26,3	30,7	7,4	4,2	13,7	210
Personne(s) autre(s) que le partenaire	37,3	917	42,9	15,2	34,6	10,3	2,7	16,2	289
Ensemble [a]	**41,2**	**3979**	**47,2**	**31,4**	**32,6**	**9,8**	**6,7**	**11,1**	**1478**

[a] Le total inclut les ND.

12.10.2 Raisons de la non recherche d'aide

À toutes les femmes victimes de violence qui ont déclaré ne pas avoir cherché assistance, on a demandé la raison de leur comportement. Le graphique suivant présente leur réponse.
Il en ressort que la moitié s'est résignée : 40% jugent la démarche inutile et pas nécessaire et 10% estime que ça fait partie de la vie. Résultats intéressants sur le plan programmatique, une victime sur cinq qui n'a pas cherché d'aide l'a fait parce qu'elle ne sait pas à qui s'adresser et 5% parce qu'elles craignent une violence supplémentaire du conjoint.

Figure VD.5: Raisons avancées par les femmes qui ont déclaré avoir subi une violence physique ou sexuelle et qui n'ont pas recherché de l'aide pour expliquer la non recherche d'assistance



12.11 Violence conjugale subie par la mère et violence subie et commise par les femmes interviewées

Il existerait un risque de transmission verticale de la violence domestique d'une génération à la suivante. En effet les femmes dont la mère a subi une violence conjugale sont proportionnellement plus nombreuses à vivre elle aussi une violence physique et conjugale et à en commettre contre leur conjoint comme le montre le tableau VD.11. Les proportions passent du simple au double. Par exemple 45% des femmes dont la mère a été violentée ont été violentées et 12% ont commis à leur tour une violence contre respectivement 24% et 7% des femmes dont la maman n'avait pas subi de violences selon elles.

Tableau VD.11. Violence contre la mère et violence de la femme : Pourcentage de femmes ayant subi des violences physique depuis l'âge de 15 ans et des violences conjugales et ayant perpétré des violences selon qu'elles ont déclaré que leur père battait leur mère ou non, MICS-III RCA, 2006

Père battait la mère	Violence physique depuis l'âge de 15 ans	Effectif des femmes de 15-49 ans	Violence conjugale				Violence de la femme contre le conjoint	Effectif des femmes en union ou séparée
			Émotionnelle	Physique	Sexuelle	Physique ou sexuelle		
Oui	27,9	6.504	15,9	19,8	8,9	23,5	6,7	5.633
Non	51,2	3.366	27,7	37,9	17,9	44,1	13,3	2.983
NSP/ND	32,7	1.490	16,7	22,2	10,0	26,0	7,2	1.303
Ensemble	**35,5**	**11361**	**19,6**	**25,5**	**11,8**	**30,0**	**8,7**	**9.920**

12.12Attitudes des hommes vis-à-vis de la violence conjugale

Toutes les questions sur la violence domestique analysées jusqu'ici ont été posées aux femmes. Pour avoir une vue plus complète de la violence conjugale, on a cherché à mesurer les attitudes des hommes par rapport à cette forme de violence contre les femmes. On leur a posé les questions suivantes : « Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. A votre avis, est-il légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :

- si elle sort sans le lui dire ?
- si elle néglige les enfants ?
- si elle argumente avec lui ?
- si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?
- pour d'autres raisons à spécifier :

Il se dégage de leurs réponses (tableau ci-dessous) que des proportions importantes d'hommes légitiment la violence à l'égard des femmes, en particulier si elles négligent les enfants (48%), argumentent avec le conjoint (41%) ou sortent sans aviser le mari (39%). Le refus d'avoir des rapports sexuels est l'acte qui justifie le moins la violence selon les hommes. Un homme sur cinq la légitime pour cette raison. Par contre les hommes des ménages aisés se déclarent moins agressifs envers les femmes et il n'y a pas de différence entre citadins et ruraux.

Les variations selon la préfecture sont moins importantes que chez les femmes, pour lesquelles les questions portaient sur des faits et non sur des situations hypothétiques. Les faibles variations seraient probablement un indicateur que les hommes ont donné des réponses normatives plutôt que des réponses qui reflètent ce que seraient réellement leurs comportements en matière de violence domestique.

Paradoxalement la légitimation de la violence est plus répandue chez les jeunes que chez les hommes âgés, les célibataires, les instruits. Sur le plan socioculturel, ce sont les hommes d'ethnie Gbaka-Bantou et Yakoma-Sango ainsi que ceux de confession chrétienne qui sont proportionnellement plus nombreux à légitimer la violence à l'égard des femmes. Ceci est conforme aux résultats trouvés chez les femmes.

Tableau VD.13 : Attitudes des hommes vis-à-vis de la violence conjugale : Pourcentage d'hommes âgés de 15-59 ans qui trouvent légitimes certains actes de violence à l'égard de la femme/partenaire selon certaines de leurs caractéristiques, MICS-III RCA, 2006

Caractéristiques des hommes	Pourcentage d'hommes qui pensent qu'il est légitime de frapper la femme si :					Effectif des hommes
	elle sort sans aviser le mari	elle néglige les enfants	elle argumente avec le mari	refuse d'avoir des rapports sexuels avec le mari	pour d'autres raisons	
Groupe d'âge (ans)						
15-19	47,1	60,1	50,4	27,0	27,7	860
20-29	44,5	56,4	47,2	22,5	24,4	1.831
30-39	36,3	46,1	37,1	17,1	19,5	1.312
40-49	30,9	38,1	32,1	19,6	17,4	910
50-59	24,0	26,8	27,7	16,3	15,1	537
État matrimonial						
Célibataire	48,1	59,1	49,5	24,7	27,9	1.074
En union	35,8	44,9	38,2	18,8	19,9	3.845
En rupture d'union	40,3	53,2	42,2	27,3	22,4	521
Milieu de résidence						
Urbain	38,2	50,9	41,0	16,3	21,7	2.320
Rural	38,8	46,6	40,5	23,9	21,5	3.130
Préfecture						
Ombella-Mpoko	42,1	54,5	39,1	14,5	19,2	499
Lobaye	28,8	38,8	32,4	15,1	32,1	314
Mambéré-Kadéï	37,3	46,6	39,9	12,3	6,6	562
Nana-Mambéré	26,8	37,3	36,1	19,8	13,9	335
Sangha-Mbaéré	41,7	66,4	57,8	26,9	21,5	224
Ouham-Pendé	45,2	55,2	47,9	31,0	35,0	546
Ouham	45,4	54,0	43,0	30,0	27,6	378
Kémo	48,9	59,1	53,0	30,3	27,3	135
Nana-Gribizi	45,9	50,8	37,8	20,5	19,8	124
Ouaka	30,7	38,7	37,1	24,9	27,0	357
Haute-Kotto	40,2	41,1	36,4	25,2	11,8	112
Bamingui-Bangoran	50,0	52,0	40,0	22,9	19,2	54
Basse-Kotto	34,2	37,0	37,6	26,7	20,1	410
Mbomou	39,4	35,5	30,6	15,5	13,2	199
Haut-Mbomou	31,3	40,3	31,3	19,7	16,7	70
Bangui	39,3	52,6	41,7	16,3	22,3	1.132
Religion						
Catholique	40,0	51,1	41,0	19,8	24,2	1.576
Protestant	38,2	48,3	41,3	21,8	20,7	3.419
Musulman	34,7	37,8	32,8	18,8	21,2	352
Autre religion	35,8	53,7	50,9	3,8	18,5	54
Pas de religion	(50,0)	(48,5)	(41,9)	(9,4)	(6,3)	37
Ethnie						
Haoussa	32,5	34,3	35,1	19,2	26,2	213
Sara	42,3	50,6	36,1	20,0	18,7	260
Mboum	42,1	51,5	41,7	30,7	33,3	340
Gbaya	37,9	50,7	44,0	20,1	17,5	1.652
Mandjia	44,9	53,4	41,8	20,9	26,9	563
Banda	37,5	46,2	39,8	22,8	22,3	1.304
Gbaka-Bantou	33,2	48,8	39,0	15,2	22,3	395
Yakoma-Sango	38,8	48,6	38,3	17,1	21,4	421
Zande/Nzakara	37,3	36,4	33,0	15,3	16,7	178
Autres ethnies locales	(41,7)	(51,4)	(51,4)	(26,7)	(25,0)	36
Ethnies non centrafricaines	(41,9)	(33,3)	(38,3)	(14,6)	(12,5)	52
Niveau d'instruction						
Sans instruction	35,3	42,3	37,1	27,4	22,7	847
Primaire	40,2	49,6	42,3	21,3	22,3	2.682
Secondaire ou plus	37,6	49,4	40,2	17,0	20,1	1.921
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	40,3	49,7	43,9	30,6	24,2	1.037
Pauvre	37,4	46,0	38,6	21,6	21,1	1.097
Moyen	41,6	47,5	39,8	20,7	20,4	1.063
Riche	40,0	51,6	41,5	16,8	23,1	1.046
Le plus riche	33,9	47,4	40,0	14,6	19,6	1.206
Ensemble [a]	**38,5**	**48,4**	**40,7**	**20,7**	**21,6**	**5.450**

[a] Le total inclut les ND. ( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés (compris entre 20 et 49).

Conclusion

La violence domestique, surtout celle faite aux femmes constitue une violation des droits humains et une menace pour leur santé, mais elle compromet aussi la pleine participation des femmes à la vie socioéconomique de leur pays. En RCA, le phénomène est très répandu d'après les rares données qui existaient. Phénomène que le gouvernement tente d'enrayer à travers essentiellement des dispositions juridiques et légales et des interventions de conscientisation de la population. Pour accompagner toutes ces mesures, des données fiables et à jour sont nécessaires. L'enquête MICS-3 a été l'occasion de fournir ces informations.

Les résultats de l'analyse descriptive de ces données présentés dans le présent rapport confirment la fréquence de la violence domestique. Plus d'un tiers des femmes ont déclaré avoir été victimes de violence physique depuis l'âge de 15 ans et trois femmes sur dix continuent d'être à risque. Elle serait plus répandue parmi les couches les plus modernes, émancipées et aisées. L'ampleur serait également plus grande parmi les femmes divorcées et séparées, les catholiques et les Gbaka-Bantou et Yakoma-Sango.

La violence physique subie par les femmes depuis l'âge de 15 ans est essentiellement perpétrée par le mari/partenaire/ami. Deux femmes sur trois le mettent en cause. Des comportements de violence durant la grossesse sont très fréquents, et impliqueraient d'autres personnes que le conjoint. Mais la forme de violence dont souffrent le plus les femmes est la violence conjugale, qu'elle soit physique, sexuelle ou émotionnelle. En plus des caractéristiques des femmes, l'ampleur de la violence dépend fortement des caractéristiques du conjoint et de l'harmonie du couple.

Les conséquences de cette violence sur la santé sont réelles. Cependant toutes les femmes victimes ne cherchent pas assistance, soit par résignation (la moitié d'entre elle) ou par ignorance d'un endroit ou d'une personne à qui s'adresser ou par crainte de représailles. Les données semblent montrer pourtant que la violence d'un des conjoints envers l'autre entraîne une violence réciproque ; ce qui crée un cercle vicieux de violence. De même avoir été témoin de violence subie par sa mère semble être associée chez les femmes à la violence qu'elles-mêmes vivent, d'où un risque de transmission intergénérationnelle de la violence.

Les hommes interrogés sur leurs attitudes face à la violence la légitiment dans des proportions très élevées. La moitié d'entre eux par exemple la trouve justifiée si la femme néglige les enfants et les deux cinquièmes si elle argumente avec son conjoint.

Ces résultats, purement descriptifs, ne donnent pas les raisons derrière la forte prévalence de la violence dans la société centrafricaine, mais offrent des pistes d'intervention pour lutter contre la violence domestique, en identifiant les zones les plus touchées et celles des femmes les plus à risques. D'autres études à plus petite échelle et plus orientées vers la recherche des déterminants compléteraient judicieusement la compréhension du phénomène de violence domestique en RCA.

XIII. VIH/SIDA, Comportement sexuel et enfants orphelins et vulnérables

Un des préalables les plus importants à la réduction du taux d'infection par le VIH est la connaissance précise de la manière dont le VIH se transmet et des stratégies de prévention de la transmission. Une information correcte est la première étape vers la sensibilisation et la mise à disposition des jeunes, des instruments de nature à les protéger contre l'infection au VIH. Les conceptions erronées sur le VIH sont répandues et peuvent semer la confusion chez les jeunes et faire obstacle aux efforts de prévention. Les conceptions erronées sur le VIH peuvent varier même si certaines semblent universelles (par exemple, le fait de partager la nourriture peut transmettre le VIH, ou que les piqûres de moustiques peuvent transmettre le VIH). La Session spéciale de l'Assemblée Générale de l'ONU sur le VIH/SIDA (UNGASS) a invité les gouvernements à renforcer les connaissances et les compétences des jeunes pour leur permettre de se protéger contre le VIH. Les indicateurs servant à mesurer cet objectif ainsi que l'OMD consistant à réduire les infections au VIH de moitié sont le renforcement du niveau de connaissance du VIH et sa prévention et le changement de comportements pour prévenir une propagation supplémentaire de la maladie.

13.1 Connaissance du VIH

Depuis l'identification des premiers cas d'infection au VIH en République Centrafricaine en 1986, le gouvernement a élaboré et mis en œuvre quatre programmes nationaux de lutte contre l'épidémie. Les trois premiers plans, qui couvraient la période 1987-1999, étaient essentiellement orientés vers des interventions de sensibilisation sur l'épidémie, des campagnes d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC). Le dernier plan, le Plan Cadre Stratégique de Lutte contre le SIDA 2002-2005 inclut d'autres volets comme la prise en charge et le soutien aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH), l'atténuation de l'impact et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Toutefois, la prévention à travers la communication pour le changement de comportement (CCC) demeure un élément central de la stratégie nationale de lutte contre l'épidémie. Elle est inscrite explicitement dans les documents de référence tels que le Document de Stratégie de Lutte contre la Pauvreté (DSRP) et le Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF).

L'enquête MICS-3 a collecté des informations de premier ordre permettant d'évaluer l'impact de ces interventions en matière d'IEC et CCC et de disposer des données pour le suivi et l'évaluation des interventions à venir dans le cadre de l'« Accélération de la lutte contre le VIH/SIDA », le troisième Axe de l'UNDAF. Ces informations portent sur la connaissance de l'existence du VIH/SIDA, des moyens de prévention, de ses modes de transmission ainsi que la connaissance et le rejet d'idées erronées sur la prévention de l'infection ; la connaissance de la transmission mère-enfant ; les attitudes de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH/ SIDA ; l'entrée en vie sexuelle des jeunes ; leurs comportements sexuels à haut risque et de prévention à travers l'utilisation du condom.

13.1.1 Connaissance de la prévention de la transmission du VIH

Un indicateur à la fois des OMD et de l'UNGASS est le pourcentage de jeunes femmes qui ont une connaissance globale et correcte de la prévention de la transmission du VIH. Au cours de l'enquête MICS-3, les femmes et les hommes ont été interrogés pour savoir s'ils connaissaient les trois principaux moyens d'éviter la transmission du VIH à savoir, avoir un seul partenaire non infecté fidèle, utiliser un préservatif à chaque fois lors des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel et pratiquer l'abstinence sexuelle. Les résultats sont présentés dans les Tableaux HA.1a et HA.1b respectivement en ce qui concerne les femmes et les hommes.

a) Connaissance de la prévention de la transmission du VIH chez la femme

La connaissance du sida est loin d'être universelle dans le pays malgré l'ampleur de l'épidémie. Quand bien même la majorité des femmes (80%) ont entendu parler du SIDA, seulement la moitié d'entre elles (48%) connaissent les trois principaux moyens de prévenir la transmission du VIH. En effet, 70% savent qu'il faut avoir un partenaire sexuel fidèle et non infecté, 60% savent qu'il faut utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel et 62% connaissent l'abstinence sexuelle comme un moyen de prévenir la transmission du VIH. Tandis que trois femmes sur quatre (75%) connaissent au moins un moyen de prévention de la transmission, à peine une femme sur quatre (25%) ne connaît aucun de ces trois modes. La connaissance est donc globalement plus faible chez les femmes, pourtant plus infectées par le VIH que les hommes. La connaissance des moyens de prévention du VIH varie sensiblement selon le milieu de résidence, la région, la préfecture, le niveau d'instruction des enquêtés et le niveau de vie de leur ménage.

De manière générale, la connaissance des trois modes de transmission du SIDA est plus répandue en milieu urbain (56%) que dans les zones rurales (42%). L'inégalité entre milieu de résidence est révélatrice d'un accès différentiel aux moyens de sensibilisation ou aux campagnes de sensibilisation sur cette pandémie. L'écart se creuse entre les entités administratives.

On note ainsi que le niveau de connaissance des trois modes de prévention est relativement plus élevé dans les régions 1, 2, 7 que dans les régions 2, 3 et surtout dans la région 6 où à peine un tiers des femmes connaissent les trois modes. Les disparités sont plus perceptibles au niveau préfectoral. Les préfectures qui se distinguent par un niveau relativement plus élevé de connaissance sont celles de la Lobaye, la Sangha-Mbaéré et la Haute-Kotto où plus de deux tiers des femmes qui y résident connaissent les trois modes de transmission du VIH. Viennent ensuite la Nana-Grébizi et la capitale Bangui avec un peu plus de la moitié des femmes qui ont une meilleure connaissance des trois modes de prévention. En revanche, le niveau de connaissance est faible dans la Nana-Mambéré, la Kémo, le Mbomou et le Haut-Mbomou où moins d'un tiers des femmes connaissent ces principaux modes de prévention.

S'agissant des caractéristiques individuelles des femmes, on note une augmentation du niveau de connaissance du VIH et des trois modes de prévention en fonction du niveau d'instruction, du statut matrimonial et du statut économique. L'écart est plus important selon le niveau d'instruction où les femmes non instruites (38%) ont un net désavantage que les femmes plus instruites (62%). De même, les femmes issues de ménages plus riches (58%) ont une meilleure connaissance que les femmes qui résident dans les ménages plus pauvres (34%) ou pauvres (41%). Par contre, les variations selon l'état matrimonial et l'âge sont moins importantes. De manière générale, la connaissance des moyens de prévention est nettement plus élevée chez les femmes âgées de 20 à 35 ans que chez les adolescentes ou chez les femmes plus âgées ainsi que les femmes mariées ou en union.

Tableau HA.1A: Connaissance de la prévention de la transmission du VIH : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant entendu parlé du SIDA Pourcentage de femmes de 15-49 ans connaissant les trois principaux modes de prévention de la transmission du VIH, RCA, 2006

Caractéristiques	A entendu parlé du SIDA	Connaissance de la prévention par :			Connaissant tous les trois modes	Connaissant au moins un mode	Ne connaissant aucun mode	Nombre de femmes
		Limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle non infecté	Utilisation du condom à chaque rapport sexuel	Abstinence sexuelle				
Milieu								
Urbain	91,2	78,5	69,4	71,7	56,4	86,1	13,9	5019
Rural	70,5	62,6	52,4	55,0	42,2	67,2	32,8	6573
Préfecture								
Ombella-M'poko	88,1	77,1	59,5	68,9	46,4	84,3	15,7	1009
Lobaye	85,5	82,7	70,9	75,6	62,6	84,7	15,3	668
Mambéré-Kadéi	86,7	73,2	59,1	61,8	44,6	79,4	20,6	1232
Nana-Mambéré	62,2	51,1	40,3	46,2	30,2	58,9	41,1	729
Sangha-Mbaéré	87,6	84,7	75,3	82,5	69,7	87,4	12,6	489
Ouham-Pendé	62,4	54,1	47,5	50,7	41,0	58,1	41,9	1276
Ouham	64,1	56,7	51,9	53,6	44,4	62,0	38,0	863
Kémo	69,0	48,2	34,8	45,0	29,9	52,9	47,1	292
Nana-Grébizi	76,1	70,5	63,2	64,2	54,1	74,8	25,2	260
Ouaka	79,1	69,3	64,4	72,8	58,3	77,1	22,9	789
Haute-Kotto	85,6	81,4	71,8	73,9	62,8	84,4	15,6	215
Bamingui-Bangoran	70,0	58,9	53,1	48,4	37,0	66,0	34,0	115
Basse-Kotto	69,8	63,5	55,5	47,5	39,8	67,2	32,8	720
Mbomou	64,1	54,6	47,2	34,6	25,9	60,6	39,4	454
Haut-Mbomou	83,8	55,2	45,1	55,9	31,3	72,2	27,8	157
Bangui	96,4	84,0	74,8	74,3	59,6	91,3	8,7	2325
Région administrative								
Région 1	87,0	79,3	64,1	71,6	52,9	84,4	15,6	1677
Région 2	79,6	68,9	56,7	61,3	45,3	74,9	25,1	2450
Région 3	63,1	55,2	49,3	51,9	42,4	59,7	40,3	2139
Région 4	76,3	64,9	57,8	65,1	51,3	71,4	28,6	1340
Région 5	80,1	73,6	65,2	65,0	53,8	77,9	22,1	330
Région 6	69,5	59,5	51,4	44,1	34,1	65,5	34,5	1331
Région 7	96,4	84,0	74,8	74,3	59,6	91,3	8,7	2325
Âge								
15-19	74,6	63,9	55,8	56,8	43,5	70,5	29,5	2572
20-24	83,5	74,4	64,6	66,5	52,8	79,6	20,4	2411
25-29	81,9	72,2	63,6	64,3	52,1	77,6	22,4	2154
30-34	80,1	70,8	62,4	61,9	50,0	76,7	23,3	1478
35-39	80,2	70,4	58,6	62,9	48,7	75,7	24,3	1191
40-44	78,5	66,5	53,8	63,7	44,2	73,8	26,2	1002
45-49	75,5	65,4	51,9	58,6	42,5	71,4	28,6	783
Statut matrimonial								
Marié /En union	80,0	70,1	60,0	62,5	48,6	75,7	24,3	9160
A été marriémarié/En union	81,0	72,8	63,1	64,8	52,0	78,5	21,5	1363
N'a jamais été marié/En union	73,1	60,2	53,5	56,5	42,1	68,6	31,4	1070
Niveau d'instruction de la femme								
Sans niveau	67,0	58,6	47,0	51,2	37,6	63,4	36,6	4720
Primaire	83,9	73,5	64,7	66,9	53,0	79,6	20,4	4750
Secondaire & +	97,6	85,1	77,6	76,5	62,3	92,8	7,2	2069
Quintile de bien-etre économique								
Le plus pauvre	63,2	55,1	45,4	47,4	34,3	60,1	39,9	2279
Pauvre	72,7	62,7	49,7	56,1	40,9	68,4	31,6	2238
Moyen	78,7	69,1	61,8	62,3	49,4	75,1	24,9	2279
Riche	86,8	76,8	68,4	70,1	57,8	82,5	17,5	2337
Le plus riche	94,4	82,5	72,3	73,8	58,2	89,4	10,6	2459
Total	79,5	69,5	59,8	62,2	48,4	75,4	24,6	11592

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

b) Connaissance de la prévention de la transmission du VIH chez l'homme

Les hommes (89%) sont relativement plus nombreux à avoir entendu parler du VIH que les femmes. Ils sont également plus nombreux à connaître les trois modes de prévention de la transmission du VIH.. Comme chez les femmes, la fidélité à un partenaire non infecté (59%) est le mode de prévention dominant ; l'écart entre les deux autres modes de prévention étant moins significatif.

La connaissance du VIH par les hommes semble universelle dans les zones urbaines. Mais dans les faits, un tiers seulement des hommes résidant en milieu urbain connaissent les trois modes de prévention. Le niveau de connaissance des hommes est relativement faible dans les zones rurales. D'importantes disparités s'observent selon la région et la préfecture.

Tableau HA.1B: Connaissance de la prévention de la transmission du VIH : Pourcentage d'hommes de 15-49 ans ayant entendu parlé du SIDA Pourcentage d'hommes de 15-49 ans connaissant les trois principaux modes de prévention de la transmission du VIH, RCA, 2006

Caractéristiques	A entendu parlé du SIDA	Connaissance de la prévention par :			Connaissant tous les trois modes	Connaissant au moins un mode	Ne connaissant aucun mode	Nombre d'hommes
		Limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle non infecté	Utilisation du condom à chaque rapport sexuel	Abstinence sexuelle				
Milieu								
Urbain	94,4	84,1	77,6	75,8	63,9	90,6	9,4	2320
Rural	84,1	76,2	68,5	65,9	55,5	80,8	19,2	3130
Préfecture								
Ombella-M'poko	95,0	85,0	69,5	76,8	58,7	91,3	8,7	499
Lobaye	93,7	90,3	84,7	82,6	75,3	93,0	7,0	314
Mambéré-Kadéi	95,5	78,6	73,5	62,2	49,0	88,4	11,6	562
Nana-Mambéré	82,5	74,4	67,9	64,9	54,0	80,2	19,8	335
Sangha-Mbaéré	90,9	90,0	84,3	85,8	78,9	90,9	9,1	224
Ouham-Pendé	75,3	68,2	56,6	57,2	49,1	69,8	30,2	546
Ouham	84,1	78,0	74,5	72,2	64,5	83,1	16,9	378
Kémo	83,0	60,3	52,0	57,1	43,1	68,0	32,0	135
Nana-Grébizi	90,1	85,6	77,9	78,9	69,2	88,7	11,3	124
Ouaka	87,9	82,3	77,2	81,4	70,4	87,0	13,0	357
Haute-Kotto	94,6	92,3	85,6	88,5	78,9	94,6	5,4	112
Bamingui-Bangoran	87,0	83,5	78,6	73,6	68,9	85,3	14,7	54
Basse-Kotto	76,8	72,0	65,0	58,0	50,1	75,2	24,8	410
Mbomou	70,8	61,1	54,6	39,9	31,3	66,5	33,5	199
Haut-Mbomou	91,9	71,8	65,9	69,4	49,8	86,3	13,7	70
Bangui	97,0	86,0	80,3	76,4	63,8	93,2	6,8	1132
Région administrative								
Région 1	94,5	87,1	75,4	79,1	65,1	91,9	8,1	813
Région 2	90,7	79,6	74,0	67,7	56,5	86,4	13,6	1121
Région 3	78,9	72,2	63,9	63,3	55,4	75,2	24,8	924
Région 4	87,3	78,1	71,8	75,6	64,2	83,2	16,8	616
Région 5	92,1	89,5	83,3	83,6	75,7	91,6	8,4	166
Région 6	76,6	68,8	62,0	53,9	44,6	73,8	26,2	679
Région 7	97,0	86,0	80,3	76,4	63,8	93,2	6,8	1132
Âge								
15-19	79,4	69,2	64,6	64,1	53,9	75,0	25,0	860
20-24	90,7	79,8	74,3	68,2	57,3	86,7	13,3	975
25-29	88,6	79,2	72,6	70,9	58,9	85,2	14,8	856
30-34	92,6	84,7	79,5	75,0	65,8	89,6	10,4	727
35-39	95,3	89,5	81,1	79,1	68,4	93,4	6,6	584
40-44	88,9	78,7	68,6	68,7	57,0	84,0	16,0	479
45-49	88,0	81,6	71,5	68,5	56,9	86,2	13,8	431
50-54	85,9	80,6	67,8	70,4	59,3	82,9	17,1	319
55-59	85,7	73,5	62,5	64,4	49,6	80,6	19,4	218
Statut matrimonial								
Marié /En union	90,8	82,6	73,8	72,0	60,8	87,4	12,6	3845
A été marriémarié/En union	87,0	77,0	75,9	67,8	57,8	84,3	15,7	521
N'a jamais été marié/En union	80,8	70,2	65,6	64,5	53,4	76,7	23,3	1074
Niveau d'instruction de l'homme								
Sans niveau	73,2	63,9	54,9	54,6	41,1	70,3	29,7	847
Primaire	86,6	77,7	70,4	67,5	57,1	82,6	17,4	2682
Secondaire	97,5	89,1	82,6	80,7	70,2	94,2	5,8	1734
Superieur	100,0	89,2	85,1	80,1	66,2	99,2	,8	187
Quintile de bien-etre économique								
Le plus pauvre	76,7	67,2	60,4	56,5	45,3	73,6	26,4	1037
Pauvre	86,1	75,5	67,4	66,5	54,2	81,5	18,5	1097
Moyen	89,4	83,4	75,2	73,0	63,9	86,4	13,6	1063
Riche	92,2	84,8	78,7	75,8	66,9	89,4	10,6	1046
Le plus riche	96,7	85,9	79,1	77,5	64,3	92,8	7,2	1206
Total	88,5	79,6	72,4	70,1	59,1	85,0	15,0	5450

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

Au niveau régional, les régions 1, 4, 5 et 7 sont celles où au moins deux tiers des hommes ou plus connaissent les trois modes de prévention du VIH. En revanche, dans la région 6, moins

de la moitié des hommes ont une bonne connaissance des moyens de prévention de la transmission du VIH. Les disparités sont plus importantes au niveau des préfectures. Il n'est pas surprenant de noter que le niveau de connaissance est plus élevé dans la Lobaye (75%), la Sangha-Mbaéré (79%) et la Haute-Kotto (79%) qui sont des zones d'exploitation de diamant; ainsi que dans la Nana-Grébizi (69%), la Ouaka (70%) la Bamingui-Bangoran (69%) et à Bangui (64%). Le faible niveau de connaissance s'observe dans la Kémo (43%) et surtout dans le Mbomou (31%).

L'analyse selon les caractéristiques des personnes interrogées indique que la tendance en fonction de l'âge des hommes n'est pas significative quand bien même le constat révèle une proportion relativement plus élevée dans la tranche d'âge 25 à 39 ans. La précédente observation est également valable en ce qui concerne le statut matrimonial. En revanche, 39% des hommes de niveau secondaire et 56% de ceux ayant atteint le supérieur connaissent mieux les trois modes de prévention de la transmission. Selon le statut économique du ménage, les résidents des ménages nantis sont mieux informés que ceux des ménages les plus pauvres.

13.1.2 Identification des idées erronées sur le VIH/SIDA

Toujours pour mieux évaluer la connaissance qu'ont les enquêtés du VIH, on leur a demandé s'ils savent que l'infection peut avoir un caractère asymptomatique et si la transmission peut se faire par une aiguille réutilisée. De même, on leur a demandé leur opinion sur plusieurs idées erronées qui entourent la maladie : transmission par les moustiques, par des moyens surnaturels et par le partage de repas. A partir de leur réponse, on a construit un indicateur de connaissance correcte de la transmission du virus (rejet des deux idées erronées les plus courantes, connaissance du caractère asymptomatique de l'infection et transmission par aiguille réutilisée) et un autre indicateur de connaissance complète de la maladie (connaissance correcte plus la connaissance du condom et de la fidélité comme moyens de prévention). Les résultats sont consignés dans les tableaux HA.2A pour les femmes et HA.2B pour les hommes.

a) Identification des idées erronées sur le VIH/SIDA chez la femme

Le Tableau HA.2A présente le pourcentage de femmes en mesure d'identifier correctement les conceptions erronées concernant le VIH. L'indicateur est basé sur les deux conceptions erronées les plus répandues en RCA, qui sont que le VIH peut être transmis par des moyens surnaturels et les piqûres de moustique et une personne paraissant en bonne santé ne peut être porteuse du VIH. Ce tableau fournit également des informations sur le fait que les femmes savent ou non que le VIH ne peut être transmis par le partage de la nourriture mais qu'il peut être transmis par le partage des aiguilles.

Au total 22% des femmes rejettent les deux conceptions erronées les plus répandues et l'idée qu'une personne paraissant en bonne santé ne peut transmettre le VIH. Plus précisément, 58% savent qu'une personne qui semble bien portante peut être infectée; 44% savent que le VIH ne peut être transmis par des moyens surnaturels et 39% savent que le VIH ne peut être transmis par les piqûres de moustiques. Une proportion non négligeable des femmes (56%) pense même que le simple fait de partager le repas avec une personne infecté peut transmettre le VIH. Par contre, près des trois quarts des femmes enquêtées savent que le VIH peut être transmis par une injection avec une aiguille réutilisée.

L'identification des idées erronées varie considérablement entre milieu de résidence, région et préfecture. Selon le milieu de résidence, 28% de femmes en milieu urbain contre 17%, savent identifier correctement ces idées erronées. En ce qui concerne les régions, on note que la région 3 est de loin celle qui a la proportion la plus faible de femmes (11%), contrairement aux régions 1, 6 et 7 où plus d'un quart des femmes savent identifier les trois conceptions erronées sur le VIH/SIDA. En ce qui concerne les préfectures, un nombre réduit de femmes dans l'Ouham-

Pendé (8%), la Nana-Mambéré (13%), l'Ouham (15%), la Kémo (14) et le Haut-Mbomou (13%) ont rejeté les conceptions erronées de la transmission du VIH.

Tableau HA.2: Identification des idées erronées sur le HIV/SIDA chez les femmes de 15-49 ans : Pourcentage de femmes de 15-49 ans identifiant correctement les idées erronées sur le VIH/SIDA, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de celles qui savent que :			Pourcentage rejetant deux idées erronées et admettant qu'une personne paraissant en bonne santé peut être infectée	Pourcentage connaissant que le VIH peut être transmis en partageant son repas avec une personne atteinte du SIDA	Pourcentage connaissant que le VIH peut être transmis par injection ou par piqûre d'une aiguille deja utilisée	Nombre de femmes
	Le VIH ne peut être transmis par des moyens surnaturels	Le VIH ne peut être transmis par piqûre de moustiques	Une personne paraissant en bonne santé peut être porteuse du VIH/SIDA est malade du SIDA				
Milieu							
Urbain	50,4	50,2	74,1	28,4	68,7	85,6	5019
Rural	38,8	30,9	45,7	16,9	45,9	63,7	6573
Préfecture							
Ombella-M'poko	48,6	52,9	75,4	31,8	59,5	83,3	1009
Lobaye	50,0	36,8	73,2	23,8	57,9	78,3	668
Mambéré-Kadéi	37,0	33,2	56,7	16,3	54,4	79,5	1232
Nana-Mambéré	30,5	25,4	40,1	13,2	43,6	56,7	729
Sangha-Mbaéré	42,9	46,7	73,9	25,3	70,8	84,0	489
Ouham-Pendé	35,6	23,6	24,5	7,7	44,5	58,6	1276
Ouham	32,7	23,6	41,4	14,7	35,1	58,4	863
Kémo	43,9	26,3	46,0	13,9	42,8	63,4	292
Nana-Grébizi	41,5	32,2	61,4	20,3	53,2	72,4	260
Ouaka	46,9	39,3	52,7	19,7	56,1	72,5	789
Haute-Kotto	44,0	39,2	58,4	17,2	63,5	80,6	215
Bamingui-Bangoran	43,3	33,4	47,0	20,6	47,6	64,0	115
Basse-Kotto	48,8	41,4	50,4	28,0	47,9	57,9	720
Mbomou	47,7	42,9	51,3	30,7	47,3	56,4	454
Haut-Mbomou	45,9	28,9	39,3	12,9	48,2	64,4	157
Bangui	53,5	56,4	82,0	31,8	74,8	90,3	2325
Région administrative							
Région 1	49,1	46,5	74,6	28,6	58,9	81,3	1677
Région 2	36,2	33,6	55,2	17,2	54,4	73,6	2450
Région 3	34,5	23,6	31,3	10,5	40,7	58,5	2139
Région 4	45,2	35,1	52,9	18,5	52,7	70,5	1340
Région 5	43,7	37,1	54,4	18,4	57,9	74,8	330
Région 6	48,1	40,4	49,4	27,2	47,7	58,2	1331
Région 7	53,5	56,4	82,0	31,8	74,8	90,3	2325
Âge							
15-19	43,8	38,9	53,6	22,2	54,0	68,6	2572
20-24	47,1	40,9	63,8	23,8	60,2	76,9	2411
25-29	43,4	40,7	59,6	22,6	57,0	75,9	2154
30-34	45,7	42,1	59,7	23,4	55,7	73,4	1478
35-39	42,3	37,0	59,9	20,4	53,8	74,5	1191
40-44	41,5	35,9	55,3	18,2	54,9	71,7	1002
45-49	37,2	33,5	47,7	17,1	48,8	69,0	783
Statut matrimonial							
Marié /En union	43,5	39,0	58,6	21,7	55,3	73,4	9160
A été marriémarié/En union	44,6	39,0	59,1	21,0	58,8	76,2	1363
N'a jamais été marié/En union	45,7	41,2	51,3	24,5	55,9	67,8	1070
Niveau d'instruction de la femme							
Sans niveau	36,7	29,7	39,5	15,3	43,4	59,4	4720
Primaire	44,5	38,3	64,0	21,7	58,6	78,5	4750
Secondaire & +	58,2	63,0	86,3	37,1	76,9	92,4	2069
Quintile de bien-etre économique							
Le plus pauvre	34,8	27,8	37,8	15,1	39,5	57,2	2279
Pauvre	38,3	30,4	44,5	16,1	46,0	64,6	2238
Moyen	46,1	37,9	55,3	21,3	55,5	72,1	2279
Riche	48,4	43,4	68,9	24,8	63,4	82,1	2337
Le plus riche	50,7	55,2	81,1	31,3	72,7	88,4	2459
Total	43,8	39,2	58,0	21,9	55,8	73,2	11592

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

L'identification des conceptions erronées ne varie pas significativement selon l'âge et le statut matrimonial de la femme. Par contre, les femmes de niveau secondaire ou plus (37%) rejettent plus facilement les idées erronées que celles sans instruction (15%). De même, les femmes qui résident dans les ménages plus riches (31%) comparativement à celles des ménages plus

pauvres (15%) ou pauvres (16%) sont plus susceptibles de déterminer les idées erronées que leurs congénères des ménages démunis.

b) Identification des idées erronées sur le VIH/SIDA chez l'homme

Comparativement aux femmes, les hommes sont proportionnellement plus nombreux (33%) à identifier les conceptions erronées sur le VIH/SIDA. Chez les hommes, 72% savent qu'une personne paraissant en bon état peut transmettre le VIH, 57% rejettent l'idée selon laquelle le VIH ne peut être transmis par les moyens naturels et 49% ne partagent pas l'idée selon laquelle la piqûre de moustiques peut transmettre le VIH. Bien que paraissant mieux informés sur le VIH/SIDA que les femmes, une proportion plus élevée des hommes ont encore des idées erronées sur les personnes infectées ou malade du SIDA et continuent de croire que le VIH peut être transmis en partageant le repas avec une personne atteinte du VIH/SIDA. Par ailleurs, 83% des hommes connaissent que le VIH peut être transmis par injection ou par piqûre d'une aiguille déjà utilisée par une personne infectée. La distinction entre milieu de résidence révèle que le pourcentage de rejet des idées erronées est plus élevé dans les zones urbaines (43%) que dans les zones rurales (25%). Le fait que le pourcentage d'hommes qui estiment que le VIH peut être transmis en partageant son repas avec une personne atteinte du SIDA est plus élevé en milieu urbain (74%) que dans les zones rurales (60%) est révélateur d'une stigmatisation prononcée à l'endroit des malades du SIDA surtout en milieu urbain.

Le rejet des idées erronées sur le VIH est variable selon la région. Dans le cas d'espèce, les régions 2 et 3 s'identifient par une proportion plus faible d'hommes ayant identifié correctement les deux conceptions erronées et l'idée selon laquelle une personne paraissant en bonne santé ne peut pas être infectée. De ce point de vue, la région 7 (Bangui) est celle dont la proportion d'hommes qui savent identifier les idées erronées sur la transmission du VIH. Au niveau des préfectures, la Mambéré-Kadéï (21%), la Nana-Mambéré (22%), l'Ouham-Pendé (17%) figurent parmi les préfectures ayant un faible ratio d'hommes rejetant les idées erronées sur la transmission du VIH.

Par rapport aux autres caractéristiques sociodémographiques des hommes, on note que l'âge et le statut matrimonial ne présentent aucune disparité. Par contre, l'amélioration du niveau d'instruction et du statut économique du ménage augmente sensiblement le niveau de connaissance sur le VIH. En particulier, on note que le pourcentage des hommes qui rejettent les idées erronées sur le VIH passe de 16% chez les non scolarisés à 47% chez ceux de niveau secondaire et à 69% chez les hommes qui ont atteint le niveau supérieur. En dépit du niveau de connaissance nettement meilleur des personnes instruites ou appartenant aux ménages nantis, on constate malheureusement que ce sont ces derniers qui stigmatisent davantage les personnes vivants avec le VIH ou malades du SIDA en ce qui concerne particulièrement le partage de repas. En effet, 49% des hommes n'ayant jamais été à l'école continuent de croire que le SIDA peut être transmis au moment du partage de repas contre 83% chez ceux de niveau supérieur. La même tendance est observée en ce qui concerne le statut socioéconomique du ménage.

Tableau HA.2B: Identification des idées erronées sur le HIV/SIDA chez les hommes de 15-59 ans : Pourcentage d'hommes de 15-59 ans identifiant correctement les idées erronées sur le VIH/SIDA, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de ceux qui savent que :			Pourcentage rejetant deux idées erronées et admettant qu'une personne paraissant en bonne santé peut être infectée	Pourcentage connaisant que le VIH peut être tranmis en partageant son repas avec une personne atteinte du SIDA	Pourcentage connaissant que le VIH peut être transmis par injection ou par piqûre d'une aiguille dejà utilisée	Nombre d'hommes
	Le VIH ne peut être transmis par des moyens surnaturels	Le VIH ne peut être transmis par piqûre de moustiques	Une personne paraissant en bonne santé peut être porteuse du VIH/SIDA				
Milieu							
Urbain	64,5	61,2	82,3	43,1	73,5	89,0	2320
Rural	51,4	39,5	63,4	25,0	59,8	78,7	3130
Préfecture							
Ombella-M'poko	61,0	61,1	81,7	42,1	71,6	88,6	499
Lobaye	60,3	48,0	81,3	34,9	70,7	90,2	314
Mambéré-Kadéi	47,6	38,8	74,2	20,7	72,6	91,3	562
Nana-Mambéré	46,1	37,5	60,5	22,2	64,3	78,5	335
Sangha-Mbaéré	55,8	49,9	80,5	32,0	78,6	86,3	224
Ouham-Pendé	50,1	33,0	44,0	17,1	49,4	71,5	546
Ouham	48,8	36,1	63,7	27,0	56,4	80,7	378
Kémo	55,9	36,6	63,7	24,2	58,3	77,4	135
Nana-Grébizi	57,2	37,7	76,8	30,0	70,5	87,1	124
Ouaka	59,7	51,6	67,8	31,4	67,4	84,5	357
Haute-Kotto	57,6	39,6	71,3	24,0	74,6	89,9	112
Bamingui-Bangoran	63,8	55,9	68,5	42,6	64,1	83,8	54
Basse-Kotto	61,1	45,0	61,6	35,2	54,9	66,7	410
Mbomou	49,6	43,5	56,3	30,5	47,5	65,5	199
Haut-Mbomou	52,1	48,7	68,6	27,8	54,4	77,3	70
Bangui	67,5	68,0	88,3	48,6	73,7	90,2	1132
Région administrative							
Région 1	60,7	56,0	81,5	39,3	71,3	89,2	813
Région 2	48,8	40,6	71,4	23,4	71,3	86,5	1121
Région 3	49,5	34,3	52,1	21,2	52,3	75,3	924
Région 4	58,3	45,5	68,7	29,5	66,0	83,5	616
Région 5	59,6	44,9	70,4	30,0	71,2	87,9	166
Région 6	56,8	45,0	60,8	33,1	52,7	67,4	679
Région 7	67,5	68,0	88,3	48,6	73,7	90,2	1132
Âge							
15-19	53,6	44,8	65,6	31,5	59,8	73,4	860
20-24	62,9	52,6	73,6	34,9	68,3	83,9	975
25-29	57,7	47,6	74,3	36,3	68,0	84,8	856
30-34	57,5	49,2	75,6	31,5	69,2	88,4	727
35-39	60,0	54,7	75,5	36,0	69,4	88,8	584
40-44	54,0	45,2	70,9	29,2	61,0	82,4	479
45-49	51,7	46,2	68,9	28,8	65,2	83,6	431
50-54	55,1	48,4	69,2	30,1	63,2	83,8	319
55-59	51,0	47,2	59,3	28,5	61,0	77,4	218
Statut matrimonial							
Marié /En union	57,9	49,7	73,2	33,1	66,6	85,6	3845
A été marriémarié/En union	53,6	48,4	70,6	30,5	70,6	81,9	521
N'a jamais été marié/En union	55,3	45,3	65,9	32,1	60,0	74,9	1074
Niveau d'instruction de l'homme							
Sans niveau	41,5	30,3	47,1	16,1	48,6	66,5	847
Primaire	52,1	41,5	67,4	26,0	62,9	81,2	2682
Secondaire	69,9	64,4	86,7	47,3	76,4	92,3	1734
Superieur	77,0	91,2	98,7	69,3	83,4	99,7	187
Quintile de bien-etre économique							
Le plus pauvre	46,0	34,6	53,1	21,7	49,3	71,2	1037
Pauvre	52,5	38,1	62,7	24,4	59,6	80,3	1097
Moyen	57,0	46,3	72,9	29,8	67,4	84,5	1063
Riche	61,7	56,1	79,8	40,5	73,6	87,6	1046
Le plus riche	66,3	66,4	86,7	45,6	76,8	90,7	1206
Total	57,0	48,8	71,5	32,7	65,7	83,1	5450

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006

13.1.3 Connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA

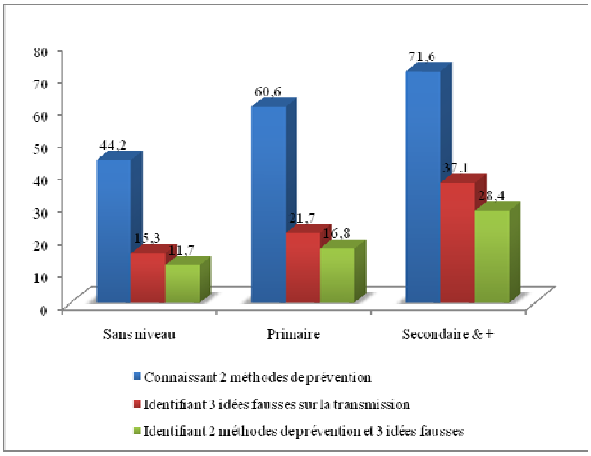
La connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA est estimée à partir de la connaissance des trois modes de prévention : limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle non infecté, utilisation du condom à chaque rapport sexuel, abstinence sexuelle et rejet des idées erronées. Les Tableaux HA.3A et HA.3B présentent le pourcentage de femmes et d'hommes qui connaissent les deux moyens de prévention de la transmission du VIH et rejettent trois conceptions erronées répandues.

a) Connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA chez la femme

En admettant que la connaissance complète sur le VIH/SIDA détermine le comportement sexuel, les femmes sont plus exposées au risque de contracter le VIH. En effet, la connaissance globale des méthodes de prévention du VIH et de son mode de transmission est encore assez faible (17%). Il existe des différences significatives entre milieu de résidence. En tout, 21% des femmes en zone urbaine ont révélé avoir des connaissances générales contre 13% de femmes en zone rurale. Le niveau de connaissance des femmes sur la transmission du VIH/SIDA est plus disparate entre région, préfecture voire certaines caractéristiques individuelles des femmes comme le niveau d'instruction et le statut économique du ménage.

S'agissant des régions, il apparaît que la région 3 (8%) et la région 2 (13%) sont celles dont le niveau de connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA est particulièrement faible. Les disparités sont plus importantes au niveau des préfectures. A ce niveau, on remarque des niveaux de connaissance extrêmement faibles dans l'Ouham-Pendé (5%), la Kémo (9%), la Nana-Mambéré (9%), la Mambéré-Kadéï (11%) et l'Ouham (12%).

Figure HA.1 : Connaissance complète de la transmission du VIH



Comme prévu, le pourcentage de femmes avec des connaissances globales augmente avec le niveau d'instruction (Figure HA.1). Le fait que moins d'un tiers des femmes plus instruites ont une connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA signifie que la femme centrafricaine est plus exposée à la pandémie du SIDA.

Par rapport au statut de bien-être économique du ménage, on note que les femmes qui appartiennent aux ménages aisés sont mieux informées que celles des ménages pauvres.

Tableau HA.3: Connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant une connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes :			Nombre de femmes
	Connaissant deux méthodes pour prévenir la transmission du VIH	Identifiant 3 idées fausses sur la transmission du VIH	Ayant une connaissance exhaustive (identifiant 2 méthodes de prévention et 3 idées fausses) *	
Milieu				
Urbain	64,2	28,4	21,4	5019
Rural	49,5	16,9	13,4	6573
Préfecture				
Ombella-M'poko	55,1	31,8	21,1	1009
Lobaye	69,6	23,8	20,9	668
Mambéré-Kadéi	55,1	16,3	11,0	1232
Nana-Mambéré	35,5	13,2	9,1	729
Sangha-Mbaéré	73,4	25,3	23,5	489
Ouham-Pendé	44,5	7,7	5,4	1276
Ouham	48,1	14,7	11,6	863
Kémo	32,3	13,9	8,6	292
Nana-Grébizi	59,8	20,3	17,4	260
Ouaka	60,4	19,7	17,6	789
Haute-Kotto	70,1	17,2	16,2	215
Bamingui-Bangoran	47,9	20,6	15,7	115
Basse-Kotto	53,8	28,0	24,3	720
Mbomou	42,4	30,7	24,8	454
Haut-Mbomou	36,2	12,9	9,9	157
Bangui	69,2	31,8	23,5	2325
Région administrative				
Région 1	60,9	28,6	21,0	1677
Région 2	52,9	17,2	12,9	2450
Région 3	45,9	10,5	7,9	2139
Région 4	54,1	18,5	15,6	1340
Région 5	62,3	18,4	16,1	330
Région 6	47,8	27,2	22,8	1331
Région 7	69,2	31,8	23,5	2325
Âge				
15-19	50,7	22,2	15,8	2572
20-24	60,9	23,8	18,9	2411
25-29	60,3	22,6	17,3	2154
30-34	58,5	23,4	19,2	1478
35-39	55,5	20,4	15,5	1191
40-44	49,6	18,2	12,9	1002
45-49	48,8	17,1	14,6	783
Statut matrimonial				
Marié /En union	56,2	21,7	16,7	9160
A été marié/En union	59,6	21,0	17,8	1363
N'a jamais été marié/En union	48,3	24,5	17,0	1070
Niveau d'instruction de la femme				
Sans niveau	44,2	15,3	11,7	4720
Primaire	60,6	21,7	16,8	4750
Secondaire & +	71,6	37,1	28,4	2069
Quintile de bien-etre économique				
Le plus pauvre	42,4	15,1	12,0	2279
Pauvre	46,5	16,1	11,4	2238
Moyen	57,4	21,3	17,5	2279
Riche	64,6	24,8	19,2	2337
Le plus riche	67,0	31,3	23,3	2459
Total	55,9	21,9	16,8	11592

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 82; OMD Indicateur 19b

b) Connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA chez l'homme

Par rapport aux femmes, les hommes (27%) sont relativement plus nombreux à avoir une connaissance complète de la transmission du VIH/SIDA. Comme toujours, les hommes qui résident dans les centres urbains (35%) sont mieux informés que ceux qui résident dans les zones rurales (21%). Le niveau des connaissances des hommes sur la transmission du VIH/SIDA varie également selon la région, la préfecture mais aussi selon le niveau d'instruction et le statut économique du ménage.

On constate que les disparités régionales ne sont pas importantes. A ce niveau, les régions 2 et 3 respectivement avec 19% et 17% sont celles qui enregistrent une faible proportion des hommes ayant une connaissance sur la transmission du VIH/SIDA. L'analyse au niveau préfectoral montre que les préfectures où les hommes ont un faible niveau de connaissance sont celles de la Mambéré-Kadéï (15%), de la Nana-Mambéré (18%) de l'Ouham-Pendé (13%) et de la Kémo (16%).

Tableau HA.3A: Connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA : Pourcentage d'hommes de 15-59 ans ayant une connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage d'hommes :			Nombre d'hommes
	Connaissant deux méthodes pour prévenir la transmission du VIH	Identifiant 3 idées fausses sur la transmission du VIH	Ayant une connaissance exhaustive(identifiant 2 méthodes de prévention et 3 idées fausses) *	
Milieu				
Urbain	72,9	43,1	35,1	2320
Rural	65,2	25,0	20,9	3130
Préfecture				
Ombella-M'poko	66,2	42,1	29,7	499
Lobaye	82,5	34,9	33,4	314
Mambéré-Kadéi	66,7	20,7	15,3	562
Nana-Mambéré	63,6	22,2	18,3	335
Sangha-Mbaéré	83,7	32,0	30,3	224
Ouham-Pendé	55,8	17,1	13,1	546
Ouham	71,0	27,0	23,4	378
Kémo	46,0	24,2	15,5	135
Nana-Grébizi	75,1	30,0	23,8	124
Ouaka	73,7	31,4	30,5	357
Haute-Kotto	83,8	24,0	21,2	112
Bamingui-Bangoran	77,3	42,6	39,4	54
Basse-Kotto	62,5	35,2	31,5	410
Mbomou	49,7	30,5	24,8	199
Haut-Mbomou	54,2	27,8	22,8	70
Bangui	74,8	48,6	39,2	1132
Région administrative				
Région 1	72,5	39,3	31,1	813
Région 2	69,2	23,4	19,2	1121
Région 3	62,0	21,2	17,3	924
Région 4	67,9	29,5	25,9	616
Région 5	81,7	30,0	27,1	166
Région 6	57,9	33,1	28,6	679
Région 7	74,8	48,6	39,2	1132
Âge				
15-19	60,3	31,5	25,7	860
20-24	69,3	34,9	26,5	975
25-29	68,6	36,3	30,7	856
30-34	75,5	31,5	27,2	727
35-39	78,7	36,0	30,1	584
40-44	65,7	29,2	23,6	479
45-49	67,4	28,8	25,7	431
50-54	65,9	30,1	26,4	319
55-59	57,3	28,5	21,8	218
Statut matrimonial				
Marié /En union	70,3	33,1	27,3	3845
A été marriémarié/En union	70,5	30,5	25,4	521
N'a jamais été marié/En union	61,1	32,1	26,4	1074
Niveau d'instruction de l'homme				
Sans niveau	50,4	16,1	13,2	847
Primaire	66,9	26,0	21,3	2682
Secondaire	78,9	47,3	39,4	1734
Superieur	75,8	69,3	56,0	187
Quintile de bien-etre économique				
Le plus pauvre	55,7	21,7	17,8	1037
Pauvre	63,5	24,4	19,5	1097
Moyen	72,8	29,8	25,7	1063
Riche	75,1	40,5	34,1	1046
Le plus riche	74,3	45,6	36,6	1206
Total	68,5	32,7	27,0	5450

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 82; OMD Indicateur 19b

Le niveau d'instruction revêt une importance capitale dans la connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA. On constate que les hommes n'ayant jamais été scolarisés ont presque le même niveau de connaissance que les femmes non instruites. Cependant, une augmentation significative du niveau d'instruction des hommes accroît le niveau de leur connaissance. A titre d'exemple, la proportion varie de 21% chez les hommes ayant le niveau primaire à 39% à ceux de niveau secondaire et 56% chez ceux qui ont un niveau supérieur. L'effet de l'instruction est plus important que le statut économique du ménage. Ainsi, le niveau de connaissance des hommes issus de ménages pauvres est de 18% contre 37% chez ceux des ménages riches.

13.1.4 Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant

Bien que la transmission du VIH se fasse essentiellement par voie hétérosexuelle en Afrique Subsaharienne, la transmission mère-enfant n'en demeure pas moins un aspect important de la prévention, surtout dans les pays à épidémie généralisée. La connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant est importante pour pousser les femmes à se faire dépister pour le VIH quand elles sont enceintes afin d'éviter l'infection du bébé. Les femmes qui ont une meilleure connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant sont plus aptes à adopter des comportements visant à réduire le risque de contamination de leurs progénitures. C'est pourquoi, on exige aux femmes enceintes de se faire dépister lors des consultations prénatales. Pour évaluer la connaissance des enquêtés de ce mode de transmission, on a demandé aux femmes âgées de 15 à 49 ans et aux hommes âgés de 15 à 59 ans si le VIH pouvait être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse, durant l'accouchement et à travers l'allaitement. Les résultats sont présentés dans les Tableau HA.4 et HA4.A.

a) Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant chez la femme

La connaissance de la transmission mère-enfant du virus est globalement acceptable. Près de 4 femmes sur cinq savent que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant. Cependant, au total la moitié seulement des femmes connaissent les trois modes de transmission du VIH. Celles qui savent que le virus peut se transmettre au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement représentent 62% et 64% en ce qui concerne l'allaitement. La proportion des femmes qui ne connaissent aucun mode particulier est de 7%. Tout comme pour les autres aspects de la connaissance du sida, les variations sont plus importantes selon le milieu de résidence, la région, la préfecture, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage que selon l'âge et le statut matrimonial.

Les femmes qui résident dans les zones urbaines (56%) sont mieux informées que celles qui résident dans les zones rurales (46%). Au niveau des régions on constate que la région 1 (61%) compte proportionnellement plus de femmes connaissant les trois modes de transmission du VIH que la capitale Bangui (57%) qui est presqu'au même niveau que la région 2 (52%). Le niveau le plus faible s'observe auprès des femmes qui résident dans la région 3 (40%). D'importantes disparités s'observent au niveau des préfectures. A ce titre la Nana-Mambéré (38%), l'Ouham-Pendé (41%), l'Ouham (38%), la Bamingui-Bangoran (37%) et le Mbomou (39%) ont de faibles proportions de femmes connaissant les trois modes de transmission du VIH.

Les variations selon le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique du ménage révèlent que les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus et celles qui vivent dans les ménages aisés ont une meilleure connaissance des trois modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Tableau HA.4: Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant correctement identifiées les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant, RCA, 2006

Caractéristiques	Le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant	Pourcentage connaissant que le VIH peut etre transmis :			Pourcentage connaissant tous les trois modes *	Pourcentage ne connaissant aucun mode spécifique	Nombre de femmes
		Pendant la grossesse	A l'accouchement	A travers l'allaitement			
Milieu							
Urbain	86,3	69,9	74,9	73,6	56,3	4,9	5019
Rural	62,7	56,3	54,8	53,0	45,7	7,8	6573
Préfecture							
Ombella-M'poko	84,1	70,6	72,6	75,1	60,2	4,0	1009
Lobaye	79,6	73,8	70,1	70,9	61,7	5,8	668
Mambéré-Kadéi	79,4	73,2	65,4	67,5	55,8	7,3	1232
Nana-Mambéré	54,8	48,2	46,4	47,3	38,2	7,4	729
Sangha-Mbaéré	83,0	77,5	73,9	73,1	63,2	4,7	489
Ouham-Pendé	58,8	52,3	55,0	47,1	40,8	3,6	1276
Ouham	53,6	43,3	47,3	44,6	37,6	10,4	863
Kémo	61,3	54,2	54,6	53,1	45,9	7,7	292
Nana-Grébizi	68,5	59,6	58,8	52,6	45,9	7,6	260
Ouaka	70,0	58,7	60,6	59,8	49,2	9,1	789
Haute-Kotto	78,8	69,0	67,8	63,5	53,9	6,7	215
Bamingui-Bangoran	62,9	52,0	53,7	47,3	36,6	7,1	115
Basse-Kotto	57,5	51,7	50,9	48,8	43,1	12,3	720
Mbomou	53,5	48,5	49,0	44,4	38,8	10,6	454
Haut-Mbomou	75,5	62,6	58,8	65,5	50,0	8,3	157
Bangui	92,5	71,4	80,2	78,0	56,9	3,9	2325
Région administrative							
Région 1	82,3	71,9	71,6	73,4	60,8	4,7	1677
Région 2	72,8	66,6	61,4	62,6	52,1	6,8	2450
Région 3	56,7	48,7	51,9	46,1	39,5	6,4	2139
Région 4	67,8	57,9	58,9	57,0	47,8	8,5	1340
Région 5	73,2	63,0	62,9	57,8	47,8	6,9	330
Région 6	58,2	51,9	51,2	49,2	42,5	11,3	1331
Région 7	92,5	71,4	80,2	78,0	56,9	3,9	2325
Âge							
15-19	67,5	56,2	57,7	56,7	44,5	7,1	2572
20-24	77,5	64,2	66,8	67,4	53,0	6,0	2411
25-29	75,4	65,1	65,9	63,9	52,8	6,5	2154
30-34	74,9	64,5	66,6	62,6	52,3	5,1	1478
35-39	73,0	64,0	62,7	61,3	50,4	7,2	1191
40-44	71,5	63,4	64,1	60,8	51,3	6,9	1002
45-49	67,8	59,8	59,8	57,3	48,5	7,7	783
Niveau d'instruction de la femme							
Sans niveau	58,0	52,1	50,0	47,7	40,6	9,0	4720
Primaire	78,0	66,4	67,6	66,9	54,7	5,9	4750
Secondaire & +	95,3	75,5	84,7	82,5	62,0	2,3	2069
Statut matrimonial							
Marié /En union	73,5	62,7	64,4	62,4	50,8	6,5	9160
A été marié/En union	75,2	64,7	62,4	62,9	49,9	5,7	1363
N'a jamais été marié/En union	64,9	54,6	57,1	56,4	46,0	8,3	1070
Quintile de bien-etre économique							
Le plus pauvre	54,1	49,1	47,1	44,8	38,8	9,1	2279
Pauvre	63,4	55,9	54,3	53,2	44,5	9,3	2238
Moyen	72,7	63,9	63,8	61,5	52,3	6,0	2279
Riche	81,1	67,8	71,3	69,3	55,1	5,7	2337
Le plus riche	91,5	73,2	79,3	79,0	59,6	2,9	2459
Total	72,9	62,2	63,5	61,9	50,3	6,5	11592

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 89

b) Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant chez l'homme

Une fois de plus on constate que les hommes ont une bonne connaissance de la transmission du VIH de la mère à son enfant. Pour chacune des trois phases importantes durant lesquelles la contamination peut intervenir, on note respectivement 71% pour la grossesse, 75% par rapport à l'accouchement et 69% par rapport à l'allaitement. Contrairement aux femmes, le niveau de connaissance des hommes de la transmission mère-enfant du VIH semble être déterminé par la

région, la préfecture, le niveau d'instruction, le statut matrimonial que par le milieu de résidence ou le niveau économique du ménage.

Les régions 3 et 6 respectivement avec 50% et 47% d'hommes connaissant les trois modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant sont celles qui enregistrent de faibles scores. Les préfectures qui sont dans la même situation sont celles de l'Ouham-Pendé (46%), de la Basse-Kotto (45%) et du Mbomou (48%).

Tableau HA.4A: Connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant : Pourcentage d'hommes de 15-59 ans ayant correctement identifiées les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant, RCA, 2006

Caractéristiques	Le VIH peut etre transmis de la mère à l'enfant	Pourcentage connaissant que le VIH peut être transmis :			Pourcentage connaissant tous les trois modes *	Pourcentage ne connaissant aucun mode spécifique	Nombre d'hommes
		Pendant la grossesse	A l'accouchement	A travers l'allaitement			
Milieu							
Urbain	90,7	75,6	82,5	73,2	58,9	3,7	2320
Rural	76,4	67,4	69,1	65,6	56,7	7,7	3130
Préfecture							
Ombella-M'poko	89,9	77,0	82,1	75,3	63,1	5,0	499
Lobaye	86,8	79,4	78,4	73,7	66,3	6,9	314
Mambéré-Kadéi	90,9	86,8	78,7	81,3	70,7	4,6	562
Nana-Mambéré	74,1	68,5	66,9	65,0	57,1	8,3	335
Sangha-Mbaéré	86,1	80,2	78,6	74,3	64,6	4,8	224
Ouham-Pendé	70,8	58,9	68,4	54,6	46,1	4,5	546
Ouham	75,8	63,2	68,3	62,9	55,3	8,3	378
Kémo	74,9	68,3	71,0	65,3	58,9	8,1	135
Nana-Grébizi	85,7	78,2	73,6	68,2	61,4	4,4	124
Ouaka	79,3	66,7	70,8	66,0	54,2	8,7	357
Haute-Kotto	88,4	79,4	77,9	75,0	66,1	6,2	112
Bamingui-Bangoran	79,0	70,8	67,9	70,7	60,1	7,9	54
Basse-Kotto	63,8	50,9	57,8	57,0	44,8	13,0	410
Mbomou	64,1	56,8	60,4	54,6	48,0	6,7	199
Haut-Mbomou	84,6	66,2	80,8	75,4	60,1	7,4	70
Bangui	94,5	75,2	85,7	74,3	57,1	2,5	1132
Région administrative							
Région 1	88,7	77,9	80,7	74,7	64,4	5,8	813
Région 2	84,9	80,0	75,1	75,1	65,4	5,8	1121
Région 3	72,8	60,7	68,4	58,0	49,8	6,1	924
Région 4	79,6	69,4	71,4	66,3	56,7	7,7	616
Région 5	85,4	76,6	74,6	73,6	64,2	6,8	166
Région 6	66,0	54,2	60,9	58,2	47,3	10,6	679
Région 7	94,5	75,2	85,7	74,3	57,1	2,5	1132
Âge							
15-19	72,5	60,6	64,5	61,2	49,3	6,8	860
20-24	84,5	69,9	76,5	71,4	57,8	6,1	975
25-29	83,9	72,5	75,3	70,8	58,1	4,7	856
30-34	87,4	76,5	80,7	71,8	61,9	5,2	727
35-39	88,6	75,9	79,6	73,3	60,6	6,7	584
40-44	83,0	72,8	76,2	66,2	57,2	5,9	479
45-49	81,4	70,0	73,7	68,9	58,3	6,5	431
50-54	79,8	72,5	72,7	64,5	57,9	6,1	319
55-59	78,8	72,7	75,8	69,7	64,6	6,9	218
Niveau d'instruction de l'homme							
Sans niveau	62,2	55,4	54,0	52,4	44,3	11,0	847
Primaire	79,7	69,9	70,8	68,4	58,2	6,9	2682
Secondaire	94,8	79,8	88,9	76,1	63,4	2,7	1734
Superieur	100,0	72,6	96,6	81,6	56,4	,0	187
Statut matrimonial							
Marié /En union	85,1	73,6	77,8	70,9	59,8	5,8	3845
A été marié/En union	81,1	69,8	71,3	68,3	54,8	5,8	521
N'a jamais été marié/En union	74,0	61,9	65,9	62,0	51,3	6,8	1074
Quintile de bien-etre économique							
Le plus pauvre	66,3	58,5	59,7	57,9	50,3	10,4	1037
Pauvre	79,6	70,9	70,6	68,7	58,7	6,5	1097
Moyen	82,6	72,3	76,0	67,6	58,4	6,8	1063
Riche	88,4	75,5	81,8	71,8	60,8	3,8	1046
Le plus riche	93,7	76,3	84,5	77,0	59,5	3,0	1206
Manquant	93,5	90,1	81,0	75,6	74,8	5,1	19
Total	82,5	70,9	74,8	68,8	57,6	6,0	5450

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 89

Le niveau d'instruction augmente la chance d'un homme de connaître les trois modes de transmission du VIH. Ceux qui ne sont jamais scolarisés (44%) sont moins informés sur la transmission du VIH que ceux qui ont un niveau secondaire (63%) ou supérieur (56%). Si le

statut matrimonial des femmes ne détermine pas la connaissance des modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant, cette variable semble caractériser les hommes. En particulier les hommes actuellement mariés ou en union (60%) connaissent mieux les trois modes de transmission que ceux qui ne sont jamais mariés ou en union.

13.2 Stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH

L'une des conséquences de l'infection à VIH les plus dures à supporter par les personnes vivant avec le virus est la stigmatisation dont elles sont victimes. Cette stigmatisation est essentiellement liée à la mauvaise connaissance des modes de transmission du VIH, et dans une certaine mesure à l'idée que les victimes sont responsables de leur séropositivité par leur conduite sexuelle non contrôlée. Les données de l'enquête MICS3 permettent de mesurer cette stigmatisation à travers des questions hypothétiques.

13.2.1 Attitude vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Les indicateurs sur les attitudes envers les personnes vivant avec le VIH mesurent la stigmatisation et la discrimination dont ces personnes sont l'objet au sein de la communauté. La stigmatisation et la discrimination sont faibles si les répondants expriment une attitude d'acceptation sur les quatre questions suivantes: 1) prendrez-vous en charge un membre de la famille (**Note** : précisez s'il s'agit de la famille élargie ou du ménage afin d'harmoniser l'expression dans les tableaux HA 5 et HA 5A et éviter toute confusion) malade du SIDA; 2) achèterez-vous des légumes frais à un vendeur séropositif; 3) pensez-vous qu'une enseignante séropositive doit être autorisée à enseigner; et 4) ne voudriez-vous pas garder secret le statut d'un membre de la famille par rapport au VIH. Les Tableau HA.5 et HA.5A présentent les attitudes des femmes envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

12.2.2 Attitude vis-à-vis des personnes vivants avec le VIH/SIDA chez la femme

A peine 23% des femmes ne partagent pas ces attitudes discriminantes. Parmi les attitudes discriminantes, le secret sur un membre du ménage qui a le SIDA (52%) est celui qui est plus répandu. Ensuite intervient la stigmatisation à l'endroit des enseignants (35%) et les marchands de légumes (30%) malades du SIDA. La stigmatisation est plus prononcée envers des personnes extérieures aux ménages qu'à l'intérieur du ménage. En témoignent les résultats de l'enquête, 4 % de femmes ne sont pas disposées à prendre soin d'un membre du ménage malade du SIDA. De manière générale, trois femmes sur quatre est d'accord avec au moins une attitude discriminante. Le degré de stigmatisation varie selon le milieu de résidence, la région, la préfecture et le niveau d'instruction.

Les opinions, attitudes et comportements de tolérance sont moins répandus en milieu rural (19%) qu'en milieu urbain (27%). Au niveau des entités administratives, les régions 3 (12%) et 5 (18%) accusent de faibles scores. Il en est de même des préfectures de Nana-Mambéré (12%), de l'Ouham-Pendé (10%), de l'Ouham (15%), de la Nana-Grébizi (14%) et de Bamingui-Bangoran (15%). Il convient de souligner spécifiquement une proportion plus élevée (13%) de femmes dans le Haut-Mbomou qui affirment ne pas prendre le soin d'un membre du ménage malade du SIDA.

Une amélioration du niveau d'instruction de la femme a pour effet une réduction de la stigmatisation à l'endroit des personnes malades probablement du fait que les femmes instruites ont une bonne connaissance des modes de transmission du VIH. A cet effet, on note que 29% des femmes de niveau secondaire ou plus contre 18% des femmes sans instruction, ne sont pas d'accord avec les attitudes qui tendent à discriminer les malades du SIDA.

Tableau HA.5: Attitude vis à vis des personnes vivants avec le VIH/SIDA chez les femmes de 15-49 ans : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant entendu parlé du SIDA et exprimant une attitude discriminatoire vis à vis des personnes vivants avec le VIH/SIDA, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes qui :						Nombre de femmes ayant entendu parlé du SIDA
	Ne prendraient pas soin d'un membre du ménage malade du SIDA	Aimeraient garder le secret si un membre du ménage a le SIDA	Pensent qu'un enseignant ayant contracté le VIH sans être malade du SIDA ne devrait pas etre autorisé à enseigner à l'école	N'achèteraient pas des légumes frais à un marchand/vendeur malade du SIDA	Sont d'accord avec au moins une attitude discriminatoire	Ne sont pas d'accord avec l'attitude discriminatoire *	
Milieu							
Urbain	3,6	54,4	23,1	24,6	72,8	27,2	4580
Rural	4,5	49,4	36,0	45,7	81,1	18,9	4632
Préfecture							
Ombella-M'poko	3,6	53,3	16,4	24,3	70,1	29,9	889
Lobaye	3,1	46,0	34,5	42,4	75,6	24,4	571
Mambéré-Kadéi	3,7	48,3	35,8	42,2	76,2	23,8	1068
Nana-Mambéré	3,2	76,1	32,1	35,0	87,9	12,1	454
Sangha-Mbaéré	2,2	62,1	17,0	20,5	75,5	24,5	429
Ouham-Pendé	3,3	57,4	48,1	50,3	89,8	10,2	796
Ouham	8,4	35,8	46,4	48,6	85,3	14,7	553
Kémo	7,9	45,5	26,9	43,7	74,6	25,4	201
Nana-Grébizi	4,5	56,1	33,0	44,7	86,2	13,8	198
Ouaka	4,7	37,3	28,7	42,5	70,1	29,9	624
Haute-Kotto	2,6	56,6	33,8	40,7	81,0	19,0	184
Bamingui-Bangoran	5,1	60,7	24,0	37,0	85,1	14,9	81
Basse-Kotto	6,0	39,3	35,7	47,5	79,2	20,8	503
Mbomou	4,0	39,9	29,7	39,0	72,2	27,8	291
Haut-Mbomou	13,4	47,0	26,0	40,8	75,8	24,2	131
Bangui	3,0	58,0	20,6	20,9	72,6	27,4	2240
Région administrative							
Région 1	3,4	50,5	23,5	31,4	72,2	27,8	1459
Région 2	3,3	57,8	30,8	35,8	78,8	21,2	1950
Région 3	5,3	48,5	47,4	49,6	88,0	12,0	1349
Région 4	5,3	42,6	29,2	43,2	74,1	25,9	1023
Région 5	3,3	57,9	30,8	39,6	82,3	17,7	264
Région 6	6,4	40,6	32,4	43,9	76,5	23,5	925
Région 7	3,0	58,0	20,6	20,9	72,6	27,4	2240
Âge							
15-19	5,4	52,3	30,9	38,4	78,4	21,6	1919
20-24	3,7	54,7	28,8	32,6	76,9	23,1	2013
25-29	3,4	52,8	30,2	36,1	78,1	21,9	1765
30-34	4,3	52,8	25,5	31,5	75,1	24,9	1184
35-39	3,3	50,5	27,5	34,7	75,4	24,6	955
40-44	3,6	45,7	31,6	38,2	76,5	23,5	786
45-49	4,2	47,2	34,6	35,3	75,6	24,4	591
Niveau d'instruction de la femme							
Sans niveau	4,8	49,6	37,0	45,0	81,9	18,1	3162
Primaire	4,3	51,7	29,2	35,1	75,7	24,3	3987
Secondaire & +	2,5	55,8	18,4	19,9	71,4	28,6	2019
Statut matrimonial							
Marié /En union	4,1	51,5	29,5	34,7	76,7	23,3	7327
A été marriémarié/En union	2,5	54,1	30,8	37,2	77,4	22,6	1103
N'a jamais été marié/En union	6,3	52,9	28,6	37,1	78,7	21,3	782
Quintile de bien-etre économique							
Le plus pauvre	5,6	44,0	36,2	49,3	82,4	17,6	1440
Pauvre	5,2	50,3	36,6	46,8	80,6	19,4	1627
Moyen	3,4	47,8	33,1	37,0	75,8	24,2	1795
Riche	3,5	54,0	27,0	28,8	73,7	26,3	2028
Le plus riche	3,3	59,3	20,1	22,7	74,7	25,3	2322
Total	4,1	51,9	29,6	35,2	76,9	23,1	9212

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 86

b) Attitude vis-à-vis des personnes vivants avec le VIH/SIDA chez l'homme

De manière générale, les hommes se montrent un peu plus tolérants envers les séropositifs que les femmes puisque 27% d'entre eux expriment les quatre attitudes de tolérance. Comme pour les femmes, c'est sur la divulgation du statut sérologique d'un parent que les hommes enquêtés sont les plus réticents ; près de la moitié d'entre eux pense que ce secret doit être gardé ; 31% ne voient pas d'inconvénient à acheter des légumes auprès d'un commerçant séropositif et 30% ne s'opposeraient pas à ce qu'une enseignante séropositive continue à donner des cours.

Pour ce qui est des variations selon les caractéristiques des enquêtés et de leur ménage, on observe les mêmes tendances que chez les femmes, sauf que les écarts entre groupes sont ici moins importants. Selon le milieu de résidence, un tiers des hommes qui résident dans les milieux urbains ne sont pas d'accord avec les attitudes discriminantes alors que dans les zones rurales à peine un quart des hommes partagent cet avis. Sur ce plan, la région 3 (16%) se

caractérise par une proportion faible des hommes qui ne sont pas d'accord avec les attitudes discriminantes. Selon la préfecture, la Nana-Mambéré (15%), l'Ouham-Pendé (13%), la Haute-Kotto (19%) et le Haut-Mbomou (18%) s'identifient par une proportion faible d'hommes n'ayant pas une attitude discriminante à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/SIDA. De même que les femmes, 15% des hommes dans le Haut-Mbomou affirment ne pas être disposés à prendre le soin d'un membre du ménage malade du SIDA.

Selon le niveau d'instruction et le statut de bien être économique du ménage, les hommes de niveau secondaire (33%) et supérieur (39%) ou ceux qui résident dans les ménages les plus riches (33%) sont relativement plus nombreux à rejeter les comportements et attitudes discriminants à l'endroit des personnes séropositives.

Tableau HA.5A: Attitude vis à vis des personnes vivants avec le VIH/SIDA chez les hommes de 15-49 ans : Pourcentage d'hommes de 15-59 ans ayant entendu parlé du SIDA et exprimant une attitude discriminatoire vis à vis des personnes vivants avec le VIH/SIDA, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage d'hommes qui :						Nombre d'hommes ayant entendu parlé du SIDA
	Ne prendraient pas soin d'un membre du ménage malade du SIDA	Aimeraient garder le secret si un membre du ménage a le SIDA	Pensent qu'un enseignant ayant contracté le VIH sans être malade du SIDA ne devrait pas etre autorisé à enseigner à l'école	N'achèteraient pas des légumes frais à un marchand/vendeur malade du SIDA	Sont d'accord avec au moins une attitude discriminatoire	Ne sont pas d'accord avec l'attitude discriminatoire *	
Milieu							
Urbain	5,2	46,7	24,0	20,0	67,0	33,0	2190
Rural	5,0	45,2	34,5	40,6	78,7	21,3	2632
Préfecture							
Ombella-M'poko	6,8	48,1	23,1	21,0	67,0	33,0	474
Lobaye	3,7	35,5	34,4	40,4	69,5	30,5	294
Mambéré-Kadéi	6,4	43,4	30,3	38,0	74,9	25,1	537
Nana-Mambéré	4,0	62,8	31,6	38,2	84,7	15,3	276
Sangha-Mbaéré	4,0	55,9	18,8	18,6	69,0	31,0	203
Ouham-Pendé	1,6	59,6	40,4	37,9	86,8	13,2	411
Ouham	8,5	37,6	43,6	44,0	80,0	20,0	318
Kémo	9,4	43,3	25,6	40,0	72,1	27,9	112
Nana-Grébizi	3,7	51,3	31,9	32,0	78,8	21,2	112
Ouaka	4,9	33,2	31,3	33,3	65,8	34,2	314
Haute-Kotto	2,9	51,4	38,2	38,8	81,2	18,8	106
Bamingui-Bangoran	5,0	48,5	16,3	29,2	71,4	28,6	47
Basse-Kotto	5,0	28,4	41,8	48,6	79,2	20,8	314
Mbomou	3,2	35,8	33,9	44,9	76,4	23,6	141
Haut-Mbomou	14,5	58,6	32,7	38,0	82,2	17,8	64
Bangui	4,4	48,3	19,9	15,1	66,0	34,0	1097
Région administrative							
Région 1	5,6	43,3	27,4	28,4	68,0	32,0	768
Région 2	5,3	51,2	28,4	34,2	76,4	23,6	1017
Région 3	4,6	50,0	41,8	40,6	83,8	16,2	729
Région 4	5,6	39,0	30,3	34,4	69,8	30,2	538
Région 5	3,5	50,5	31,5	35,9	78,2	21,8	153
Région 6	5,7	34,1	38,5	46,3	78,8	21,2	520
Région 7	4,4	48,3	19,9	15,1	66,0	34,0	1097
Âge							
15-19	6,6	43,8	34,0	33,7	75,1	24,9	683
20-24	6,6	51,0	27,2	29,4	73,6	26,4	884
25-29	4,7	43,7	26,0	31,2	71,7	28,3	758
30-34	4,2	44,4	33,3	29,0	72,6	27,4	673
35-39	2,8	49,8	30,8	33,8	77,1	22,9	557
40-44	4,3	43,4	31,2	31,7	72,4	27,6	426
45-49	5,3	45,0	26,5	37,1	73,1	26,9	379
50-54	1,9	39,6	26,4	24,5	67,1	32,9	274
55-59	9,0	48,0	33,1	29,3	76,9	23,1	187
Niveau d'instruction de l'homme							
Sans niveau	6,3	46,5	39,8	44,6	82,2	17,8	620
Primaire	5,8	45,1	33,4	37,3	76,5	23,5	2324
Secondaire	3,8	46,9	23,1	20,2	67,2	32,8	1691
Superieur	2,4	43,9	11,5	11,3	61,1	38,9	187
Statut matrimonial							
Marié /En union	4,6	45,4	30,4	31,9	73,5	26,5	3493
A été marriémarié/En union	2,7	50,9	29,0	29,3	73,9	26,1	453
N'a jamais été marié/En union	7,8	45,0	27,3	29,8	72,5	27,5	868
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	5,2	45,0	36,6	44,7	80,7	19,3	796
Pauvre	5,8	44,8	35,6	44,2	79,4	20,6	944
Moyen	6,0	42,2	32,0	34,3	74,4	25,6	950
Riche	6,1	47,1	25,2	21,7	67,9	32,1	965
Le plus riche	2,7	49,4	22,2	17,1	67,3	32,7	1166
Total	**5,0**	**45,9**	**29,7**	**31,3**	**73,4**	**26,6**	**4822**

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 86

13.3 Test du VIH

13.3.1 Connaissances des facilités pour effectuer le test du VIH

La connaissance par les individus de leur statut sérologique est un élément important dans l'adoption de comportements préventifs. Aussi, les programmes de lutte contre le sida encouragent-ils les individus à se faire dépister et à recevoir des conseils sur la maladie, notamment dans les centres conseils et dépistage volontaire (CDV). L'enquête MICS fournit des informations pour l'évaluation de ces efforts à travers la proportion de personnes dépistées et celles parmi elles qui ont pris connaissance du résultat de leur test. Les résultats figurent dans le tableau 6a pour les femmes et 6b pour les hommes.

a) Connaissances des facilités pour effectuer le test du VIH chez la femme

Seulement la moitié des femmes savent où se faire dépister, tandis qu'un cinquième a effectivement effectué le test. Parmi les femmes dépistées, 82% affirment avoir obtenu le résultat de ce test. La proportion de femmes qui connaissent un endroit où se rendre pour se faire dépister est plus élevée en milieu urbain (72%) qu'en milieu rural (30%). La présence des CDV dans la plupart des centres urbains explique cette disparité. Elle explique également la proportion plus élevée de femmes ayant effectué le test dans les centres urbains (72%) que dans les zones rurales (30%). L'écrasante majorité (86%) des femmes qui vivent dans les zones urbaines et qui ont effectué le test ont déclaré avoir obtenu le résultat du test. Dans les zones rurales le score enregistré est moins élevé (70%).

La connaissance d'un lieu de dépistage du VIH varie selon les entités administratives et certaines caractéristiques de la femme. A l'exception de Bangui (83%) et de la région 1 (52%) qui enregistrent une proportion plus élevée de femmes connaissant un lieu de dépistage, moins de la moitié des femmes qui résident dans les autres régions connaissent un lieu de dépistage. La situation est d'autant préoccupante en ce qui concerne les régions 3, 4 et 6 ou à peine une femme sur trois connaît ce lieu. Il en résulte un taux de dépistage plus faible dans ces régions alors que dans la région 1 et 7 respectivement 23% et 44% des femmes ont effectué le test du VIH. La connaissance d'un lieu de dépistage du VIH est plus élevée dans l'Ombella-M'poko (57%), la Sangha-Mbaéré (48%) et la Haute-Kotto (59%). Il est à noter qu'environ une femme sur quatre dans les préfectures de l'Ouham et de la Basse-Kotto seulement connait un lieu de dépistage du VIH. S'agissant des femmes qui ont effectivement effectué le test, les préfectures de l'Ouham (8%), de la Nana-Grébizi (8%) de la Bamingui-Bangoran (9%), de la Basse-Kotto (5%) et de Mbomou (9%) enregistrent moins de 10% de femmes dépistées. Les variations sont importantes selon le niveau d'instruction et le statut économique du ménage. Selon le niveau d'instruction, la connaissance d'un lieu de dépistage varie de 27% chez les femmes sans instruction à 87% chez celles de niveau secondaire ou plus. Parallèlement on observe une augmentation significative du taux de dépistage de 8% à 47% dans les groupes susmentionnés.

Tableau HA.6: Connaissances des facilités pour effectuer le test du VIH : Pourcentage de femmes de 15-49 ans connaissant un endroit pour effectuer le test du VIH, Pourcentage de femmes ayant effectué le test et, pour celles-ci, Pourcentage de celles ayant obtenu les résultats, RCA, 2006

Caractéristiques	Connaissant un endroit où se rendre pour effectuer le test *	Ayant effectué le test **	Nombre de femmes	Pourcentage testé ayant obtenu les résultats	Nombre de femmes ayant effectué le test du VIH
Milieu					
Urbain	71,9	35,0	5019	85,8	1757
Rural	29,8	9,4	6573	70,3	615
Préfecture					
Ombella-M'poko	56,6	26,8	1009	72,3	271
Lobaye	46,0	16,3	668	83,6	109
Mambéré-Kadéi	44,2	19,2	1232	74,6	237
Nana-Mambéré	32,8	13,3	729	80,2	97
Sangha-Mbaéré	48,2	14,6	489	73,2	71
Ouham-Pendé	35,5	13,3	1276	74,8	169
Ouham	25,2	8,0	863	78,2	69
Kémo	31,0	10,2	292	78,0	30
Nana-Grébizi	35,0	8,4	260	68,2	22
Ouaka	39,2	15,7	789	84,0	124
Haute-Kotto	59,1	17,3	215	75,1	37
Bamingui-Bangoran	33,1	9,1	115	76,1	11
Basse-Kotto	23,7	5,0	720	78,5	36
Mbomou	37,3	9,2	454	70,7	42
Haut-Mbomou	43,1	19,8	157	74,0	31
Bangui	83,2	43,8	2325	89,1	1018
Région administrative					
Région 1	52,4	22,6	1677	75,5	379
Région 2	41,6	16,5	2450	75,7	405
Région 3	31,4	11,2	2139	75,8	239
Région 4	36,6	13,1	1340	81,0	176
Région 5	50,0	14,4	330	75,3	48
Région 6	30,6	8,1	1331	74,2	108
Région 7	83,2	43,8	2325	89,1	1018
Âge					
15-19	41,6	14,0	2572	80,4	361
20-24	54,8	26,2	2411	84,2	631
25-29	49,7	23,3	2154	83,2	503
30-34	51,1	24,7	1478	81,8	365
35-39	47,0	18,9	1191	76,6	225
40-44	46,0	18,1	1002	80,9	182
45-49	41,8	13,5	783	77,4	106
Niveau d'instruction de la femme					
Sans niveau	26,8	8,3	4720	75,6	393
Primaire	52,1	21,2	4750	78,2	1008
Secondaire & +	87,0	46,6	2069	87,8	963
Statut matrimonial					
Marié /En union	48,2	21,5	9160	81,0	1973
A été marié/En union	53,1	24,5	1363	85,9	334
N'a jamais été marié/En union	39,4	6,1	1070	83,0	65
Quintile de bien-etre économique					
Le plus pauvre	20,4	6,1	2279	74,0	138
Pauvre	33,1	11,1	2238	68,2	248
Moyen	41,0	14,2	2279	76,1	323
Riche	63,6	28,5	2337	82,6	666
Le plus riche	78,8	40,5	2459	87,5	996
Total	48,0	20,5	11592	81,8	2372

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 87** MICS Indicateur 88

b) Connaissances des facilités pour effectuer le test du VIH chez l'homme

Les hommes, bien que proportionnellement plus nombreux à connaître un lieu de dépistage sont dans l'ensemble moins nombreux à avoir effectué un test VIH que les femmes (17% contre 21%) et ils sont plus nombreux (89%) à connaître leur statut sérologique. L'écart entre le pourcentage des hommes connaissant un lieu de dépistage est plus faible entre milieu de résidence (77% dans les zones urbaines contre 45%) ; cependant l'écart se creuse davantage en ce qui concerne le pourcentage des hommes qui se sont effectivement dépistés (27% pour les zones urbaines contre 9% en ce qui concerne les zones rurales). Ce qui peut s'expliquer probablement par le faible accès aux centres de dépistage volontaire dans les zones rurales. Les variations sont d'autant plus importantes selon les régions, les préfectures mais aussi selon les caractéristiques sociodémographiques.

Tableau HA.6: Connaissances des facilités pour effectuer le test du VIH : Pourcentage d'hommes de 15-59 ans connaissant un endroit pour effectuer le test du VIH, Pourcentage d'hommes ayant effectué le test et, pour ceux-ci, Pourcentage de ceux ayant obtenu les résultats, RCA, 2006

Caractéristiques	Connaissant un endroit où se rendre pour effectuer le test *	Ayant effectué le test **	Nombre d'hommes	Pourcentage testé ayant obtenu les résultats	Nombre d'hommes ayant effectué le test du VIH
Milieu					
Urbain	76,8	27,3	2320	90,4	633
Rural	44,9	9,3	3130	87,2	290
Préfecture					
Ombella-M'poko	65,7	24,7	499	91,3	123
Lobaye	52,3	10,9	314	86,4	34
Mambéré-Kadéi	58,8	13,9	562	95,8	78
Nana-Mambéré	52,4	17,4	335	90,2	58
Sangha-Mbaéré	59,2	12,0	224	76,8	27
Ouham-Pendé	38,9	11,7	546	83,7	64
Ouham	46,2	7,0	378	83,8	27
Kémo	48,0	9,7	135	73,3	13
Nana-Grébizi	48,7	6,3	124	56,3	8
Ouaka	53,5	15,0	357	94,2	54
Haute-Kotto	66,2	18,3	112	95,6	20
Bamingui-Bangoran	52,3	12,2	54	86,5	7
Basse-Kotto	44,9	3,2	410	76,3	13
Mbomou	42,9	10,3	199	84,7	21
Haut-Mbomou	50,5	17,7	70	74,0	12
Bangui	83,7	32,2	1132	91,5	364
Région administrative					
Région 1	60,6	19,3	813	90,2	157
Région 2	57,0	14,6	1121	90,7	163
Région 3	41,9	9,8	924	83,8	90
Région 4	51,3	12,1	616	86,5	75
Région 5	61,7	16,3	166	93,4	27
Région 6	44,9	6,8	679	79,4	46
Région 7	83,7	32,2	1132	91,5	364
Âge					
15-19	41,2	5,0	860	85,3	43
20-24	61,7	15,1	975	86,1	148
25-29	62,4	21,7	856	87,4	186
30-34	64,9	19,9	727	95,5	144
35-39	66,3	22,0	584	84,9	129
40-44	60,9	22,6	479	90,4	108
45-49	53,6	16,7	431	95,0	72
50-54	57,9	20,4	319	91,9	65
55-59	60,2	12,9	218	92,1	28
Niveau d'instruction de l'homme					
Sans niveau	33,9	7,9	847	82,6	67
Primaire	50,8	9,8	2682	84,7	262
Secondaire	78,2	27,9	1734	92,0	484
Superieur	97,9	58,8	187	93,7	110
Statut matrimonial					
Marié /En union	62,2	19,8	3845	89,8	760
A été émarié/En union	60,6	14,8	521	90,4	77
N'a jamais été marié/En union	44,3	7,8	1074	85,0	83
Quintile de bien-etre économique					
Le plus pauvre	35,5	5,6	1037	86,8	59
Pauvre	46,6	7,9	1097	87,3	87
Moyen	55,5	12,1	1063	86,4	128
Riche	69,1	24,2	1046	87,6	253
Le plus riche	82,6	32,8	1206	92,4	396
Total	58,5	16,9	5450	89,4	923

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 87** MICS Indicateur 88

Les régions 3 et 6 semblent plus défavorisées que les autres. Non seulement les hommes qui y résident connaissent très peu les lieux de dépistages mais ils sont relativement moins nombreux à fréquenter ces centres de dépistages volontaires. Il apparaît ainsi que 42% des hommes dans la région 3 connaissent un lieu de dépistage tandis que 10% de ceux-ci ont fait le test de dépistage. De même, 45% des hommes dans la région 6 savent où se faire dépister mais seulement 7% ont pu le faire. Le même constat se dégage au niveau des préfectures. A ce titre les préfectures de l'Ouham, Kémo, Nana-Grébizi et Bamingui-Bangoran dans lesquelles moins de la moitié des hommes connaissent un lieu de dépistage volontaire se caractérisent exceptionnellement par de faibles pourcentages d'hommes dépistés. Le taux de dépistage pour ces préfectures est de 3% dans le Bamingui-Bangoran, 6% dans la Nana-Grébizi, 7% dans l'Ouham et 10% dans la

Kémo. Les préfectures qui ont des taux de dépistage des hommes élevés sont la capitale Bangui (32%) et l'Ombella-M'poko (25%).

On observe également des variations importantes selon le niveau d'instruction, le statut matrimonial et le statut économique du ménage. Mais l'impact de l'éducation des hommes est remarquable sur la connaissance d'un lieu de dépistage autant dans l'adhésion au test. Le taux de dépistage varie ainsi de 10% chez les hommes n'ayant jamais été scolarisés à 28% et 59% respectivement chez ceux de niveau secondaire et supérieur. Par rapport au statut économique du ménage, les hommes qui vivent dans les ménages plus pauvres (6%) se sont moins fait dépistés que leurs homologues qui appartiennent aux ménages plus riches (33%). Selon le statut matrimonial, les résultats de l'enquête indiquent que le dépistage est surtout observé parmi les hommes en union (20%) ou chez les hommes en rupture d'union (15%) que parmi les célibataires.

13.3.2 Test du VIH et conseils reçus pendant les visites prénatales

Les visites prénatales offrent une opportunité unique au personnel de santé de sensibiliser les femmes enceintes sur plusieurs questions de santé et de leur proposer des examens et tests, en particulier sur le SIDA. En interrogeant les femmes qui ont donné naissance au cours des deux années ayant précédé l'enquête MICS par rapport aux conseils sur le VIH qu'elles auraient reçus et sur les tests VIH qu'ont leur a proposé et qu'elles ont accepté, on peut évaluer ainsi jusqu'à quel point l'opportunité des consultations prénatales (CPN) est saisie par la lutte contre le VIH.

Parmi les femmes qui avaient donné naissance au cours des deux années précédant l'enquête, 20% d'entre elles ont reçu des informations sur la prévention du SIDA durant les visites prénatales, ont accepté de se faire tester et ont reçu leur résultats (Tableau HA.7). Cette proportion quoiqu'encourageante reste cependant largement en deçà des 50% de femmes qui ont reçu des conseils sur le SIDA. Seule une minorité d'entre elles a donc accepté de se faire testé et a reçu ses résultats. Il y a donc là des efforts à mener par le programme de lutte contre le sida. La saisie de l'opportunité des consultations prénatales pour réaliser le test du VIH est cependant fortement associée au milieu de résidence. Parmi les 70% de femmes qui ont suivi des séances de conseils de la prévention du VIH, 39% ont effectué leur test et ont obtenu les résultats. Par contre, dans les zones rurales, 38% seulement des femmes ont été sensibilisées sur le VIH et 8% d'entre elles ont pu faire le test.

L'accès aux centres de dépistage et les séances de *counseling* lors des visites prénatales déterminent dans une certaine mesure la position des femmes en faveur du dépistage. Les résultats des régions et des préfectures semblent indiquer que les régions 1 et 7 sont de loin la où les séances d'informations sur le VIH sont les plus élevées (les deux tiers des femmes) et c'est dans ces régions que le taux de dépistage est le plus élevé (26 pour la région 1 et 50% dans la région 7).

Les variations préfectorales confirment quelque peu l'accès différentiel aux centres de dépistage. Les préfectures ayant un faible taux de dépistage sont celles de l'Ouham-Pendé (8%) de l'Ouham (8%) de la Kémo (10%), de la Nana-Grébizi (7%), de le Bamingui-Bangoran (6%), de la Basse-Kotto (3%) et du Mbomou (9%).

Le taux de dépistage ne varie pas en fonction de l'âge et du statut matrimonial des femmes. Il est cependant fortement associé au niveau d'instruction et au statut économique du ménage. Le pourcentage des femmes qui ont fait et obtenu le résultat du test varie de 8% chez les non instruites à 54% chez celles de niveau secondaire ou plus. Selon le statut de bien-être économique du ménage ce taux varie de 5% parmi les plus pauvres à 46% chez les femmes issues de ménages plus riches.

Tableau HA.7: Test du VIH et conseils reçus pendant les visites prénatales : Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant une naissance vivante au cours des deux dernières années précédant l'enquête et ayant effectué le test du VIH et reçu des conseils lors des visites prénatales, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes ayant :				Nombre de femmes ayant donné une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête
	Reçu des soins prénatals d'un centre professionnel de santé lors de la dernière grossesse	Reçu des informations sur la prévention du VIH durant les visites prénatales *	Effectué le test du VIH lors des visites prénatales	Reçu les résultats du test du VIH lors des visites prénatales **	
Milieu					
Urbain	90,9	70,2	44,3	38,8	1593
Rural	55,8	37,7	10,8	8,1	2533
Préfecture					
Ombella-M'poko	82,5	64,5	37,7	30,1	366
Lobaye	71,0	64,3	25,1	21,5	282
Mambéré-Kadéi	74,2	37,7	18,8	15,9	489
Nana-Mambéré	47,7	29,8	17,9	13,8	244
Sangha-Mbaéré	81,5	65,5	16,5	13,2	182
Ouham-Pendé	68,1	49,3	11,4	7,8	482
Ouham	47,5	30,3	8,9	7,7	319
Kémo	65,6	36,7	12,5	9,6	110
Nana-Grébizi	61,5	51,0	10,7	7,1	87
Ouaka	63,1	49,3	19,1	16,6	284
Haute-Kotto	61,7	53,0	24,9	20,5	70
Bamingui-Bangoran	52,5	30,5	8,6	6,3	41
Basse-Kotto	30,4	18,5	3,1	2,9	263
Mbomou	66,3	41,2	11,9	9,1	174
Haut-Mbomou	88,0	64,8	32,1	25,4	50
Bangui	94,0	76,0	55,5	49,6	682
Région administrative					
Région 1	77,5	64,4	32,2	26,3	648
Région 2	68,6	41,1	18,1	14,8	915
Région 3	59,9	41,7	10,4	7,7	802
Région 4	63,4	46,7	16,1	13,3	480
Région 5	58,3	44,7	18,9	15,3	112
Région 6	49,2	31,4	9,2	7,4	487
Région 7	94,0	76,0	55,5	49,6	682
Âge					
15-19	77,9	46,7	26,0	21,2	834
20-24	72,9	52,7	25,5	21,5	1213
25-29	67,0	50,2	22,6	19,0	937
30-34	63,8	48,7	25,3	22,0	579
35-49	58,4	52,0	17,0	14,1	562
Niveau d'instruction de la femme					
Sans niveau	51,3	32,1	10,2	7,8	1665
Primaire	77,7	57,0	24,1	19,3	1806
Secondaire & +	92,4	77,8	58,2	53,5	639
Statut matrimonial					
Marié /En union	69,0	50,2	23,7	19,8	3774
A été marié/En union	70,6	52,1	24,8	21,1	309
N'a jamais été marié/En union	91,3	40,5	23,5	22,1	43
Quintile de bien-etre économique					
Le plus pauvre	46,3	26,9	6,8	4,7	862
Pauvre	58,5	40,8	13,7	9,1	874
Moyen	71,3	50,1	17,5	14,6	890
Riche	83,7	65,9	35,9	30,8	785
Le plus riche	92,1	73,0	51,0	46,3	714
Total	69,3	50,3	23,8	19,9	4126

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 90** MICS Indicateur 91

13.2 Comportement sexuel lié à la transmission du VIH

La promotion d'un comportement sexuel plus sûr est essentielle pour réduire la prévalence du VIH. L'utilisation de préservatifs au cours des rapports sexuels, avec les partenaires occasionnels, est particulièrement importante pour réduire la propagation du VIH. Dans la plupart des pays, plus de la moitié des nouvelles infections au VIH concernent les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans, par conséquent un changement de comportement dans ce groupe d'âge sera particulièrement important pour réduire les nouvelles infections.

Trois aspects privilégiés par la prévention du VIH sont l'abstinence sexuelle, qui se traduit chez les jeunes par un report aussi tardif que possible du premier rapport sexuel, la fidélité à un partenaire sexuel et l'utilisation du préservatif. Une série de questions a été administrée aux jeunes de 15 à 24 ans pour évaluer leur risque d'infection au VIH. Les facteurs de risque

d'infection au VIH sont une sexualité précoce, le fait d'avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés, les rapports sexuels avec un partenaire occasionnel (qui n'est pas le mari ou l'homme avec lequel on cohabite) et la non-utilisation du préservatif.

13.2.1 Rapports sexuels avant 15 ans chez les jeunes

Dans cette section, l'évaluation du comportement sexuel des jeunes se fera à travers l'âge au premier rapport sexuel et la proportion des femmes ayant eu des rapports sexuels avec un homme de 10 ans plus âgés qu'elle.

a) Rapports sexuels avant 15 ans chez les jeunes femmes

L'entrée en vie sexuelle est précoce en RCA chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, plus particulièrement les femmes où trois adolescentes sur dix ont déjà eu des rapports sexuels. Seulement 3% de jeunes de 15 à 19 ans ont eu des rapports sexuels avec un homme de 10 ans plus âgés qu'elle. La vie sexuelle est plus précoce en milieu rural (36%) qu'en milieu urbain (22%). Cette proportion oscille entre 32% et 46% des femmes de 15 à 19 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans dans les préfectures de la Mambéré-Kadéï, la Basse Kotto, l'Ouham, la Ouaka, la Haute Kotto, l'Ouham Pendé et la Nana Gribizi. Par contre, le Mbomou et le Haut Mbomou se distinguent des autres avec une proportion relativement faible entre (12% et 17%) des femmes ayant eu leur rapport sexuel avant 15 ans. Parmi ces femmes entre (4% et 7%) ont eu des rapports sexuels avec des hommes de 10 ans plus âgés qu'elles au cours des 12 derniers mois dans les préfectures de l'Ombella-M'poko, de Mambéré-Kadéï et la capitale Bangui.

Les régions administratives 4,5 et 3 se distinguent des autres avec une proportion élevée qui oscille entre 32% et 41% des femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels avant 15 ans. Aussi on observe une situation presque identique par rapport à l'analyse selon les préfectures en ce qui concerne les rapports sexuels avec les hommes de 10 ans plus âgés que la femme où la proportion varie entre 3% et7% dans les régions administratives 2, 3 et 7.

Presque 4 femmes sur 10 n'ayant jamais fréquenté l'école ont eu des rapports sexuels avant 15 ans contre 29% de celles du niveau primaire et 13% de celles du secondaire ou plus. Le niveau d'éducation apparaît comme l'un des facteurs qui contribuent à retarder l'âge au premier rapport sexuel chez la jeune fille. On s'aperçoit que les filles ayant fréquenté jusqu'au secondaire ou plus sont plus enclines à avoir des rapports sexuels avec les hommes de 10 ans plus âgés que celles ayant fréquenté au primaire (7% contre 4%). L'analyse selon le statut matrimonial montre que les femmes ayant été mariées sont plus nombreuses (9%) à avoir des rapports sexuels avec des hommes de 10 ans plus âges qu'elles (6% pour celles n'ayant jamais été mariées).

Le statut matrimonial de la femme et le niveau de vie sont aussi des facteurs discriminants de l'entrée dans la vie sexuelle :presque 5 femmes sur 10 en union âgés de 15 à 19 ans ont eu des rapports sexuels avant 15 ans contre moins de une sur dix parmi celles n'ayant jamais été mariées. Presque 4 femmes sur 10 issues des ménages pauvres et plus pauvres sont nombreuses à entrer plus jeunes dans la vie sexuelle que celles issues des ménages riches et plus riches. Tandis que chez les hommes des ménages pauvres, 8% sont sexuellement actifs à 15 ans contre 15% parmi ceux qui vivent dans les ménages riches.

Tableau HA.8A: Comportement sexuel augmentant le risque d'infection au VIH Pourcentage de jeunes femmes de 15-19 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans, Pourcentage de jeunes femmes de 20-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant 18 ans, et Pourcentage de jeunes femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un homme âgé de 10 ans ou plus qu'elle, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes âgées de 15-19 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans*	Nombre de femmes âgées de 15-19 ans	Pourcentage de femmes âgées de 20-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant 18 ans	Nombre de femmes âgées de 20-24 ans	Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête avec un homme de 10 ans plus âgé qu'elle **	Nombre de femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête
Milieu						
Urbain	21,7	1287	71,3	1172	5,4	1772
Rural	36,3	1285	82,6	1239	1,6	2012
Préfecture						
Ombella-M'poko	20,2	222	65,6	238	3,7	335
Lobaye	26,7	141	83,2	131	3,1	209
Mambéré-Kadéi	31,8	270	80,1	253	4,5	443
Nana-Mambéré	24,3	146	76,3	108	1,7	198
Sangha-Mbaéré	26,8	102	87,7	97	1,0	148
Ouham-Pendé	44,7	305	84,8	231	1,7	410
Ouham	35,0	195	82,0	147	2,2	242
Kémo	22,8	63	82,5	66	1,4	103
Nana-Grébizi	45,6	57	80,1	51	1,9	81
Ouaka	35,6	168	80,5	147	,7	244
Haute-Kotto	38,0	44	78,1	49	2,2	77
Bamingui-Bangoran	22,4	24	74,5	27	2,4	38
Basse-Kotto	35,1	128	87,1	154	,9	238
Mbomou	16,6	93	75,9	79	2,1	129
Haut-Mbomou	12,3	31	73,0	43	1,8	57
Bangui	21,3	583	69,4	590	7,2	832
Région administrative						
Région 1	22,7	363	71,8	369	3,5	544
Région 2	28,7	518	80,8	458	3,1	789
Région 3	40,9	501	83,7	378	1,9	652
Région 4	34,7	288	80,9	264	1,1	428
Région 5	32,4	68	76,8	77	2,3	115
Région 6	25,4	252	81,7	275	1,4	424
Région 7	21,3	583	69,4	590	7,2	832
Âge						
15-19	29,0	2572	.	0	3,2	1648
20-24	.	0	77,1	2411	3,6	2136
Niveau d'instruction de la femme						
Sans niveau	38,2	849	81,4	778	1,6	1320
Primaire	28,9	1234	80,7	1041	3,5	1674
Secondaire & +	12,8	476	64,4	581	6,5	777
Statut matrimonial						
Marié /En union	41,8	1522	79,9	2055	2,7	3344
A été marriémarié/En union	47,9	169	77,2	243	9,3	303
N'a jamais été marié/En union	3,3	881	25,6	114	6,2	136
Quintile de bien-etrebien-être économique						
Le plus pauvre	39,0	422	78,9	432	1,8	676
Pauvre	37,2	488	85,0	420	1,0	753
Moyen	33,8	481	81,0	452	3,8	744
Riche	23,1	560	76,8	508	3,0	787
Le plus riche	17,5	622	67,6	599	6,9	823
Total	29,0	2572	77,1	2411	3,4	3784

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 84** MICS Indicateur 92

a) Rapports sexuels avant 15 ans chez les jeunes hommes

Comparativement à leurs congénères de sexe féminin, les jeunes hommes sont moins nombreux (12%) à avoir leur premier rapport sexuel à un âge précoce. Ceux qui ont eu le premier rapport sexuel précocement l'ont eu avec des partenaires de même âge ou moins âgée qu'eux. On n'observe aucune différence entre les jeunes hommes qui résident dans les zones urbaines ou rurales. Par contre, au niveau préfectoral la proportion des jeunes de 15 à 19 ans ayant des rapports sexuels avant 15 ans varie entre (12% à 22%) dans les préfectures de Bangui, de la Mambéré-Kadéï, de la Nana Mambéré, de la Haute Kotto, de l'Ouham Pendé, de la Basse Kotto et de la Sangha Mbaéré.

Au niveau des régions, cette proportion varie entre (12% à 16%) dans les régions administratives 7,3, 2 et 6 contre (7% à 8%) dans les régions administratives 1, 4 et 5.
S'agissant des autres caractéristiques comme le niveau d'instruction et le statut économique du ménage, les variations ne sont pas nettes. Il convient de souligner que les jeunes hommes qui ont eu des rapports sexuels précoces sont en majorité des mariés ou vivent en union avec leurs partenaires.

Contrairement à ce qu'on aurait attendu, les femmes issues des ménages plus riches sont plus nombreuses (35%) à avoir des comportements à risque que celles issues des ménages pauvres (17%).

Tableau HA.8B: Comportement sexuel augmentant le risque d'infection au VIH : Pourcentage de jeunes hommes de 15-19 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans, pourcentage de jeunes hommes de 20-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant 18 ans, et pourcentage de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un homme âgé de 10 ans ou plus qu'elle, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage d'hommes âgés de 15-19 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans*	Nombre d'hommes âgés de 15-19 ans	Pourcentage d'hommes âgés de 20-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant 18 ans	Nombre d'hommes âgés de 20-24 ans	Pourcentage d'hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête avec une femme de 10 ans plus âgée que lui **	Nombre d'hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête
Milieu						
Urbain	11,4	449	55,1	502	,0	578
Rural	12,1	411	60,8	473	,2	549
Préfecture						
Ombella-M'poko	8,3	75	50,6	105	,0	114
Lobaye	5,3	57	49,2	32	,0	39
Mambéré-Kadéi	12,3	58	73,7	108	,0	112
Nana-Mambéré	12,4	48	64,3	43	,0	56
Sangha-Mbaéré	21,6	42	79,7	36	,0	52
Ouham-Pendé	14,7	47	57,6	94	,0	87
Ouham	10,3	62	68,4	70	,0	78
Kémo	9,7	19	47,6	19	,0	26
Nana-Grébizi	4,6	24	42,7	19	,0	24
Ouaka	7,6	52	58,9	55	,0	65
Haute-Kotto	14,1	14	59,5	18	,5	21
Bamingui-Bangoran	2,0	12	30,6	7	,0	7
Basse-Kotto	20,6	71	60,4	57	,0	86
Mbomou	8,6	32	41,6	30	2,2	38
Haut-Mbomou	7,2	6	66,4	8	,0	12
Bangui	12,1	240	52,1	275	,0	310
Région administrative						
Région 1	7,0	133	50,3	137	,0	153
Région 2	15,0	148	72,7	186	,0	221
Région 3	12,2	109	62,2	164	,0	164
Région 4	7,3	95	53,3	92	,0	115
Région 5	8,4	26	50,9	25	,4	28
Région 6	16,4	110	55,1	95	,6	136
Région 7	12,1	240	52,1	275	,0	310
Âge						
15-19	11,7	860	.	0	,0	300
20-24	.	0	57,9	975	,1	826
Niveau d'instruction de l'homme						
Sans niveau	14,1	90	51,8	135	,0	143
Primaire	10,1	526	62,4	439	,0	532
Secondaire	14,4	245	54,3	378	,2	439
SuperieurSupérieur	.	0	64,3	23	,0	14
Statut matrimonial						
Marié /En union	26,1	135	64,7	576	,1	681
A été marié /En union	31,4	54	59,7	113	,0	137
N'a jamais été marié/En union	7,3	668	43,4	285	,0	304
Quintile de bien-etrebien-être économique						
Le plus pauvre	7,7	129	64,2	164	,5	185
Pauvre	7,5	136	56,9	183	,0	211
Moyen	13,7	148	59,9	178	,0	198
Riche	15,1	163	51,1	185	,0	210
Le plus riche	12,7	285	58,0	265	,0	323
Total	11,7	860	57,9	975	,1	1127

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 84** MICS Indicateur 92

13.2.2 Rapport sexuel à haut risque et utilisation du préservatif

Les rapports sexuels considérés comme à haut risque sont ceux eus avec un partenaire non marital et non cohabitant (**Note** : un rapport sexuel à **haut** risque est déclaré comme tel si la personne a consommé un rapport sexuel avec un partenaire régulier, un partenaire occasionnel et un partenaire de type commercial généralement appelé prostituée ou travailleuse de sexe). La « prévalence » des comportements sexuels à haut risque est très forte parmi les hommes et faible parmi les femmes.

a) Rapport sexuel à haut risque et utilisation du préservatif chez les femmes

Chez les femmes, les comportements sexuels à risques sont plus prononcés en milieu urbain (32%) qu'en milieu rural (17%). Cela s'expliquerait par le fait que les femmes urbaines n'optent plus pour des comportements traditionnels qui les protegeaient peut-être mieux des risques. En revanche, elles sont plus nombreuses à utiliser des préservatifs lors des rapports occasionnels à haut risque par rapport à l'exercice de l'activité sexuelle occasionnelle. Par exemple, les femmes qui ont déclaré utiliser le condom lors des rapports sexuels occasionnels sont plus nombreuses que celles qui avaient un comportement à risque quels que soient les variables d'analyse.

L'analyse selon les préfectures montre que les femmes ayant un comportement à risque oscillent entre 25% et 37% dans les préfectures de la Kémo, de l'Ouham, du Haut Mbomou, de la Nana Mambéré et de Bangui. Entre 43% et 65% utilisent le préservatif dans les préfectures du Bamingui Bangoran, de la Haute Kotto, de l'Ombella-M'poko, de Bangui, de la Lobaye et de la Sangha Mbaéré.

Les comportements à risque chez les femmes varient en fonction de l'âge, du niveau d'instruction, du statut matrimonial et du niveau de vie ; 28% de femmes de 15 à 19 ans ont eu des rapports sexuels à risque contre 21% chez les 20 à 24 ans. Chez les hommes, huit hommes sur dix âgés de 15 à 19 ans ont eu des rapports sexuels à risque contre huit sur dix chez les hommes âgés de 20 à 24 ans. Sur ces hommes de 15 à 19 ans, seulement cinq parmi eux avaient protégé leurs rapports sexuels contre environ un sur dix chez les 20 à 24 ans. C'est-à-dire que le risque lié à la séropositivité est plus élevé chez les moins jeunes que leurs aînés.

On s'aperçoit que le risque augmente en fonction du niveau d'instruction : 15% des femmes n'ayant jamais été à l'école ont déclaré avoir eu des rapports sexuels occasionnels contre 25% du niveau primaire et 38% du niveau secondaire ou plus.

Le même constat s'observe chez les hommes où presque neuf hommes sur dix issus des ménages les plus riches ont eu des rapports sexuels occasionnels contre cinq hommes sur dix dans les ménages les plus pauvres. Sur ces hommes, seulement 7 sur 10 issus des ménages les plus riches avaient utilisé le préservatif contre 4 hommes sur 10 dans les ménages les plus pauvres. Malgré les actions de sensibilisation, certains continuent à encourir des risques liés à la transmission du VIH.

Tableau HA.9A: Utilisation du 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 condom lors des derniers rapports sexuels à haut risque, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage de femmes de 15-24 ans ayant :			Nombre de femmes âgées de 15-24 ans	Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire sans être marié à lui, non-cohabitant *	Nombre de femmes âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Pourcentage de femmes ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels avec un partenaire non marié à celui ci ou non cohabitant **	Nombre de femmes âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire non marié à celui ci ou non cohabitant
	Déjà eu des rapports sexuels	Eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois					
Milieu								
Urbain	79,0	72,0	8,5	2459	32,3	1772	48,8	572
Rural	86,4	79,7	3,9	2524	16,6	2012	26,6	333
Préfecture								
Ombella-M'poko	81,4	73,0	3,7	460	21,0	335	50,2	70
Lobaye	85,1	76,6	4,5	272	20,7	209	52,1	43
Mambéré-Kadéi	91,1	84,7	7,1	523	28,0	443	32,5	124
Nana-Mambéré	80,6	77,9	4,0	255	15,3	198	23,8	30
Sangha-Mbaéré	79,9	74,2	6,5	199	16,8	148	65,9	25
Ouham-Pendé	83,2	76,4	5,3	536	20,8	410	26,6	85
Ouham	80,1	70,6	2,3	343	25,4	242	18,2	61
Kémo	86,2	79,1	5,6	130	25,1	103	35,7	26
Nana-Grébizi	83,0	74,9	5,3	108	23,4	81	37,4	19
Ouaka	86,1	77,6	5,0	314	15,0	244	39,9	37
Haute-Kotto	88,7	83,0	3,6	93	14,6	77	46,2	11
Bamingui-Bangoran	76,3	73,6	3,4	52	17,7	38	42,6	7
Basse-Kotto	87,9	84,3	5,0	282	10,3	238	14,3	24
Mbomou	79,1	75,3	6,2	172	16,8	129	26,1	22
Haut-Mbomou	81,6	77,3	11,0	74	25,9	57	32,3	15
Bangui	78,4	71,0	10,0	1173	36,8	832	52,0	306
Âge								
15-19	69,7	64,1	5,1	2572	28,4	1648	39,6	468
20-24	96,6	88,6	7,4	2411	20,5	2136	41,6	438
Niveau d'instruction de la femme								
Sans niveau	87,0	81,1	4,0	1627	14,7	1320	24,7	194
Primaire	81,2	73,6	6,2	2274	24,8	1674	37,6	415
Secondaire & +	79,6	73,6	9,6	1056	37,8	777	54,8	294
Statut matrimonial								
Marié /En union	99,0	93,5	6,4	3577	16,3	3344	39,8	546
A été marié/En union	98,0	73,6	13,5	412	75,8	303	39,2	230
N'a jamais été marié/En union	17,9	13,6	2,3	995	95,7	136	46,6	130
Quintile de bien-etre économique								
Le plus pauvre	87,3	79,2	3,6	854	16,7	676	17,6	113
Pauvre	88,7	83,0	4,5	908	16,0	753	26,3	120
Moyen	85,3	79,7	5,1	933	21,9	744	34,6	163
Riche	81,5	73,8	8,4	1067	28,1	787	48,7	221
Le plus riche	74,2	67,4	8,2	1222	35,0	823	52,7	288
Total	82,7	75,9	6,2	4984	23,9	3784	40,6	906

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 85** MICS Indicateur 83; OMD Indicateur 19a

b) Rapport sexuel à haut risque et utilisation du préservatif chez les femmes

En effet, presque 7 hommes sur 10 soit 69% sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois ont eu leur dernier rapport sexuel avec un partenaire non marital et non cohabitant contre 24% de femmes. Cet écart traduit une grande prise de risque des hommes mais pourrait cependant avoir été artificiellement gonflé par la tendance des femmes à sous-déclarer leurs comportements sexuels à risque et les hommes à exagérer sur leur activité sexuelle. La prise de risque en matière de comportements sexuels ne s'accompagne pas systématiquement de l'utilisation du condom puisqu'à peine 60% d'hommes et 41% de femmes dont le dernier rapport est à risque y ont eu recours.

Chez les hommes, sur 69% ayant un comportement à risque, environ 6 hommes sur 10 utilisent le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels. Ce comportement est plus répandu en milieu urbain (81%) qu'en milieu rural (56%). Sur ces hommes seulement 72% du milieu urbain et 42% du milieu rural utilisent le préservatif.

Entre 7 à 9 hommes sur 10 résidant dans les préfectures du Bamingui, de la Nana Gribizi, du Mbomou, de la Lobaye, de l'Ombella-M'poko, de la Mambéré-Kadéï, de la Sangha Mbaéré, du Haut Mbomou et Bangui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant. Sur ces hommes, 2 sur 10 ont un comportement sexuel à risque puisqu'ils ne se sont pas protégés pendant leurs rapports sexuels.

Il en est de même chez les hommes où cinq hommes sur dix n'ayant jamais fréquenté l'école ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels contre six hommes du niveau primaire et huit du niveau secondaire. Sur ces hommes, quatre hommes sur dix n'ayant jamais fréquenté déclarent avoir utilisé le préservatif contre cinq du niveau primaire, et sept du niveau secondaire. On s'aperçoit d'après ces données que le risque est moins élevé pour ceux qui ont un niveau d'éducation secondaire ou plus. Neuf femmes sur 10 (n'ayant jamais été mariées ont eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel contre (76%) des femmes en rupture d'union et (16%) des femmes en union.

Chez les hommes, on remarque que la même tendance se dégage puis que tous ceux n'ayant jamais été mariés ont eu un comportement à risque contre neuf hommes sur dix en rupture d'union et presque 6 hommes en union. Parmi ces hommes, seuls les mariés ont systématiquement utilisé les préservatifs tandis que les deux autres catégories ont des comportements liés à la transmission du VIH avec 6 hommes sur 10 qui avaient eu recours au condom.

Tableau HA.9B: Utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque Pourcentage de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels à haut risque au cours de l'année écoulée et ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à haut risque, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage d'hommes de 15-24 ans ayant :			Nombre d'hommes âgées de 15-24 ans	Pourcentage d'hommes ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire sans etre marié à lui, non-cohabitant *	Nombre d'hommes âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Pourcentage d'hommes ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels avec un partenaire non marié à celui ci ou non cohabitant **	Nombre d'hommes âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire non marié à celui ci ou non cohabitant
	Déjà eu des rapports sexuels	Eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois					
Milieu								
Urbain	66,4	60,7	25,7	951	81,1	578	71,8	468
Rural	66,7	62,1	15,5	885	56,3	549	42,0	309
Préfecture								
Ombella-M'poko	72,8	62,8	23,5	181	73,2	114	72,4	83
Lobaye	44,8	43,9	21,2	89	71,3	39	71,3	28
Mambéré-Kadéi	76,8	67,6	25,0	166	75,0	112	59,0	84
Nana-Mambéré	64,5	62,3	17,6	91	57,2	56	51,0	32
Sangha-Mbaéré	72,4	67,0	30,2	78	76,8	52	65,5	40
Ouham-Pendé	65,5	61,3	9,6	141	42,3	87	29,6	37
Ouham	62,7	58,9	10,0	132	54,3	78	36,7	42
Kémo	71,7	68,3	16,1	38	59,9	26	58,6	15
Nana-Grébizi	56,7	55,8	14,2	43	65,0	24	41,7	16
Ouaka	65,8	61,3	10,9	106	52,0	65	45,8	34
Haute-Kotto	72,1	67,9	23,9	32	61,7	21	49,0	13
Bamingui-Bangoran	42,9	34,5	9,7	20	64,5	7	55,1	4
Basse-Kotto	68,3	66,7	15,3	129	48,7	86	25,3	42
Mbomou	66,0	62,4	24,0	62	71,8	38	59,5	28
Haut-Mbomou	80,7	79,9	19,2	14	86,1	12	45,8	10
Bangui	66,0	60,2	27,5	515	86,8	310	72,7	269
Âge								
15-19	38,8	34,9	11,5	860	83,3	300	55,6	250
20-24	91,1	84,7	29,0	975	63,8	826	62,0	527
Niveau d'instruction de l'homme								
Sans niveau	67,8	63,4	12,2	225	49,4	143	38,6	70
Primaire	59,7	55,1	17,8	965	64,3	532	48,3	342
Secondaire	76,4	70,4	27,9	623	80,4	439	74,4	352
Superieur	76,7	59,3	35,8	23	90,5	14	91,1	12
Statut matrimonial								
Marié /En union	98,7	95,8	29,1	711	50,8	681	55,0	346
A été marié/En union	96,6	82,4	34,3	167	91,7	137	61,6	126
N'a jamais été marié/En union	37,3	31,9	12,2	953	99,1	304	65,2	301
Quintile de bien-etre économique								
Le plus pauvre	67,2	63,2	12,5	292	50,7	185	41,5	94
Pauvre	69,9	66,2	18,3	319	53,2	211	42,3	112
Moyen	66,3	60,8	18,1	326	64,3	198	55,5	127
Riche	65,9	60,3	26,0	348	75,8	210	71,7	159
Le plus riche	64,9	58,7	24,9	550	88,2	323	68,4	285
Total	66,6	61,4	20,8	1836	69,0	1127	59,9	777

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 85** MICS Indicateur 83; OMD Indicateur 19a

13.3 Orphelins et enfants vulnérables

Dans son préambule, la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE) reconnaît le manque de maturité physique et intellectuelle de l'enfant par rapport à l'adulte. Les enfants qui sont obligés d'assumer les responsabilités d'adultes seront privés d'enfance et courent un risque important d'exclusion et d'invisibilité.

En effet, de plus en plus d'enfants sont obligés, après la mort de l'un ou de leurs deux parents, d'assurer non seulement la responsabilité de leur propre existence, mais aussi de celle de leurs frères et sœurs plus jeunes, ce qui a souvent des conséquences tragiques sur leurs droits et leur développement. Ceux qui vivent dans des ménages vulnérables peuvent être exposés à un risque accru de négligence ou d'exploitation si les parents ne sont pas là pour les assister. La pandémie

du VIH/SIDA est l'un des facteurs qui alourdissent ces statistiques alarmantes ; sans elle, le nombre d'orphelins et enfants vulnérables dans le monde devrait diminuer[1].

La surveillance des variations des différents résultats pour les orphelins et les enfants vulnérables et la comparaison de leur situation à celle de leurs pairs donnent une mesure de la manière dont les communautés et les gouvernements comblent leurs besoins.

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

Cette définition classe les enfants comme orphelins et vulnérables si un de leurs parents est mort, si l'un de leurs parents est atteint d'une maladie chronique ou si un adulte (âgé de 18 à 59 ans) du ménage est soit mort (suite à une maladie chronique) ou était atteint d'une maladie chronique au cours de l'année précédant l'enquête.

Lors de l'enquête, des questions ont été posées pour savoir si les enfants âgés de 0 à 14 ans vivent ou non avec leurs parents biologiques. Les informations recueillies ont permis de disposer des données sur la proportion des enfants confiés ou ne vivant pas avec leurs parents biologiques et des enfants orphelins.

13.3.1 Enfants ne vivants pas avec leurs parents biologiques

Les résultats du tableau HA.10 indiquent que près de deux enfants sur dix ne vivent pas avec leurs parents biologiques, dont un enfant sur dix a ses deux parents encore en vie et moins d'un enfant sur dix ont l'un ou deux de leurs parents décédés. Dans le premier cas, il pourrait s'agir des enfants vivant à l'intérieur du pays qui sont souvent confiés par leurs parents à la demande des oncles ou des tantes du côté paternel ou maternel. Dans le second cas, il s'agirait des enfants contraints par le décès de l'un ou des deux parents à vivre chez d'autres membres de la famille de leur père ou de leur mère. Ces deux catégories d'enfants ne sont pas souvent traités sur le même pied d'égalité que les enfants biologiques de leurs tuteurs. Le phénomène des enfants qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques est plus développé en milieu urbain qu'en milieu rural (20% contre 14%).

Au niveau préfectoral, les enfants qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques sont plus nombreux dans le Haut-Mbomou (22%) que ceux de l'Ouham-Pendé (12%). Outre le Haut-Mbomou, la capitale Bangui (21%), la Mambéré-Kadéï (20%), l'Ombella-M'poko (18%), la Ouaka (18%), le Bamingui-Bangoran (18%), la Nana-Gribizi (18%), la Haute-Kotto (17%) et le Mbomou (17%) hébergent une proportion élevée des enfants qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques comparativement à la moyenne nationale de 16%. Dans tous les cas, la plupart de ces enfants ont encore leurs deux parents en vie.

Dans les régions administratives, en dehors de la région 3 (12%) et de la région 6 (15%), les enfants qui ne sont pas avec leurs parents biologiques sont plus nombreux dans le reste des régions avec un pourcentage très élevé à Bangui (21%) par rapport à la moyenne nationale. Les garçons subissent moins souvent ce phénomène (14%) que les filles (19%) qui pourraient, une fois confiées aux familles d'accueil, être utilisées dans les tâches domestiques au détriment de leur scolarisation. Par ailleurs, bien que le pourcentage des enfants de 5 à 9 ans qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques avoisine la moyenne nationale de 16%, les enfants des tranches d'âges de 10 à 14 ans et de 15 à 17 ans avec respectivement 25% et 39% sont plus touchés.

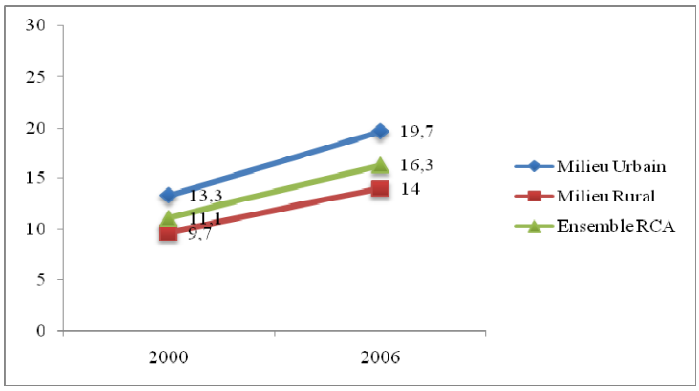
[1] La situation des enfants dans le monde en 2006. Exclus et invisibles. UNICEF, New York, 2005.

Les effectifs des enfants qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques sont légèrement plus importants dans les familles dont les chefs de ménages sont d'ethnies Zandé/Zankara (21%), Banda (18%), Sara (18%), Yakoma/Sango (17%), Mboum (17%) et Mandjia (17%) comparativement à la moyenne nationale de 16%. Cette différence peut s'expliquer par la coutume selon laquelle les enfants nés des parents biologiques sont considérés comme les propres fils ou filles des tantes et des oncles paternels ou maternels et vivent avec eux.

Les ménages dont les chefs sont plus riches (22%) et riches (17%) hébergent le plus souvent des enfants qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques que les ménages dont les chefs sont des statuts économiques moyens (15%), pauvres (15%) et plus pauvres (14%).

13.3.2 Tendances des enfants ne vivant pas avec leurs parents biologiques

Figure HA.10 : Evolution du pourcentage des enfants de moins de 17 ans ne vivant pas avec leurs parents biologiques en RCA et selon le milieu de résidence



L'ampleur des enfants de moins de 17 ans qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques est en augmentation entre 2000 et 2006 d'après MICS2 et MICS3. Le phénomène, bien qu'il soit développé en milieu urbain, tend à s'amplifier avec un écart de 5 en 2006 contre 7 en 2000 entre les milieux urbain et rural.

Tableau HA.10: Enfants, résidence avec les parents et orphelinage : Distribution en pourcentage d'enfants âgés de 0-17 ans par résidence avec les parents, pourcentage d'enfants âgés de 0-17 ans dans le ménage ne vivant pas avec un parent biologique et pourcentage d'enfants orphelins, RCA, 2006

Caractéristiques	Vit avec les deux parents	Vit avec aucun des parents				Vit avec la mère seulement		Vit avec le père seulement		Impossible à déterminer	Total	Ne vit pas avec les parents biologiques *	Un ou les deux parents décédés **	Nombre d'enfants
		Seul le père est en vie	Seule la mère est en vie	Les deux sont en vie	Les deux sont décédés	Père en vie	Père décédé	Mère en vie	Mère décédée					
Sexe														
Masculin	60,5	1,3	2,3	8,7	1,9	13,4	4,3	5,3	1,6	,7	100,0	14,2	11,5	14181
Féminin	56,9	1,8	2,3	11,7	2,6	14,2	4,3	3,9	1,2	1,0	100,0	18,5	12,4	14007
Milieu														
Urbain	50,5	2,3	3,1	10,8	3,6	16,2	5,1	5,5	1,9	1,0	100,0	19,7	16,1	11446
Rural	64,3	1,1	1,8	9,8	1,3	12,2	3,8	3,9	1,1	,7	100,0	14,0	9,2	16742
Préfecture														
Ombella-M'poko	53,4	2,6	1,8	11,5	2,2	17,1	4,9	4,3	1,4	,6	100,0	18,2	13,2	2398
Lobaye	60,2	1,4	1,5	9,4	1,1	16,3	3,9	4,9	1,2	,1	100,0	13,4	9,2	1758
Mambéré-Kadéi	55,5	1,9	2,7	12,8	2,0	15,1	3,2	4,8	1,5	,4	100,0	19,5	11,4	3309
Nana-Mambéré	71,7	,6	1,6	9,9	1,3	6,6	3,3	3,4	1,3	,4	100,0	13,3	8,1	1922
Sangha-Mbaéré	59,6	,6	2,1	9,5	,7	16,8	4,0	5,6	,5	,7	100,0	12,9	8,1	1287
Ouham-Pendé	66,7	,6	1,9	8,2	1,8	9,7	7,1	2,4	,3	1,4	100,0	12,5	11,8	3363
Ouham	67,3	1,2	2,3	6,6	2,3	12,2	4,0	1,8	2,0	,4	100,0	12,3	11,8	2106
Kémo	66,5	,8	1,9	8,2	2,4	9,4	3,9	3,9	2,1	,9	100,0	13,2	11,1	693
Nana-Grébizi	56,5	2,1	3,5	9,1	2,8	12,2	6,1	4,4	2,3	1,1	100,0	17,5	17,1	660
Ouaka	55,9	1,6	2,7	12,1	2,0	14,3	1,8	7,5	1,4	,7	100,0	18,4	9,8	1950
Haute-Kotto	55,5	1,6	1,4	11,4	2,3	14,5	3,8	6,3	1,8	1,5	100,0	16,8	11,0	462
Bamingui-Bangoran	59,8	3,3	2,9	10,0	1,7	14,2	2,4	3,4	1,8	,5	100,0	17,9	12,1	279
Basse-Kotto	69,1	1,1	2,8	8,5	1,0	9,0	2,3	4,5	1,2	,4	100,0	13,4	8,5	1649
Mbomou	55,8	1,5	2,2	11,5	1,3	17,7	4,2	4,1	,9	,8	100,0	16,5	10,3	1213
Haut-Mbomou	51,1	1,6	3,2	15,3	1,1	18,6	2,2	4,5	1,2	1,2	100,0	21,2	9,3	288
Bangui	46,7	2,4	2,8	10,8	4,7	17,1	5,5	6,4	2,1	1,5	100,0	20,8	17,7	4850
Région administrative														
Région 1	56,3	2,1	1,7	10,6	1,7	16,7	4,5	4,6	1,3	,4	100,0	16,2	11,5	4156
Région 2	61,1	1,3	2,3	11,3	1,5	12,9	3,4	4,5	1,2	,5	100,0	16,4	9,8	6518
Région 3	66,9	,8	2,0	7,6	2,0	10,6	5,9	2,1	1,0	1,0	100,0	12,4	11,8	5469
Région 4	58,2	1,5	2,7	10,7	2,2	12,8	3,1	6,1	1,7	,8	100,0	17,1	11,6	3303
Région 5	57,1	2,2	2,0	10,9	2,1	14,4	3,2	5,2	1,8	1,1	100,0	17,2	11,4	741
Région 6	62,4	1,3	2,6	10,3	1,1	13,2	3,0	4,3	1,1	,7	100,0	15,3	9,3	3151
Région 7	46,7	2,4	2,8	10,8	4,7	17,1	5,5	6,4	2,1	1,5	100,0	20,8	17,7	4850
Age														
0-4 ans	69,6	,3	,4	4,1	,5	19,8	2,6	1,9	,4	,5	100,0	5,3	4,2	10115
5-9 ans	59,7	1,4	2,2	10,7	1,7	12,3	4,0	6,1	1,5	,4	100,0	16,0	10,9	8725
10-14 ans	50,2	2,8	4,0	14,0	3,7	9,6	6,6	6,6	2,1	,4	100,0	24,5	19,3	6637
15-17 ans	36,1	4,1	5,7	22,0	7,0	6,9	6,1	4,8	3,2	4,2	100,0	38,8	26,8	2711
Quintile de bien-être économique														
Le plus pauvre	58,3	1,1	1,9	9,7	1,4	15,5	6,0	3,4	1,8	,9	100,0	14,1	12,4	5384
Pauvre	63,8	1,2	1,9	10,2	1,5	12,1	4,1	3,5	1,0	,7	100,0	14,8	9,8	5696
Moyen	63,6	1,5	2,1	8,9	2,0	12,9	3,5	3,8	,9	,8	100,0	14,5	10,0	5735
Riche	56,6	1,6	3,1	9,4	2,4	15,3	4,3	5,2	1,7	,4	100,0	16,5	13,1	5755
Le plus riche	51,3	2,4	2,6	12,7	4,0	13,3	3,8	6,9	1,7	1,4	100,0	21,7	14,5	5618
Ethnie du chef de ménage														
Haoussa	61,7	,9	2,9	8,9	2,1	12,2	5,0	3,9	1,3	1,2	100,0	14,8	12,2	1444
Sara	64,2	1,5	2,2	11,9	2,0	10,9	3,0	2,9	,7	,8	100,0	17,6	9,7	1267
Mboum	66,3	1,3	2,7	10,9	1,8	7,8	4,6	2,9	,1	1,6	100,0	16,8	10,6	1858
Gbaya	60,3	1,4	1,9	10,2	1,7	14,0	4,5	3,9	1,5	,5	100,0	15,2	11,1	9037
Mandjia	55,3	2,2	2,5	9,1	3,0	15,4	5,1	4,7	2,2	,5	100,0	16,8	15,0	2656
Banda	57,6	1,7	2,9	10,8	2,5	12,4	3,4	5,9	1,6	1,0	100,0	17,9	12,4	6072
Ngbaka-Bantou	54,5	1,4	1,0	9,8	2,9	18,8	5,6	4,1	,9	1,0	100,0	15,1	11,8	2278
Yakoma-Sango	56,8	1,3	2,6	9,9	3,2	14,3	3,4	6,8	1,4	,4	100,0	17,0	11,8	2066
Zandé/Nzakara	48,6	2,4	3,8	12,4	2,2	19,7	3,9	4,9	,8	1,3	100,0	20,8	13,2	782
Autres ethnies locales	72,7	1,0	,8	5,6	,8	13,5	2,1	3,4	,0	,1	100,0	8,2	4,7	281
Ethnies non centrafricaines	47,0	5,0	1,8	8,3	,5	17,9	9,6	4,7	2,6	2,8	100,0	15,5	20,0	290
Manquant	45,0	3,6	3,9	2,5	2,0	21,4	6,6	4,6	4,7	5,7	100,0	12,0	23,2	157
Total	58,7	1,6	2,3	10,2	2,2	13,8	4,3	4,6	1,4	,8	100,0	16,3	12,0	28188

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 78** MICS Indicateur 75

13.3.3 Enfants orphelins et vulnérables

Les tableaux HA 10 et HA 11 présentent les données sur les enfants orphelins et vulnérables. Au niveau national, 12% d'enfants âgés de moins de 17 ans sont des orphelins d'un ou des deux parents et 11% des enfants de la même tranche d'âges sont des enfants vulnérables. Pour les enfants orphelins, 4% d'entre eux ont perdu leurs pères et vivent avec leur mères et 1% ont une mère décédée et habitent chez leurs pères.

Les facteurs de vulnérabilité des enfants orphelins et ceux rendus vulnérable sont surtout la maladie chronique ou le décès d'un membre adulte du ménage avec respectivement 7% et 4% au niveau national. Les enfants orphelins sont plus nomberux en milieu urbain que rural (16% contre 9%). Par contre, il n'existe aucune différence entre les enfants vulnérables du milieu urbain et ceux du milieu rural (11% dans chacun des deux milieux). Les facteurs de vulnérabilité demeurent les mêmes, notamment, la maladie chronique ou le décès d'un membre adulte du ménage, avec une prédominance en milieu urbain.

Au niveau préfectoral, la proportion des orphelins est plus élevée dans la Nana-Grébizi (17%) tandis qu'elle est plus basse dans la Nana-Mambéré et la Sangha-Mbaéré avec chacune 8%. La capitale Bangui avec 18% des orphelins dépasse toutes les localités du pays. Par ailleurs, en dehors de la Nana-Mambéré et la Sangha-Mbaéré précédemment mentionnée, de la Basse-Kotto (9%), de la Lobaye (9%), du Mbomou (9%) et de la Ouaka (10), la proportion des orphelins est au-dessus de 10% dans le reste des sept préfectures. En ce qui concerne les enfants vulnérables, ils sont quantitativement nombreux à Bangui (20%), dans le Mbomou (17%) et la Basse-Kotto (15%) contrairement au Haut-Mbomou (5%).

Dans les régions administratives, les orphelins sont assez nombreux dans la région 7 (18%) que dans la région 6 (9%) et la région 2 (10%). La proportion des orphelins dépasse les 10% dans le reste des régions. S'agissant des enfants vulnérables, ils sont proportionnellement plus importants à Bangui et dans la région 6 (15%) contrairement à la région 5 (8%).

Il n'existe pas de différence significative entre les garçons et les filles par rapport à l'ampleur de l'orphelinage et celle des enfants rendus vulnérables (tableau HA 11). Par contre, l'orphelinage est plus répandu dans les tranches d'âges de 10 à 14 ans et 15 à 17 ans avec respectivement 19% et 11%. Cette constatation est la même chez les enfants vulnérables avec des proportions respectives de 13% pour les enfants des tranches d'âges de 10 à 14 ans et de 27% pour celle de 15 à 17 ans.

Les enfants orphelins sont plus nombreux dans les ménages dont les chefs sont plus riches (15%), riches (13%) et plus pauvres (12%) comparativement aux enfants orphelins des ménages pauvres (8%) et de niveau économique moyen (10%). Pour les enfants vulnérables, ils sont également plus nombreux dans les ménages dont les chefs sont plus riches (16%) et riches (13%) par rapport à ceux des ménages pauvres (8%), plus pauvres (10%) et de niveau économique moyen (10%).

Les enfants orphelins sont nombreux dans les ménages dont les chefs de sont d'ethnies non centrafricaines (20%), Mandjia (15%), Zandé/Zankara (13%), Banda (12%) et Haoussa (12%) comparativement à la moyenne nationale de 12%. A l'exception des ethnies Sara (10%) et autres ethnies non centrafricaines, le pourcentage des enfants orphelins est au-dessus de 10% dans le reste des ménages dont les ethnies des chefs n'ont pas été citées ci-haut. S'agissant des enfants vulnérables, ils vivent le plus souvent dans les ménages dont les chefs d'ethnies Yakoma/Sango (19%), Zandé/Zankara (16%), Banda (13%), Mboum (12%) par rapport à la moyenne nationale de 11%. On note tout de même que la proportion des enfants vulnérables dépasse 10% dans les ménages dont les chefs sont Mandjia (11%) et Haoussa (12%).

Tableau HA.11: Prévalence de l'orphelinage et de la vulnérabilité chez les enfants : Pourcentage d'enfants âgés de 0-17 ans orphelins ou vulnérables, RCA, 2006

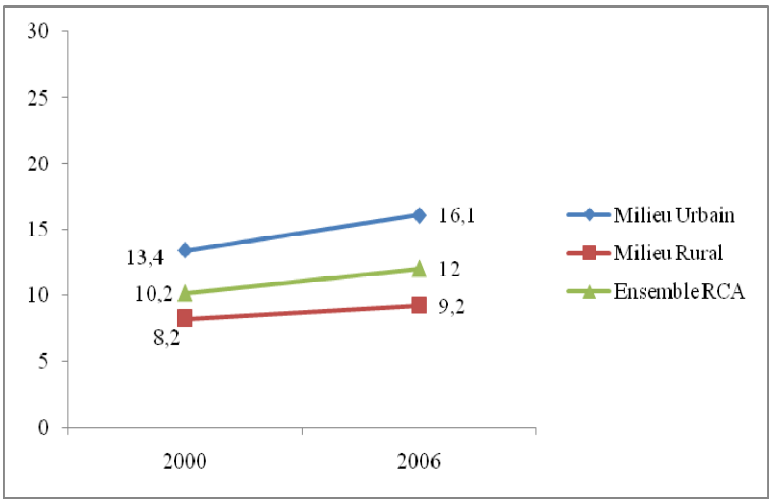
Caractéristiques	Malade chronique	Adulte membre du ménage décédé	Adulte membre du ménage malade chronique	Enfant vulnérable *	Un ou tous les deux parents décédés **	Enfants orphelins et vulnérables	Nombre d'enfants âgés de 0-17 ans
Sexe							
Masculin	,9	4,4	7,3	11,3	11,5	20,1	14181
Féminin	1,3	4,5	7,2	11,3	12,4	21,0	14007
Milieu							
Urbain	1,6	5,2	9,6	14,5	16,1	27,0	11446
Rural	,7	3,9	5,6	9,1	9,2	16,1	16742
Préfecture							
Ombella-M'poko	1,3	3,0	6,1	9,4	13,2	19,7	2398
Lobaye	,8	4,8	6,8	11,3	9,2	17,3	1758
Mambéré-Kadéi	,5	3,3	5,8	8,6	11,4	17,6	3309
Nana-Mambéré	,3	2,6	3,6	6,0	8,1	11,6	1922
Sangha-Mbaéré	,7	2,0	3,0	5,3	8,1	12,1	1287
Ouham-Pendé	,8	3,1	8,0	9,8	11,8	18,2	3363
Ouham	,2	4,3	3,5	7,7	11,8	16,8	2106
Kémo	,4	1,8	5,1	7,1	11,1	16,4	693
Nana-Grébizi	,5	6,3	4,9	10,8	17,1	24,8	660
Ouaka	,7	2,9	5,8	8,9	9,8	17,3	1950
Haute-Kotto	,9	2,0	7,9	9,2	11,0	18,6	462
Bamingui-Bangoran	,5	3,1	1,1	4,7	12,1	15,1	279
Basse-Kotto	1,5	11,2	4,1	15,3	8,5	21,6	1649
Mbomou	1,1	6,5	11,0	16,5	10,3	24,6	1213
Haut-Mbomou	1,6	1,7	2,3	5,4	9,3	12,7	288
Bangui	2,5	6,6	14,4	20,3	17,7	34,0	4850
Région administrative							
Région 1	1,0	3,8	6,4	10,2	11,5	18,7	4156
Région 2	,5	2,8	4,6	7,2	9,8	14,8	6518
Région 3	,6	3,6	6,3	9,0	11,8	17,6	5469
Région 4	,6	3,4	5,5	8,9	11,6	18,6	3303
Région 5	,8	2,4	5,3	7,5	11,4	17,3	741
Région 6	1,4	8,6	6,6	14,9	9,3	21,9	3151
Région 7	2,5	6,6	14,4	20,3	17,7	34,0	4850
Age							
0-4 ans	,3	3,6	6,4	9,3	4,2	12,2	10115
5-9 ans	1,3	4,5	7,5	11,7	10,9	20,0	8725
10-14 ans	1,4	5,0	8,0	12,9	19,3	27,8	6637
15-17 ans	2,1	5,9	7,5	13,5	26,8	35,4	2711
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	,6	4,1	5,6	9,6	12,4	18,7	5384
Pauvre	,8	3,8	4,2	8,4	9,8	16,2	5696
Moyen	,6	4,2	6,7	10,1	10,0	18,4	5735
Riche	1,7	4,5	8,7	12,9	13,1	22,6	5755
Le plus riche	1,4	5,6	10,8	15,5	14,5	26,8	5618
Ethnie du chef de ménage							
Haoussa	1,3	2,2	8,6	11,2	12,2	20,5	1444
Sara	1,0	2,7	4,8	7,7	9,7	15,7	1267
Mboum	1,2	3,9	10,4	12,4	10,6	19,3	1858
Gbaya	,9	3,4	5,7	8,7	11,1	17,0	9037
Mandjia	,7	4,4	6,8	11,3	15,0	22,9	2656
Banda	1,3	5,6	8,1	13,2	12,4	23,2	6072
Ngbaka-Bantou	,9	4,8	5,8	10,3	11,8	19,8	2278
Yakoma-Sango	1,3	8,5	10,9	18,5	11,8	27,4	2066
Zandé/Nzakara	1,4	7,0	8,3	15,9	13,2	24,8	782
Autres ethnies locales	,2	,0	11,7	11,9	4,7	15,6	281
Ethnies non centrafricaines	2,5	,7	6,3	9,4	20,0	28,0	290
Manquant	,2	5,6	1,8	7,6	23,2	28,3	157
Total	1,1	4,4	7,2	11,3	12,0	20,5	28188

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 76** MICS Indicateur 75

13.3.4 Tendances des enfants orphelins d'un ou de deux parents

La proportion des enfants qui ont perdu un ou deux parents est en augmentation entre 2000 et 2006 d'après MICS2 et MICS3. Bien la proportion des orphelins soit en augmentation dans les deux milieux, elle est plus marquée en milieu urbain avec un écart de 3 points contre 1 point en milieu rural.

Figure HA.11 : Evolution des orphelins de moins de 17 ans ayant perdu l'un ou les deux parents en 2000 et 2006



13 3.4 Scolarisation des orphelins

Une des mesures prises pour l'évaluation du statut des enfants orphelins et vulnérables par rapport à leurs pairs est l'observation de la fréquentation scolaire des enfants de 10 à 14 ans pour les enfants qui ont perdu leurs deux parents comparé aux enfants dont les parents sont vivants ou qui vivent avec au moins l'un de ces parents, ainsi que l'impact de l'orphelinage sur la scolarisation des enfants du ménage d'accueil. Si les enfants dont les parents sont décédés n'ont pas le même accès à l'école que leurs camarades, les ménages, la communauté et les écoles ne s'assurent donc pas que ces droits des enfants soient respectés.

Au niveau national, le pourcentage des enfants âgés de 10 à 14 ans ayant perdu leurs parents est relativement très faible (3%) tandis que 31% des enfants sont OEV. La comparaison des taux de fréquentation scolaire des orphelins par rapport aux non-orphelins révèle que les orphelins ont 12% de chance de moins à fréquenter l'école que les non-orphelins. Par contre, les OEV ne sont pas discriminés que les non-OEV.

L'analyse selon le sexe montre que les orphelins ont 11% moins de chance de fréquenter l'école que les garçons dont les parents sont encore en vie (l'enfant vivant avec au moins un des deux parents) alors que les orphelines semblent bénéficier d'un même traitement que les non-orphelines. S'agissant des OEV, on n'observe aucune différence significative en matière de fréquentation scolaire par rapport aux non-OEV et ce, quel que soit le sexe.

On note selon le milieu de résidence que les ménages ruraux semblent entretenir des comportements défavorables à la fréquentation scolaire des orphelins et quelque peu des OEV. En effet, les orphelins ruraux ont 21% moins de chance d'aller à l'école que les enfants dont les parents sont encore en vie issus du même milieu, alors les orphelins qui vivent dans les zones urbaines ont 8% moins de chance d'aller à l'école par rapport aux enfants du milieu urbain. Quant aux OEV, ceux issus du milieu rural présentent presque les mêmes risques que les orphelins de ce même milieu alors que dans le milieu urbain, les OEV ne présentent pas de différence significative avec les non-OEV.

Les inégalités de fréquentation scolaire sont renforcées selon la région, la préfecture, l'ethnie du chef de ménage et le statut économique du ménage. Les orphelins sont davantage marginalisés dans les préfectures de Sangha-Mbaéré et dans la Lobaye ainsi que dans les régions 2,3 et 5. Alors que les OEV le sont dans les préfectures de l'Ouham et de la Basse-Kotto. Du point de vu de l'appartenance ethnique du chef de ménage, les orphelins et les OEV dont le chef de ménage est d'ethnie Haoussa sont les plus marginalisés. On constate une fois de plus que le statut économique du ménage défavorise plus les orphelins et les OEV issus de ménages pauvres comparativement aux enfants non-orphelins ou non-OEV des ménages non pauvres.

Tableau HA.12: Fréquentation scolaire des enfants orphelins et vulnérables. Fréquentation scolaire des enfants âgés de 10-14 ans selon le statut dans l'orphelinage et la vulnérabilité, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage d'enfants dont le père et la mère sont décédés	Taux de fréquentation scolaire des enfants dont la mère et le père sont décédés	Pourcentage d'enfants dont les deux parents sont en vie, l'enfant vivant avec au moins un parent	Taux de fréquentation scolaire des enfants dont les deux parents sont en vie, l'enfant vivant avec au moins un parent	Taux de fréquentation scolaire des enfants 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 des enfants non-orphelins ou ni vulnérables	Fréquentation scolaire des enfants non-orphelins ou ni vulnérables	Taux de fréquentation des OEV par rapport aux non-EOV	Nombre total d'enfants âgés de 10-14 ans
Sexe											
Masculin	3,0	66,6	70,2	74,8	,89	26,5	69,0	73,5	73,3	,94	3395
Féminin	4,5	64,3	62,5	59,7	1,08	29,2	57,4	70,8	57,1	1,00	3241
Milieu											
Urbain	5,5	74,8	60,7	81,3	,92	35,1	75,6	64,9	78,8	,96	3025
Rural	2,3	45,8	71,2	58,3	,79	21,8	46,1	78,2	56,4	,82	3611
Préfecture											
Ombella-M'poko	4,0	86,6	63,4	76,6	1,13	26,7	75,1	73,3	72,2	1,04	579
Lobaye	2,2	33,2	70,4	62,9	,53	20,7	51,4	79,3	61,8	,83	412
Mambéré-Kadéi	4,4	44,6	61,1	60,3	,74	26,8	46,3	73,2	59,0	,78	798
Nana-Mambéré	1,8	49,7	73,7	53,9	,92	16,6	48,8	83,4	52,9	,92	495
Sangha-Mbaéré	1,1	31,4	70,4	71,5	,44	19,4	58,7	80,6	68,1	,86	262
Ouham-Pendé	3,6	45,0	72,0	59,3	,76	26,1	63,8	73,9	56,9	1,12	689
Ouham	2,0	49,9	71,7	65,7	,76	22,4	41,6	77,6	62,8	,66	480
Kémo	5,0	74,5	69,2	64,3	1,16	23,3	65,6	76,7	63,5	1,03	165
Nana-Grébizi	5,0	69,8	63,2	69,8	1,00	32,7	61,5	67,3	69,1	,89	146
Ouaka	4,1	51,3	68,9	66,5	,77	23,5	54,4	76,5	66,2	,82	394
Haute-Kotto	4,7	41,8	66,1	57,1	,73	25,4	50,3	74,6	50,3	1,00	94
Bamingui-Bangoran	2,1	52,3	63,0	70,0	,75	25,9	61,0	74,1	70,3	,87	64
Basse-Kotto	1,6	50,6	74,6	49,4	1,02	27,3	32,5	72,7	48,8	,67	377
Mbomou	1,5	48,3	67,7	59,9	,81	31,4	56,1	68,6	60,3	,93	268
Haut-Mbomou	1,6	54,8	61,0	78,3	,70	15,9	82,2	84,1	73,0	1,13	65
Bangui	6,3	86,6	58,7	91,5	,95	41,2	82,6	58,8	88,6	,93	1349
Région administrative											
Région 1	3,3	71,4	66,3	70,6	1,01	24,2	66,7	75,8	67,7	,99	991
Région 2	3,1	44,8	66,7	60,0	,75	22,3	48,7	77,7	58,5	,83	1555
Région 3	2,9	46,3	71,9	61,9	,75	24,6	55,5	75,4	59,4	,93	1168
Région 4	4,5	61,6	67,8	66,6	,92	25,3	58,7	74,7	66,1	,89	705
Région 5	3,7	44,3	64,8	62,1	,71	25,6	54,7	74,4	58,3	,94	158
Région 6	1,6	50,2	70,7	55,5	,90	27,8	45,2	72,2	55,5	,81	710
Région 7	6,3	86,6	58,7	91,5	,95	41,2	82,6	58,8	88,6	,93	1349
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	1,6	18,4	66,4	46,4	,40	25,5	36,1	74,5	46,6	,77	1064
Pauvre	2,5	40,7	67,0	53,5	,76	23,1	40,0	76,9	52,5	,76	1263
Moyen	2,9	39,4	71,6	63,8	,62	26,2	59,3	73,8	60,1	,99	1261
Riche	3,6	65,4	66,9	77,3	,85	30,6	73,8	69,4	75,7	,98	1493
Le plus riche	7,0	88,6	61,3	90,4	,98	31,9	83,7	68,1	86,7	,97	1556
Ethnie du chef de ménage											
Haoussa	3,5	21,6	67,4	48,7	,44	29,6	38,2	70,4	48,1	,79	335
Sara	3,8	77,9	71,0	72,2	1,08	21,2	64,5	78,8	72,5	,89	289
Mboum	1,9	62,0	69,8	67,4	,92	24,4	73,9	75,6	63,2	1,17	409
Gbaya	3,1	51,6	65,5	63,1	,82	24,8	53,9	75,2	61,9	,87	2149
Mandjia	4,0	88,1	63,3	73,2	1,20	29,7	68,0	70,3	69,6	,98	614
Banda	4,1	61,6	68,1	66,5	,93	30,4	60,3	69,6	65,2	,93	1427
Ngbaka-Bantou	4,7	66,2	66,0	80,3	,83	27,9	74,7	72,1	75,7	,99	546
Yakoma-Sango	6,6	89,7	69,9	80,7	1,11	31,8	84,3	68,2	75,5	1,12	513
Zandé/Nzakara	3,6	97,9	59,4	80,4	1,22	35,4	79,3	64,6	76,5	1,04	171
Autres ethnies locales	1,8	55,6	76,7	44,0	1,26	11,7	90,6	88,3	44,7	2,02	73
Ethnies non centrafricaines	1,9	,0	43,9	71,5	,00	40,7	76,2	59,3	69,5	1,10	68
Manquant	,0	.	41,2	89,4	.	59,4	46,9	40,6	89,2	,53	42
Total	3,2	61,1	63,5	69,8	,89	30,6	67,6	69,4	67,6	1,03	6637

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 77; OMD Indicateur 20

13.3.5 Support externe gratuit pour les soins des enfants orphelins et vulnérables

Dans de nombreux pays, peu de services sont disponibles pour les familles qui ont pris en charge des enfants orphelins ou vulnérables. Les organisations communautaires et les gouvernements doivent s'assurer que ces familles sont aidées à prendre ces enfants en charge conformément aux articles 20 et 22 de la CDE qui stipulent : « lorsque, pour une raison quelconque, la famille ne peut plus protéger ses enfants, les Etats parties sont dans l'obligation de leur accorder une aide et une protection spéciales ». La MICS3 a collecté des données pour apprécier le niveau et les types de soutien apportés aux ménages s'occupant d'enfants rendus orphelins et vulnérables par le SIDA.

Selon les résultats du tableau HA.13, seulement 7% des orphelins et enfants vulnérables (OEV) reçoivent un support externe gratuit pour leurs soins. Les différents types de support sont d'ordre psychologique et émotionnel (4%), médical (3%), matériel ou social (3%) et scolaire (2%).

Quel que soit le milieu de résidence, les OEV ont presque la même chance de bénéficier d'un support externe gratuit. Le premier type de support en milieu rural est médical, tandis qu'en milieu urbain, le type de support le plus souvent reçu est psychologique et émotionnel (4%).

Au niveau préfectoral, la proportion des OEV qui bénéficient d'un support externe gratuit, est plus élevée dans la Haute-Kotto (34%) avec comme principaux supports de types psychologiques ou émotionnels (23%) et médicaux (22%), tandis qu'elle est plus faible dans l'Ouham-Pendé (1%). On constate par ailleurs que le pourcentage des OEV qui reçoivent un support externe gratuit dépasse la moyenne nationale de 7% dans le Haut-Mbomou (21%), la Nana-Grébizi (11%), la Kémo (11%), l'Ombella-M'poko (9%), la Nana-Mambéré (8%), à Bangui (8%), dans la Mambéré-Kadéi (8%) et dans le Mbomou (8%). Ce niveau élevé d'aide aux OEV dans ces localités pourrait s'expliquer, pour certaines préfectures telles que le Haut-Mbomou, la Haute-Kotto et la Nana-Grébizi par les interventions du HCR, de l'UNICEF, du PAM et des ONG internationales en appui aux réfugiés soudanais et aux déplacés ou pour le reste des localités citées ci-haut par les interventions de certaines de ces agences (UNICEF, PAM) et de CARITAS.

Dans les régions administratives, les OEV sont moins nombreux à recevoir une aide externe gratuite dans la région 3 (4%) alors que ceux de la région sont proportionnellement importants à en bénéficier (24%). Les régions 5, 1 et 7 avec chacune 8 % se démarquent de la moyenne nationale de 7%. En réalité la région 3 qui fait partie des zones de conflits armés, devrait bénéficier de plus d'attention au même titre que la région 5 ; malheureusement elle l'est moins. Cette situation pourrait se justifier par l'état permanent d'insécurité due aux bandes armées mais surtout aux coupeurs de routes ne permettant aux organismes humanitaires d'apporter un appui conséquent aux populations démunies en général et aux OEV en particulier.

Tableau HA.13: Support pour enfants orphelins ou vulnérables. Pourcentage d'enfants âgés de 0-17 ans orphelins ou vulnérables dont le ménage a reçu du support externe gratuitement pour prendre soin de l'enfant, RCA, 2006

Caractéristiques	Pourcentage enfants orphelins/vulnérables où ménage a reçu :							Nombre d'enfants orphelins ou vulnérables âgés de 0-17 ans
	Support médical (au cours des 12 derniers mois)	Support psychologique ou émotionnel (au cours des 3 derniers mois)	Support matériel/social (au cours des 3 derniers mois)	Support pour la scolarité (au cours des 12 derniers mois)	Un support *	Tout type de support	Aucun support	
Sexe								
Masculin	3,4	3,8	3,3	2,1	8,1	,2	91,9	2849
Féminin	3,1	3,1	2,3	1,7	6,7	,3	93,3	2940
Milieu								
Urbain	3,3	4,2	3,4	2,2	8,5	,4	91,5	3086
Rural	3,2	2,6	2,1	1,5	6,2	,1	93,8	2703
Préfecture								
Ombella-M'poko	3,4	3,9	4,7	3,8	9,4	,9	90,6	473
Lobaye	2,3	,8	3,6	3,0	6,8	,0	93,2	305
Mambéré-Kadéi	,4	6,4	2,1	2,2	7,8	,0	92,2	583
Nana-Mambéré	5,9	3,4	5,6	2,0	8,2	2,6	91,8	224
Sangha-Mbaéré	1,3	,9	1,2	,5	3,4	,0	96,6	156
Ouham-Pendé	1,4	1,0	1,4	,4	1,4	,0	98,6	611
Ouham	3,6	2,0	2,2	2,2	7,7	,0	92,3	354
Kémo	4,7	4,4	3,4	2,8	11,0	,9	89,0	113
Nana-Grébizi	6,6	3,2	,8	3,9	11,2	,7	88,8	164
Ouaka	4,5	1,8	1,7	,4	5,2	,0	94,8	337
Haute-Kotto	22,1	23,0	4,4	,0	33,5	,7	66,5	86
Bamingui-Bangoran	2,1	2,5	,0	,6	2,7	,0	97,3	42
Basse-Kotto	3,0	2,9	,4	1,6	5,4	,0	94,6	356
Mbomou	2,7	4,1	5,1	2,1	7,7	,5	92,3	298
Haut-Mbomou	16,6	2,8	10,8	9,3	20,7	,5	79,3	37
Bangui	3,1	3,6	3,0	1,6	7,9	,2	92,1	1651
Région administrative								
Région 1	3,0	2,7	4,3	3,5	8,4	,6	91,6	777
Région 2	1,8	4,8	2,8	1,9	7,2	,6	92,8	963
Région 3	2,2	1,4	1,7	1,1	3,7	,0	96,3	965
Région 4	5,1	2,7	1,8	1,8	7,9	,4	92,1	614
Région 5	15,5	16,2	3,0	,2	23,3	,5	76,7	128
Région 6	3,6	3,4	3,0	2,2	7,2	,2	92,8	691
Région 7	3,1	3,6	3,0	1,6	7,9	,2	92,1	1651
Age								
0-4 ans	2,9	3,2	1,7	,0	6,1	,2	93,9	1238
5-9 ans	4,1	3,5	3,6	2,3	8,7	,3	91,3	1743
10-14 ans	3,0	4,0	3,0	2,4	7,6	,3	92,4	1846
15-17 ans	2,7	2,5	2,4	2,5	6,4	,4	93,6	961
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	3,4	2,2	2,8	1,7	6,5	,2	93,5	1008
Pauvre	3,7	2,0	1,4	1,5	5,6	,0	94,4	922
Moyen	2,4	3,6	2,5	2,8	7,4	,5	92,6	1055
Riche	2,9	3,0	3,1	,8	6,7	,2	93,3	1300
Le plus riche	3,9	5,4	3,5	2,5	9,9	,5	90,1	1503
Ethnie du chef de ménage								
Haoussa	4,3	,6	1,4	1,3	5,4	,1	94,6	296
Sara	5,5	4,1	3,5	1,7	8,0	1,7	92,0	199
Mboum	2,3	3,6	4,2	,8	6,1	,0	93,9	359
Gbaya	3,1	3,4	1,5	1,2	6,6	,4	93,4	1536
Mandjia	3,3	3,6	4,5	3,9	8,7	1,0	91,3	608
Banda	3,5	2,8	2,0	,8	6,9	,1	93,1	1412
Ngbaka-Bantou	2,3	4,5	4,6	3,1	8,5	,0	91,5	450
Yakoma-Sango	2,3	5,3	3,2	1,4	7,8	,0	92,2	566
Zandé/Nzakara	6,7	4,0	3,3	2,0	8,5	,4	91,5	194
Autres ethnies locales	,0	,0	,0	,0	,0	,0	100,0	44
Ethnies non centrafricaines	1,0	7,0	1,0	3,2	10,3	,0	89,7	81
Manquant	8,4	,0	23,8	35,4	35,4	,0	64,6	44
Total	3,3	3,5	2,8	1,9	7,4	,3	92,6	5789

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 81

Il n'existe pas de différence significative dans la donation de support externe gratuit aux OEV selon l'âge et le statut du bien-être économique des chefs des ménages. Par contre, les OEV de sexe masculin reçoivent plus souvent un support externe gratuit que les OEV de sexe féminin.
Les enfants orphelins ou vulnérables qui vivent dans les ménages dont les chefs appartiennent aux ethnies Yakoma-Sango (8%), Sara (8%), Zandé/Nzakara (9%), Ngbaka-Bantou (9%), Mandja (9%) et d'autres ethnies non centrafricaines (10%) bénéficient d'un support externe gratuit comparativement à la moyenne nationale de 7%.

13.3.6 Etat nutritionnel des orphelins

La prévalence de la malnutrition chez les enfants orphelins et vulnérables âgés de moins de cinq ans est présentée dans le Tableau HA.14.

a) Poids insuffisant

Selon le tableau HA.14, 32% des orphelins et/ou enfants vulnérables (OEV) âgés de 0 à 4 accusent une insuffisance pondérale contre 28% des enfants non-OEV au niveau national. L'analyse du ratio OEV /non- OEV montre que les orphelins et enfants vulnérables courent plus de risque d'avoir un poids insuffisant que les enfants non-orphelins et non vulnérables. On note tout de même que les enfants orphelins ont plus souvent un poids insuffisant que les enfants vulnérables (34% contre 32%).

b) Retard de croissance

L'analyse des résultats du tableau HA.14 montre que la proportion des OEV âgés de 0 à 4 ans qui présentent un retard de croissance est égale à celle des enfants non- OEV de la même tranche d'âge au niveau national.

c) Perte de poids

En RCA, les enfants OEV âgés de 0 à 4 ans accusent souvent une perte de poids que les enfants non- OEV (14 % contre 10%). Le risque encouru par les OEV dans la perte de poids est 42% de plus que celle des enfants non- OEV (Tableau HA.14). Dans l'ensemble des OEV, les enfants vulnérables connaissent moins souvent une perte de poids que les enfants orphelins (18% contre 14%).

Tableau HA.14: Malnutrition chez les enfants orphelins ou vulnérables. Pourcentage d'enfants âgés de 0-4 ans modérément ou sévèrement poids insuffisant, retard de croissance ou perte de poids selon le statut dans l'orphelinage et la vulnérabilité, RCA, 2006

	Pourcentage d'enfants de 0-4 ans modérément ou sévèrement :			Nombre d'enfants âgés de 0-4 ans
	Poids insuffisant	Retard de croissance	Perte de poids	
Orphelins	34,2	38,8	18,4	225
Vulnérables	31,4	36,8	13,6	605
Orphelins ou vulnérables	31,6	37,6	13,8	747
Non-orphelins ou ni vulnérables	27,9	37,5	9,7	5126
Total	28,3	37,5	10,3	5873
Ratio EOV to non-EOV*	1,1	1,0	1,4	.

Source : Institut Centrafricaine de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 79

13 .4 Comportement sexuel des orphelins

Les recherches effectuées suggèrent que dans certaines régions les enfants orphelins aient plus de chances de présenter des résultats négatifs en matière de santé sexuelle et de la reproduction que les autres enfants. Le Tableau HA.15 présente les informations sur le comportement sexuel des femmes orphelines et vulnérables âgées de 15 à 17 ans.

Au niveau national, le pourcentage des enfants âgés de 15 à 17 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est légèrement plus élevé chez les enfants orphelins et vulnérables que chez les enfants non-orphelins ou non vulnérables (29% contre 26%). Avant l'âge de 15 ans les orphelines et autres enfants vulnérables courent plus de risque de contracter un rapport sexuel que les filles non-orphelines ou non vulnérables.

Les filles orphelines courent plus souvent le risque d'avoir le rapport sexuel avant l'âge de 15 ans que les filles vulnérables (30% contre 24%).

Tableau HA.15: Comportement sexuel chez les jeunes femmes selon le statut dans l'orphelinage et la vulnérabilité. : Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15-17 ans ayant eu des rapports sexuels avant 15 ans selon le statut dans la vulnérabilité et selon le statut dans la survivance des parents, RCA, 2006

	Pourcentage de jeunes femmes âgées de 15-17 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Nombre de jeunes femmes âgées de 15-17 ans
Orphelins	30,22	345
Vulnérables	23,56	163
Orphelins ou vulnérables	28,94	450
Non-orphelins ou ni vulnérables	25,47	865
Total	26,66	1315
Ratio EOV par rapport à non-EOV *	1,14	.

Source : Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales, MICS 2006* MICS Indicateur 80

En conclusion, les résultats de MICS 3 sur l'état nutritionnel et le comportement sexuel des EOV montrent clairement que les enfants orphelins sont plus exposés aux violations de leurs droits que les autres enfants. Le décès d'un parent, quand aucun système de prise en charge n'est en place, ouvre une brèche à la non-protection. Les enfants livrés à eux-mêmes courent des risques beaucoup plus grands que les autres enfants victimes de mauvais traitements et d'exploitation (UNICEF, Situation des enfants dans le monde 2006).

Conclusion

La connaissance du VIH/SIDA, ses modes de transmission, les moyens de prévention, les attitudes de stigmatisation et les comportements de prise de risque et de prévention sont autant de facteurs cruciaux dans la propagation de l'épidémie dans un pays. L'enquête MICS a collecté des données sur tous ces aspects. Les résultats montrent que sur ces trois aspects, des efforts encore restent à faire par la lutte contre l'épidémie en RCA. Même le fait d'avoir entendu parler du VIH, qui est le niveau de connaissance le plus superficiel de l'épidémie, est encore loin d'être universelle, malgré l'ampleur de l'épidémie dans le pays. Ainsi deux femmes sur dix et un homme sur dix n'ont pas encore entendu parler du sida.

Sur les autres aspects analysés, les résultats sont encore moins encourageants sauf pour la prise en charge d'un parent séropositif. En effet, malgré les fausses croyances qui entourent encore la maladie, comme le fait de croire que partager les repas transmet la maladie (44% des femmes et un tiers des hommes le croient), presque tous les enquêtés (93%) ont déclaré qu'ils s'occuperaient de leur parent atteint du VIH.

Les comportements sexuels à risques et de prévention n'ont malheureusement pas pu être étudiés sauf chez les adolescents. Les résultats montrent de manière générale que l'entrée en vie sexuelle est précoce et que chez les garçons les rapports sexuels à risque sont fréquents et l'utilisation du condom n'est pas systématique durant ces rapports. Ce qui constitue un lit propice à la propagation du VIH, surtout que le dépistage n'est pas généralisé. Seuls 17% des femmes et 15% des hommes en effet ont fait un dépistage et connaissent leur statut sérologique.

Tous ces résultats appellent à une intensification des actions de prévention en matière du SIDA, notamment en milieu rural et dans la plupart des préfectures et auprès des personnes non ou faiblement instruits, des jeunes, et des résidents des ménages pauvres.

XIV. Prévalence du VIH et facteurs associés à l'infection

Apparue en 1984 en République Centrafricaine, l'infection au VIH a progressé très rapidement pour devenir un réel problème de santé publique et une menace socioéconomique pour le pays. Il n'existe cependant pas de données fiables et à jour sur la prévalence de l'infection au niveau national et selon certaines caractéristiques des populations et des ménages. En effet les estimations existantes à ce jour sont basées sur trois types de sources (Ndoye, 2003) :

- des enquêtes épidémiologiques de séroprévalence menées à Bangui entre 1985 et 1988 et portant sur la population âgée de 15-44 ans ;
- un premier système de surveillance sentinelle entre 1989 et 1994 ciblant les femmes enceintes reçues en consultation prénatale (CPN), les donneurs de sang, les tuberculeux et les consultants pour infection sexuellement transmissible (IST). Entre 1994 et 1997 la surveillance a couvert 14 formations sanitaires urbains et touchait également les étudiants et les travailleurs du secteur privé à Bangui ; et
- une cartographie de l'infection à VIH menée en 2002 en milieux urbain et rural et utilisant la méthodologie de la séro-surveillance par site sentinelle. La cible était constituée des femmes enceintes venues en première CPN dans 48 formations sanitaires (FOSA), dont les 14 sites sentinelles de 1994-1997.

Selon ces données, l'épidémie est de type généralisé et la RCA serait le pays le plus infecté en Afrique Centrale et le dixième dans le monde. Cependant, la couverture géographique, le type de cibles et la méthodologie de ces études sont très limités. La surveillance sentinelle, en particulier celle qui cible les femmes enceintes vues en CPN, a conduit partout où elle a été adoptée à une estimation biaisée de la prévalence dans la population générale. Du fait que les femmes enceintes vues en CPN dans les sites sentinelles ne sont pas représentatives de la population totale et sont en règle générale plus exposées à l'infection au VIH, leur prévalence surestime la prévalence de la population générale. En effet, toutes les femmes ne sont pas enceintes, toutes celles qui sont enceintes ne fréquentent pas les FOSA et celles qui fréquentent les services de CPN ne vont pas toutes dans ceux des sites sentinelles. Parmi les femmes non enceintes, certaines minimisent leur risque d'infection par l'abstinence ou l'usage du préservatif. La prévalence dans ce groupe serait donc plus faible que celle des femmes enceintes. De même, les données de certaines enquêtes démographiques et de santé (EDS) récentes montrent que la prévalence des femmes enceintes peut être jusqu'à trois fois supérieure à celle des hommes (Sénégal, 2005 ; Ghana, 2003).

Il est pourtant indispensable de disposer d'informations fiables et à jour sur l'infection au sein de toutes les couches de la population pour une meilleure connaissance de l'épidémie, son ampleur, sa progression et ses facteurs associés et pour l'actualisation, la mise en œuvre et le suivi/évaluation de la stratégie nationale de lutte contre le sida. C'est pour répondre à cette exigence qu'un volet sérologie VIH a été inclus dans la troisième enquête à indicateurs multiples (MICS-3) menée en 2006 par le gouvernement avec l'appui de ses partenaires au développement.

Le présent rapport présente les résultats de ce volet. Il décrit d'abord le protocole de l'étude, présente ensuite les taux de couverture et analyse la prévalence et ses facteurs associés parmi la population générale, les jeunes et les couples. Enfin, une estimation de l'ampleur réelle de l'épidémie en RCA est proposée.

14.1 Protocole de test du VIH

Le volet sérologie de l'enquête MICS-3 visait deux objectifs : i) mesurer le niveau de prévalence de l'infection à VIH chez les femmes et les hommes et ii) mesurer le taux de vulnérabilité face aux VIH/SIDA en identifiant les groupes les plus vulnérables selon l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, etc. Il est largement inspiré de celui des EDS développé par ORC Macro Int. Inc. et utilisé depuis 2001 dans plusieurs pays en voie de développement dont 14 en Afrique Subsaharienne. Les premières enquêtes mesuraient seulement la prévalence (Mali, 2001) tandis que les dernières recueillaient également des données comportementales et sociodémographiques de base des enquêtés qui peuvent être reliées de manière anonyme au statut sérologique.

Le protocole du test du VIH a été approuvé par le Comité d'Éthique d'ORC Macro et par le Comité National d'Éthique de la RCA. Avec cette expérience, la RCA devient le premier pays à intégrer le volet sérologie à une enquête MICS.

14.1.1 Algorithme de traitement du sang

Le laboratoire traitait les prélèvements selon l'algorithme suivant et le diagramme ci-dessous :

a) *Dépistage*. Le Murex HIV 1, 2, O très sensible, détectant le VIH-1 et le VIH-2 a été utilisé. Si un échantillon présentait une densité optique (DO) en ELISA1 inférieur à la valeur seuil (VS), le résultat est déclaré ***Négatif.***
b) *Confirmation*. Les échantillons positifs au Murex HIV 1, 2, O (DO supérieure ou égale à la valeur seuil) étaient testés au Vironostika Uniform II plus O. Si un échantillon est réactif au Murex HIV 1, 2, O et Vironostika Uniform II plus O, le résultat est déclaré ***Positif.*** Pour différentier le VIH-1, le VIH-2 et le VIH-1 et 2 on utilisait l'ImmunoComb II bispot HIV ½ sur les échantillons positifs. Par ailleurs, les échantillons discordants étaient également confirmés à l'ImmunoComb II bispot HIV. Les échantillons indéterminés ou douteux à l'ImmunoComb II bispot HIV étaient testés Western Blot.

Dans le cadre de MICS-3, 10% des échantillons négatifs Murex HIV 1, 2, O étaient testés suivant l'algorithme complet.

Un programme CSPro spécialement conçu selon l'algorithme retenu, était fourni à l'IPB pour la saisie des résultats des tests. Le personnel de l'IPB était formé sur l'utilisation de ce programme. Au fur et à mesure des entrées, ce programme procédait à un comptage automatique de toutes les entrées (nombre de prélèvements testés, nombre de positifs et de négatifs selon les différents kits utilisés). Chaque mois, le laboratoire de l'IPB fournissait au BCR et à ORC Macro les résultats suivants : nombre total de prélèvements analysés, nombre total positif et nombre total négatifs.

Par contre, aucun résultat individuel n'était transmis au BCR et ORC Macro jusqu'à ce que toutes les activités de traitement des données de MICS-3 eurent été achevées. Après l'analyse, les échantillons étaient gardés au laboratoire de l'IPB à -70°C pour d'éventuelles études ultérieures sur le VIH. Mais en aucun cas, le laboratoire de l'IPB ne pourra utiliser ces échantillons de sang collectés durant l'enquête pour conduire une autre étude sans l'approbation du Comité National d'Éthique centrafricain.

14.1.2 Taux de couverture selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Chez les femmes, le taux de couverture varie plus ou moins sensiblement selon certaines caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau d'instruction et niveau de vie du ménage).

La couverture est plus faible chez les jeunes (15 à 24 ans) et les femmes âgées (40 à 49 ans) et plus élevée chez celles d'âge intermédiaire (25 à 39 ans). Elle est par exemple de 86% chez les adolescentes et 91% chez les 30 à 34 ans. Les variations du taux de couverture sont plus sensibles selon la préfecture, allant d'un minimum de 75% à Bangui, la capitale, à un maximum de 95% dans la Sangha-Mbaéré. On distingue de manière générale trois catégories de préfectures selon le taux de couverture :

- les préfectures à fort taux de couverture, c'est-à-dire compris entre 90% et 95%. Elles sont majoritaires et sont constituées de la Sangha-Mbaéré, la Lobaye, la Haute-Kotto, l'Ouham, la Mambéré-Kadéï, l'Ouham-Pende, la Ouaka, la Kémo et le Mbomou);
- les préfectures à taux de couverture moyen, c'est-à-dire compris entre 82 et 90%. Ce sont la Nana-Mambéré, la Nana Gribizi, le Haut-Mbomou, la Basse-Kotto et le Bamingui-Bangoran ;
- les préfectures à faible taux de couverture, n'atteignant pas 80%. Il s'agit de Bangui (75%) et de la préfecture voisine de l'Ombella-M'poko (79%). Dans les deux préfectures un dixième des femmes échantillonnées a accepté de se soumettre à l'interview, mais a refusé de donner son sang.

Le taux de couverture est plus faible parmi les non instruites (83%) et plus élevée parmi celles de niveau d'instruction primaire (94%) et celles qui n'ont pas déclaré leur niveau d'instruction (100%). De même, la couverture dépend du statut de bien-être économique ; les résidents des ménages les plus aisés ont été moins nombreux à être couverts (83%) que ceux des ménages les moins nantis (autour de 90%).

Tableau VI.01 : Couverture du test du VIH pour les femmes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques : Répartition (en%) des femmes éligibles pour le test du VIH selon qu'elles ont été testées ou non, selon certaines caractéristiques sociodémographiques (données non-pondérées), MICS-III RCA 2006

Caractéristiques	Testées		Refus		Absentes		Autre/Manquant		Total	Effectif non pondéré
	Enquêtées	Non Enquêtées	Enquêtées	Non Enquêtées	Enquêtées	Non Enquêtées	Enquêtées	Non Enquêtées		
Groupe d'âge										
15-19 ans	86,4	1,1	5,0	3,1	1,5	2,3	0,4	0,1	100,0	1.408
20-24 ans	87,6	1,4	4,9	2,3	1,6	1,7	0,3	0,3	100,0	1.375
25-29 ans	88,4	0,9	4,7	1,7	1,1	2,3	0,4	0,5	100,0	1.125
30-34 ans	91,2	0,1	4,4	2,1	0,5	1,3	0,2	0,2	100,0	865
35-39 ans	89,2	0,9	4,2	1,7	0,9	2,9	0,1	0,0	100,0	688
40-44 ans	87,5	1,1	4,9	2,3	1,1	2,0	0,5	0,5	100,0	610
45-49 ans	87,5	1,6	2,5	2,5	1,6	3,6	0,7	0,0	100,0	441
Préfectures										
Ombella-Mpoko	79,2	0,9	9,7	3,7	3,5	2,5	0,2	0,2	100,0	433
Lobaye	94,6	0,5	1,9	0,3	0,5	1,6	0,0	0,5	100,0	372
Mambéré-Kadéï	91,7	0,6	3,5	1,9	0,3	1,3	0,3	0,3	100,0	313
Nana-Mambéré	89,8	1,7	2,3	2,1	0,8	3,2	0,0	0,0	100,0	471
Sangha-Mbaéré	94,7	0,6	2,3	1,3	0,2	0,8	0,2	0,0	100,0	527
Ouham-Pendé	91,5	1,3	3,2	1,3	0,5	1,9	0,0	0,3	100,0	377
Ouham	93,2	0,5	1,9	1,6	1,2	0,9	0,5	0,2	100,0	426
Kémo	90,9	1,0	2,2	1,2	1,5	2,2	0,5	0,5	100,0	405
Nana-Gribizi	87,1	0,5	3,5	2,2	1,7	3,7	1,0	0,2	100,0	403
Ouaka	91,4	0,9	2,7	1,6	0,2	3,0	0,0	0,2	100,0	440
Haute-Kotto	93,8	0,6	2,3	1,1	0,0	2,0	0,0	0,3	100,0	354
Bamingui-Bangoran	82,4	0,8	8,7	3,5	1,4	2,4	0,8	0,0	100,0	369
Basse-Kotto	85,0	1,2	5,4	2,1	1,5	3,6	0,9	0,3	100,0	334
Mbomou	90,1	0,0	5,1	1,8	1,5	0,6	0,6	0,3	100,0	335
Haut-Mbomou	85,3	1,6	6,6	3,4	0,6	2,2	0,3	0,0	100,0	320
Bangui	75,2	2,5	10,3	5,7	2,8	2,5	0,3	0,6	100,0	633
Niveau d'instruction										
Non instruite	82,6	2,2	4,1	4,9	0,9	4,6	0,2	0,6	100,0	3.065
Primaire	94,2	0,0	3,9	0,0	1,3	0,0	0,5	0,0	100,0	2.628
Secondaire et plus	88,8	0,0	8,9	0,0	1,9	0,0	0,4	0,0	100,0	797
Programme non formel	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	22
Quintiles de bien-être économique										
Le plus pauvre	88,9	0,6	4,0	2,3	1,3	2,0	0,7	0,3	100,0	1.509
Pauvre	90,1	1,3	3,4	1,5	0,8	2,4	0,2	0,3	100,0	1.373
Moyen	88,9	0,7	5,0	2,1	0,9	2,1	0,3	0,1	100,0	1.411
Riche	88,2	1,2	4,2	2,0	1,7	2,1	0,2	0,4	100,0	1.184
Le plus riche	83,1	1,4	7,0	4,1	1,5	2,3	0,3	0,3	100,0	1.035
Ensemble	**88,1**	**1,0**	**4,6**	**2,3**	**1,2**	**2,2**	**0,3**	**0,3**	**100,0**	**6.512**

La couverture présente des variations encore plus importantes parmi les hommes, en particulier en fonction de la préfecture, du niveau d'instruction et du statut de bien-être économique du ménage. Le taux de couverture est particulièrement faible dans la capitale Bangui (55%) et dans l'Ombella-M'poko (70%), alors qu'elle est de 92% dans la Lobaye. A Bangui, 28% des hommes échantillonnés ont refusé d'être testés (la moitié d'entre eux a cependant accepté de participer à l'enquête individuelle).

De même la couverture est fortement associée au niveau d'instruction. Seuls 53% des hommes non instruits ont accepté le test et l'enquête, contre 91% des hommes de niveau d'instruction primaire. Les principaux motifs du faible taux de couverture chez les non instruits est le refus de la prise de sang (23%) et leur absence du ménage au moment des passages de l'enquêteur (18%). Les refus ont également entraîné un faible taux de couverture des échantillonnés vivant dans les ménages les plus riches (68% de testés et d'enquêtés contre 20% de refus) et dans les ménages riches (taux de couverture de 75%).

Tableau VI.02 : Couverture du test du VIH pour les hommes de 15-59 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques : Répartition (en%) des hommes éligibles pour le test du VIH selon qu'elles ont été testés ou non, selon certaines caractéristiques-sociodémographiques (non-pondéré), MICS-III RCA 2006

Caractéristiques	Testés		Refus		Absents		Autre/Manquant		Total	Effectif non pondéré
	Enquêtés	Non Enquêtés	Enquêtés	Non Enquêtés	Enquêtés	Non Enquêtés	Enquêtés	Non Enquêtés		
Groupe d'âge										
15-19 ans	78,8	2,0	5,6	5,4	2,7	4,1	0,7	0,7	100,0	985
20-24 ans	79,6	1,5	5,9	5,1	3,9	2,9	0,9	0,3	100,0	1.003
25-29 ans	78,0	1,1	8,5	5,1	2,0	5,0	0,3	0,1	100,0	921
30-34 ans	81,5	0,1	5,5	5,5	1,7	4,9	0,7	0,2	100,0	843
35-39 ans	81,3	0,1	6,1	5,2	1,3	4,5	0,8	0,6	100,0	707
40-44 ans	80,0	1,4	6,4	3,2	2,0	6,3	0,7	0,0	100,0	560
45-49 ans	83,8	0,4	4,3	3,4	1,8	3,8	1,6	1,0	100,0	506
50-54 ans	80,4	1,5	5,1	6,3	2,4	3,6	0,9	0,0	100,0	336
55-59 ans	87,3	0,0	4,4	3,5	1,3	2,2	1,3	0,0	100,0	229
Préfectures										
Ombella-Mpoko	69,5	0,9	12,6	7,5	4,0	3,5	0,5	1,6	100,0	429
Lobaye	92,1	0,5	3,0	0,5	1,6	2,2	0,0	0,0	100,0	369
Mambéré-Kadéï	86,8	0,3	4,1	4,4	1,0	2,7	0,7	0,0	100,0	296
Nana-Mambéré	86,5	1,2	5,3	1,0	1,2	4,6	0,0	0,2	100,0	414
Sangha-Mbaéré	85,2	0,4	4,1	4,3	1,3	4,6	0,0	0,0	100,0	461
Ouham-Pendé	87,7	0,6	1,9	3,2	0,3	4,2	0,6	1,3	100,0	308
Ouham	89,6	0,3	1,9	1,4	1,9	2,7	2,2	0,0	100,0	365
Kémo	84,3	1,3	2,4	4,8	1,6	4,8	0,5	0,3	100,0	375
Nana-Gribizi	84,3	0,0	4,3	4,5	1,6	4,5	0,8	0,0	100,0	376
Ouaka	84,1	1,3	3,4	4,7	1,0	5,2	0,0	0,3	100,0	384
Haute-Kotto	85,3	0,5	6,4	2,4	1,1	3,2	1,1	0,0	100,0	375
Bamingui-Bangoran	71,9	1,4	8,8	7,4	2,8	4,8	2,8	0,0	100,0	352
Basse-Kotto	84,2	1,9	3,5	2,7	2,1	3,8	1,3	0,5	100,0	373
Mbomou	83,5	0,7	4,6	4,3	1,7	4,0	0,7	0,7	100,0	303
Haut-Mbomou	78,0	0,8	7,9	5,5	1,2	5,1	1,2	0,4	100,0	254
Bangui	54,7	2,6	14,5	13,3	7,2	6,4	0,9	0,5	100,0	656
Niveau d'instruction										
Non instruit	53,0	4,1	3,3	19,6	1,1	17,0	0,5	1,4	100,0	1.522
Primaire	91,4	0,0	5,4	0,0	2,2	0,0	1,1	0,0	100,0	2.928
Secondaire et plus	86,2	0,0	9,6	0,0	3,5	0,0	0,6	0,0	100,0	1.640
Quintiles de bien-être										
Le plus pauvre	87,6	0,9	3,5	2,5	1,5	3,3	0,7	0,1	100,0	1.383
Pauvre	85,0	0,5	4,5	2,5	2,0	4,0	1,3	0,2	100,0	1.303
Moyen	82,3	0,9	5,4	4,9	2,1	3,5	0,6	0,2	100,0	1.297
Riche	74,8	1,0	7,9	6,6	2,9	5,4	0,7	0,8	100,0	1.117
Le plus riche	68,1	2,0	10,3	9,4	3,2	5,7	0,7	0,6	100,0	990
Ensemble	**80,4**	**1,0**	**6,0**	**4,9**	**2,3**	**4,3**	**0,8**	**0,4**	**100,0**	**6.090**

La couverture différentielle selon certaines caractéristiques présentées ci-dessus pousse à nuancer l'interprétation de certaines différences de prévalence observées entre groupes. Il en est de même quand on évalue le taux de couverture selon d'autres caractéristiques comportementales (tableaux A1 et A2 en annexe). Chez les femmes par exemple, la participation à l'enquête sérologique est plus forte chez celles qui étaient enceintes au moment de l'enquête (94% contre 89% chez les non enceintes) et parmi celles qui ont eu une naissance vivante au cours des 3 dernières années (94% alors qu'il n'est que 86% parmi celles qui n'ont pas accouché durant la même période).

Les informations sur le comportement sexuel n'ont malheureusement été collectées que chez les jeunes de 15 à 24 ans. L'évaluation du taux de couverture en fonction du comportement sexuel chez les jeunes filles ne révèle pas une couverture différentielle selon le comportement sexuel. Par contre chez les garçons, la participation au volet sérologie a été d'autant plus faible que le nombre de partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois était élevé. Elle est ainsi de 92% chez ceux qui n'avaient pas de partenaires sexuelles, 91% chez ceux qui en ont eu une seule, 89% chez ceux qui en ont eu 2 et seulement 85% parmi ceux qui ont déclaré 3 partenaires ou plus. De même la couverture était plus faible parmi ceux qui n'ont pas utilisé de condom lors de leur dernier rapport sexuel (86%) comparativement à ceux qui en ont utilisé (92%).

En définitive, le calcul d'un taux correctif permettrait d'améliorer l'estimation de la prévalence au niveau national et dans les différents groupes de population.

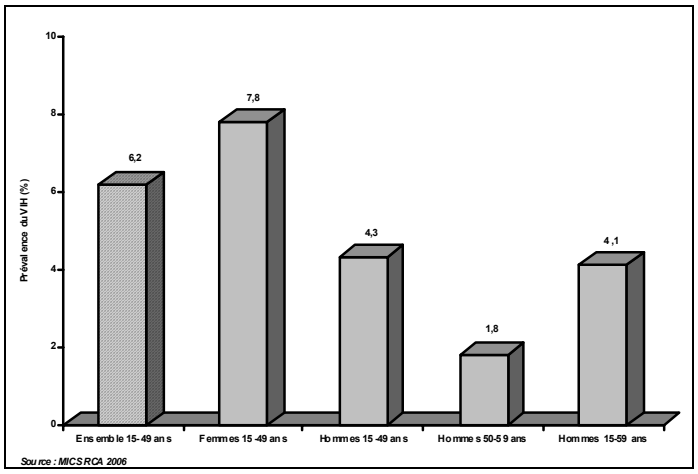
14.2 Prévalence du VIH parmi la population générale

Les résultats présentés ici portent sur la prévalence du VIH-1 (seul ou en co-infection avec le VIH-2) selon certaines caractéristiques des enquêtés.

14.2.1 Prévalence du VIH en fonction du sexe

En RCA, 6% de la population âgée de 15 à 49 ans est séropositive (graphique ci-dessous). La prévalence est presque deux fois plus élevée chez les femmes (8%) que chez les hommes (4%) du même groupe d'âges. Elle est de 4% chez les hommes de 15 à 59 ans. Ces chiffres confirment la plus grande vulnérabilité des femmes à l'infection au VIH en RCA, résultat similaire à celui observé partout ailleurs en Afrique Subsaharienne.

Figure VI.1 : Prévalence du VIH par sexe

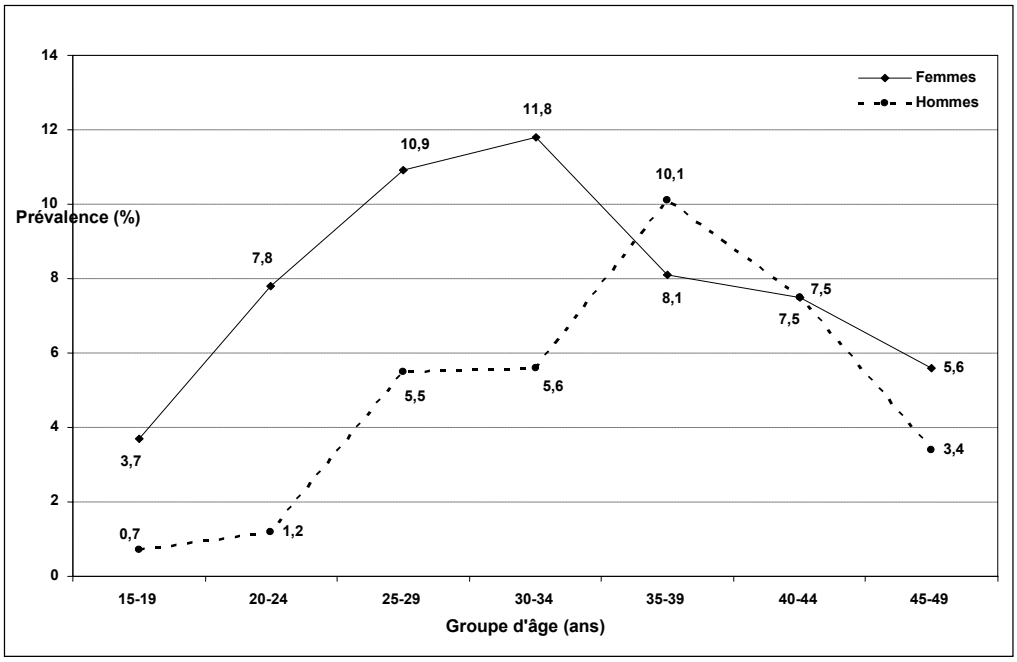


14.2.2 Prévalence du VIH en fonction de l'âge

La prévalence augmente de façon régulière avec l'âge pour atteindre son pic entre 30 à 34 ans chez les femmes (12%) et entre 35 à 39 ans chez les hommes (10%) avant de décroître jusqu'à 6% chez les femmes et 3% chez les hommes de 45 à 49 ans (graphique ci-dessous). Le fléau est plus accentué chez les adultes que chez les personnes âgées et les jeunes. Les jeunes demeurent toutefois vulnérables puisqu'ils n'ont pas encore fini d'être exposés au risque d'infection. Quant à la prévalence mesurée parmi les 40 ans et plus, elle sous-estime les conséquences du fléau dans cette tranche d'âge étant donné que ceux qui ont été infectés plus tôt ont dû succomber déjà au fléau à cet âge ou sont à un stade avancé de la maladie au point d'être absents du ménage (pour des raisons d'hospitalisation par exemple) et donc d'échapper à l'échantillonnage.

La prévalence chez les femmes est plus élevée que chez les hommes quel que soit le groupe d'âges à l'exception du groupe 35 à 39 ans pour lequel on note une inversion de la plus grande vulnérabilité des femmes (10% chez les hommes contre 8% chez les femmes), et du groupe 40 à 44 ans pour lequel la prévalence est la même pour les deux sexes.

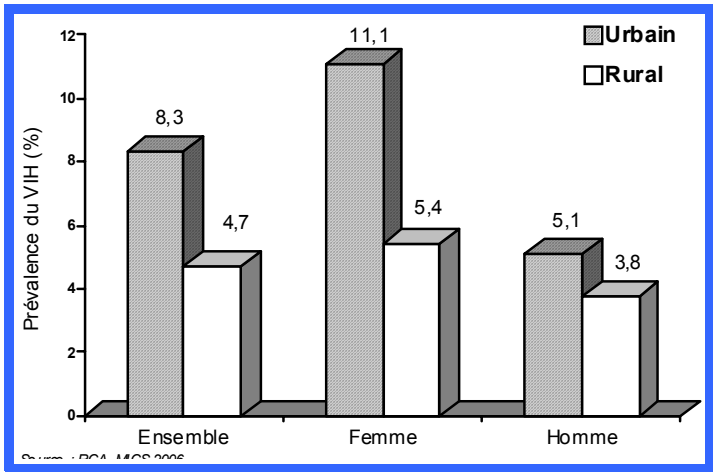
Figure VI.2 : Prévalence du VIH parmi les femmes et les hommes de 15 à 49 ans selon le groupe d'âge



14.2.3 Prévalence du VIH en fonction du milieu de résidence et de la préfecture

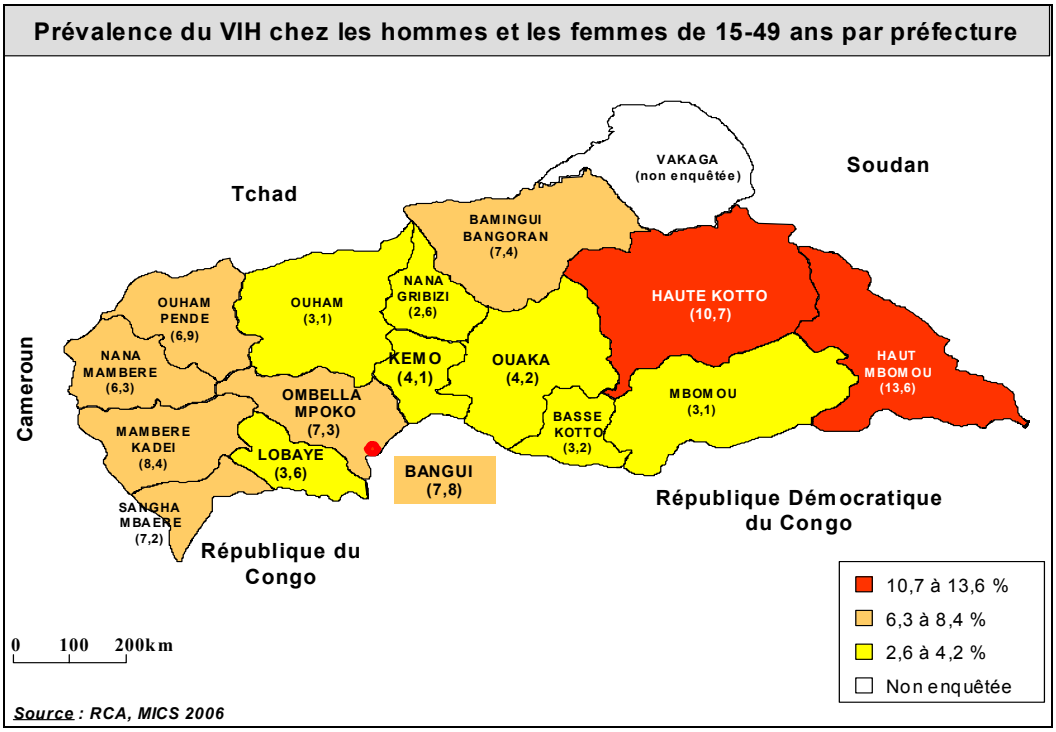
La prévalence est presque deux fois plus élevée en milieu urbain (8%) qu'en milieu rural (5%). L'écart étant plus marqué chez les femmes (11% *contre* 5%) que chez les hommes (5% *contre* 4%). Cette tendance est observée dans tous les pays à forte prévalence ; l'épidémie sévissant d'abord dans les grandes villes avant de se propager progressivement vers les villes moyennes et ensuite vers les campagnes par le biais des déplacements des personnes.

Figure VI.3 : Prévalence du VIH par milieu de résidence



Les prévalences par préfecture révèlent des disparités géographiques très marquées allant de 3% dans la Nana-Gribizi à 14% dans le Haut-Mbomou. On distingue de manière générale trois groupes de préfectures : une zone de moyenne prévalence (supérieure à la moyenne nationale et

comprise entre 6et 8%) s'étalant au Centre du pays encadrée par une zone de très forte prévalence à l'Est (14% au Haut-Mbomou et 11% dans la Haute-Kotto) et une zone de prévalence faible (entre 3% et 4%) à l'Ouest plus le Bamingui-Bangoran au nord.



Des disparités géographiques existent également et de manière plus criantes dans les inégalités de genre face à la vulnérabilité au VIH : dans la Kémo, les hommes sont deux fois plus infectés que les femmes tandis que dans la Nana Gribizi, ce sont les femmes qui sont 4 fois plus infectées. De manière générale, dans toutes les préfectures à l'exception du Haut Mbomou, du Mbomou, de la Basse-Kotto et de la Kémo, la prévalence parmi les femmes est plus élevée que chez les hommes.

Les taux de couverture et ses variations selon le sexe à l'intérieur des préfectures ne semblent pas être associés à la plus ou moins grande vulnérabilité des femmes. Cependant, on observe qu'à l'exception du Haut Mbomou la plus grande vulnérabilité des femmes est d'autant plus marquée que la prévalence est élevée.

Tableau VI.03 : Prévalence du VIH selon le milieu de résidence et la préfecture : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon le milieu de résidence et la préfecture, MICS 2006, RCA

Milieu de résidence et préfectures	Femmes		Hommes		Ensemble	
	% de positifs	Effectif	% de positifs	Effectif	% de positifs	Effectif
Milieu de résidence						
Urbain	11,1	2.300	5,1	1.985	8,3	4.285
Rural	5,4	3.113	3,8	2.672	4,7	5.784
Préfecture						
Ombella-Mpoko	9,8	477	4,5	421	7,3	897
Lobaye	4,3	298	2,7	272	3,6	570
Mambéré-Kadéï	11,4	556	4,9	480	8,4	1.037
Nana-Mambéré	7,9	370	4,3	278	6,3	648
Sangha-Mbaéré	10,6	237	3,2	199	7,2	436
Ouham-Pendé	7,5	615	6,2	461	6,9	1.076
Ouham	4,3	410	1,8	335	3,1	746
Kémo	3,1	132	5,2	115	4,1	247
Nana-Gribizi	4,0	129	0,9	110	2,6	239
Ouaka	5,2	376	3,0	290	4,2	666
Haute-Kotto	15,1	101	6,0	95	10,7	196
Bamingui-Bangoran	8,3	56	6,4	45	7,4	100
Basse-Kotto	2,9	335	3,6	351	3,2	686
Mbomou	2,9	208	3,4	168	3,1	376
Haut-Mbomou	13,5	83	13,8	52	13,6	136
Bangui	10,3	1.030	5,1	984	7,8	2.014
Ensemble 15-49 ans	**7,8**	**5.413**	**4,3**	**4.657**	**6,2**	**10.069**

na = Non applicable

[1] Les cas de VIH positif renvoient uniquement à ceux qui sont infectés par le VIH-1 (y compris ceux qui sont infectés à la fois au VIH-1 et au VIH-2, sont exclus ceux qui sont uniquement infecté par le VIH-2).

14.2.4 Prévalence du VIH en fonction de certaines caractéristiques socioculturelles

La tendance à la forte concentration de la pandémie du VIH en RCA est également observée dans certains sous-groupes de la population. Le fléau sévit plus (prévalence à deux chiffres chez les femmes) parmi les ethnies du nord (Haoussa et Peuls), les non centrafricains et ceux qui n'ont pas déclaré leur ethnie. Les Ngbaka-Bantou et les Banda sont les moins touchés avec des prévalences respectives de 4% et 5%. Selon la religion, le fléau touche plus les musulmans (10%) que les chrétiens (7% chez les femmes et moins de 5% chez les hommes).

A l'instar de ce qui est observé ailleurs en Afrique Subsaharienne, la prévalence est plus élevée parmi les plus instruits. En RCA, 13% des femmes et 6% des hommes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur sont infectés contre respectivement 5% des femmes et 3% des hommes non instruits.

Tableau VI.04 : Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socioculturelles : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques socioculturelles, MICS 2006, RCA

Caractéristiques	Femmes		Hommes		Ensemble	
	% de positifs	Effectif	% de positifs	Effectif	% de positifs	Effectif
Groupe ethnique						
Haoussa/Peulh	12,2	266	7,2	173	10,3	439
Sara	9,9	222	4,6	225	7,2	447
Mboum	9,9	348	4,5	270	7,5	618
Gbaya	8,6	1.682	3,9	1.399	6,5	3.081
Mandjia	8,3	528	4,2	501	6,3	1.030
Banda	5,0	1.142	4,1	1.094	4,6	2.236
Ngbaka-Bantou	3,6	380	5,3	343	4,4	723
Yakoma-Sango	8,3	354	3,2	404	5,6	758
Zande/Nzakara	7,4	185	7,7	154	7,5	339
Autres ethnies locales	9,0	45	*	16	10,6	61
Ethnies non centrafricaines	13,2	57	2,7	43	8,6	100
Manquant	10,3	205	0,0	34	8,8	239
Religion						
Catholique	7,4	1.467	3,6	1.332	5,6	2.799
Protestant	7,4	3.287	4,3	2.976	5,9	6.263
Musulman	10,7	402	9,7	266	10,3	668
Autre religion	8,5	44	3,2	35	6,2	79
Pas de religion	11,0	27	0,0	37	4,6	64
Manquant	12,3	185	*	11	11,6	196
Niveau d'instruction						
Sans instruction	5,1	2.277	2,6	670	4,5	2.948
Primaire	8,6	2.203	3,4	2.268	5,8	4.471
Secondaire et supérieur	12,6	858	5,8	1.549	8,1	2.407
Programme non-formel	4,5	22	na	na	na	na
Ensemble 15-49 ans	**7,8**	**5.413**	**4,3**	**4.657**	**6,2**	**10.069**

na = Non applicable

[1] Les cas de VIH positif renvoient uniquement à ceux qui sont infectés par le VIH-1 (y compris ceux qui sont infectés à la fois au VIH-1 et au VIH-2, sont exclus ceux qui sont uniquement infecté par le VIH-2).

14.2.5 Prévalence du VIH en fonction de certaines caractéristiques socioéconomiques

La tendance à la concentration du fléau en RCA est plus criante selon la profession exercée. Chez les femmes, ce sont celles qui exercent une profession scientifique, technique ou libérale ou des professions intermédiaires qui sont les plus exposées avec une prévalence de 27% (ce groupe est dominé par le personnel de santé, le tiers des infectées exerce d'ailleurs une profession médicale). Chez les hommes, le personnel des forces armées détient le record avec une prévalence de 21%. La plus grande vulnérabilité de cette catégorie de la population est confirmée par les prévalences trouvées dans le centre de dépistage du Comité Militaire de Lutte contre le Sida (CMLS). Entre janvier et février 2007, la séroprévalence parmi les personnes testées est de 11% chez les hommes et 34% chez les femmes des militaires et leurs partenaires occasionnelles. La faiblesse des effectifs de MICS-3 sur lesquels sont basées ces prévalences appelle cependant à la prudence dans leur interprétation.

La prévalence augmente avec le niveau de vie du ménage. Les personnes vivant dans les ménages aisés sont les plus touchées par le fléau. Ce résultat a été également observé ailleurs et s'expliquerait, entre autres, pour ce qui est des hommes par le fait que ceux qui résident dans les ménages les plus aisés auraient plus de moyens d'adopter des comportements sexuels à risque, tels que le recours aux services des travailleuses du sexe.

Tableau VI.05 : Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socioéconomiques : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques socioéconomiques, MICS 2006, RCA

Caractéristiques	Femmes		Hommes		Ensemble	
	% de positifs	Effectif	% de positifs	Effectif	% de positifs	Effectif
Activité économique						
Travaille actuellement	8,0	4.796	4,8	3.809	6,6	8.605
Ne travaille pas actuellement	4,0	354	2,3	793	2,8	1147
Non déclaré	9,9	263	3,7	54	8,8	317
Profession						
Professions scientifiques, techniques et libérales/Professions intermédiaires	26,0	50	8,2	255	11,1	305
Membre de l'exécutif et des corps législatifs/Cadre supérieur de l'administration publique/Dirigeant et cadre supérieur d'entreprise	0,0	3	2,6	38	2,4	41
Personnel administratif et travailleur assimilé	0	10	4,9	41	3,9	51
Personnel commercial/Vendeur	14,5	827	3,6	302	11,6	1.129
Travailleur spécialisé dans les services/Travailleur non qualifié/Manœuvre	9,5	686	8,0	536	8,8	1.223
Agriculteur/Éleveur/Forestier	5,6	3.184	2,9	2.247	4,5	5.431
Ouvrier/Conducteur/Artisan et ouvrier de métier de type artisan	13,9	36	9,2	370	9,6	406
Membres des forces armées/Militaires	---	0	21,1	19	21,1	19
Inactifs/Chômeurs	4,0	354	2,3	793	2,8	1.147
Non déclaré	9,9	263	3,7	54	8,8	317
Quintiles de bien-être économique						
Le plus pauvre	4,7	1.023	3,4	914	4,1	1.938
Pauvre	5,0	1.072	3,8	912	4,5	1.985
Moyen	8,1	1.119	3,4	885	6,0	2.004
Riche	10,1	1.051	6,1	887	8,3	1.938
Le plus riche	10,9	1.147	4,9	1.058	8,0	2.205
Ensemble 15-49 ans	**7,8**	**5.413**	**4,3**	**4.657**	**6,2**	**10.069**

na = Non applicable

[1] Les cas de VIH positif renvoient uniquement à ceux qui sont infectés par le VIH-1 (y compris ceux qui sont infectés à la fois au VIH-1 et au VIH-2, sont exclus ceux qui sont uniquement infecté par le VIH-2).

14.2.6 Prévalence du VIH en fonction d'autres caractéristiques sociodémographiques

La séroprévalence varie très fortement en fonction de l'état matrimonial et du type d'union. Chez les femmes, des taux très élevés sont observés chez les personnes en rupture d'union, soit par divorce ou séparation (20%) ou par veuvage (17%) tandis que le taux n'est que de 3% chez les célibataires et de 7% chez celles vivant en union. La même tendance est globalement observée chez les hommes sauf pour ce qui est des séparés et divorcés, pour lesquels la prévalence reste relativement faible (4%). Le fait de vivre en union polygamique ou monogamique ne semble pas être associé au risque d'infection.

Tableau VI.06 : Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon certaines caractéristiques sociodémographiques, MICS 2006, RCA

Caractéristiques socioculturelles	Femmes		Hommes		Ensemble	
	% de positifs	Effectif	% de positifs	Effectif	% de positifs	Effectif
État matrimonial						
Célibataire	3,2	473	1,4	1.010	2,0	1.483
En union	6,8	4.323	4,9	3.199	6,0	7.523
Veuf	17,0	188	34,1	41	20,1	229
Séparé/Divorcé	19,5	420	4,2	385	12,2	804
ND	*	9	*	21	0,0	30
Type d'union						
Union polygame	7,0	1.154	4,3	257	6,6	1.411
Union monogame	6,6	2.824	5,0	2.943	5,8	5.766
Pas en union	11,9	1.081	3,1	1.436	6,9	2.516
NSP	6,7	312	na	na	6,7	312
ND	14,0	43	0,0	21	9,4	64
Grossesse actuelle						
Actuellement enceinte	5,3	606	na	na	na	na
Pas enceinte/Pas sûre/ND	8,2	4.807	na	na	na	na
Naissance au cours des 2 dernières années						
Pas de naissance	9,3	3.401	na	na	na	na
Naissances et soins prénatals	5,3	1.600	na	na	na	na
Naissances sans soins prénatals	5,1	412	na	na	na	na

Ensemble 15-49 ans	**7,8**	**5.413**	**4,3**	**4.657**	**6,2**	**10.069**

na = Non applicable

[1] Les cas de VIH positif renvoient uniquement à ceux qui sont infectés par le VIH-1 (y compris ceux qui sont infectés à la fois au VIH-1 et au VIH-2, sont exclus ceux qui sont uniquement infecté par le VIH-2).

14.3 Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans

Les jeunes constituent un sous-groupe à haut risque d'infection au VIH. Cette section examine la variation de leur séroprévalence en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et comportementales.

14.3.1 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Les jeunes sont moins infectés que les adultes. Ceci est plus marqué chez les femmes (6% contre 8%) que chez les hommes (4% contre 6%). Cependant les tendances de l'infection en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques sont les mêmes que chez la population âgée de 15 à 49 ans. Le risque d'infection augmente avec l'âge, avec le niveau d'instruction et est plus élevé parmi ceux en rupture d'union suivi de ceux qui sont présentement en union. Il est plus élevé en milieu urbain. Les tendances selon la préfecture sont similaires à celles dans la population de 15 à 49 ans.

Tableau VI.07 : Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques : Pourcentage de jeunes de 15-24 ans séropositifs selon certaines caractéristiques sociodémographiques, MICS 2006, RCA

Caractéristiques du comportement sexuel	Femmes		Hommes		Ensemble	
	% de positifs	Effectif	% de positifs	Effectif	% de positifs	Effectif
Groupes d'âges						
15-17	1,8	608	0,8	498	1,4	1.106
18-19	5,8	573	0,6	346	3,8	918
20-22	7,5	744	0,9	537	4,8	1.282
23-24	8,3	387	1,6	365	5,0	752
État matrimonial						
Célibataire						
A eu des rapports sexuels	4,4	91	1,5	332	2,2	414
N'a jamais eu de rapports sexuels	1,1	349	0,3	581	0,6	929
En union	6,0	1.678	1,3	682	4,6	2.361
Divorcé/Séparé/Veuf	12,7	188	0,0	140	7,3	328
ND	*	5	*	21	*	26
Milieu de résidence						
Urbain	6,9	1.113	1,0	906	4,3	2.020
Rural	4,6	1.199	0,8	840	3,0	2.039
Préfectures						
Ombella-M'poko	5,9	222	1,1	176	3,8	398
Lobaye	0,9	115	0,0	80	0,5	195
Mambéré-Kadéï	10,3	234	0,6	158	6,4	392
Nana-Mambéré	8,3	133	2,3	86	5,9	219
Sangha-Mbaéré	7,7	105	1,4	73	5,1	178
Ouham-Pendé	8,4	250	2,9	136	6,5	386
Ouham	4,1	172	0,0	129	2,3	301
Kémo	5,3	57	2,9	35	4,3	92
Nana-Gribizi	5,8	52	0,0	39	3,3	91
Ouaka	3,3	150	1,0	100	2,0	251
Haute-Kotto	13,3	45	3,2	31	9,1	76
Bamingui-Bangoran	7,4	27	0,0	17	4,5	44
Basse-Kotto	2,2	137	0,0	128	1,1	265
Mbomou	4,1	74	0,0	61	2,2	135
Haut-Mbomou	14,3	42	0,0	15	10,5	57
Bangui	3,2	498	0,8	481	2,0	979
Niveau d'instruction						
Sans instruction	4,5	777	0,9	213	3,7	990
Primaire	6,6	1.051	0,7	936	3,8	1.986
Secondaire et +	5,5	474	1,2	598	3,1	1.072
ND	*	10	*	0	*	10
Ensemble	5,7	2.312	0,9	1.747	3,6	4.058

* Basé sur trop peu de cas non pondérés (moins de 20).

14.3.2 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel des jeunes

Les questions sur le comportement sexuel n'ont été posées qu'aux jeunes de 15 à 24 ans. Le tableau 11 permet de mesurer l'impact de ces comportements sur le risque d'infection. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 76% ont déjà eu des rapports sexuels, une proportion plus élevée chez les femmes (84%) que chez les hommes (65%). La prévalence du VIH parmi les jeunes ayant une expérience sexuelle est de 5%, les femmes étant cinq fois et demie plus infectées que les hommes: 7% *contre* 1%.

L'âge au premier rapport sexuel ne semble pas être associé à la séroprévalence chez les femmes alors qu'il l'est très fortement chez les hommes. La prévalence est de 5% chez les hommes qui ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans alors qu'elle ne dépasse guère 1% chez ceux qui ont débuté leur vie sexuelle plus tardivement. Le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois ne montre pas une relation précise avec la prévalence.

Concernant le type du dernier partenaire, chez les femmes la prévalence est deux fois plus élevée chez celles qui ont eu leur dernier rapport sexuel avec un partenaire marital ou cohabitant alors qu'il n'existe pratiquement pas de différence chez les hommes. Conformément à ce qui était attendu, l'utilisation du condom réduit le risque d'infection. En effet, la prévalence est deux fois plus élevée parmi les femmes qui n'ont pas utilisé de condom lors de leur dernier rapport sexuel (11%) que chez celles qui l'ont utilisé (5%). La même tendance est observée chez les hommes (2% *contre* 1%).

Tableau VI.08 : Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans selon certaines caractéristiques du comportement sexuel : Pourcentage de jeunes de 15-24 ans séropositifs selon certaines caractéristiques du comportement sexuel, MICS 2006, RCA

Caractéristiques du comportement sexuel	Femmes		Hommes		Ensemble	
	% de positifs	Effectif	% de positifs	Effectif	% de positifs	Effectif
Âge au premier rapport sexuel						
≤ 15	7,0	639	4,5	224	6,4	863
15-17	6,3	1.042	0,5	580	4,3	1.622
18-19	6,7	164	0,5	215	3,2	379
20+	(0,0)	35	0,0	81	0,9	116
Non déclaré	8,1	63	(0,0)	41	4,9	103
Ensemble	6,5	1.943	1,2	1.140	4,6	3.084
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois						
0	7,4	148	0,0	79	4,8	227
1	6,2	1.638	1,6	696	4,8	2.334
2	6,1	114	0,6	179	2,7	293
3 ou plus	(8,7)	23	0,6	172	1,5	195
ND	(23,8)	21	*	15	17,1	35
Ensemble	6,5	1.943	1,3	1.140	4,6	3.083
Nature du dernier rapport sexuel au cours des 12 derniers mois						
Avec un partenaire non marital et non	6,0	1.684	1,2	486	4,9	2.169
Avec un partenaire marital ou cohabitant	11,0	91	1,5	477	3,0	567
ND	*	1	0,0	88	0,0	88
Ensemble	6,3	1.775	1,2	1.050	4,4	2.825
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	5,4	1.454	1,0	586	4,2	2.040
N'a pas utilisé de condom	10,5	296	1,5	453	5,1	750
ND	0,0	24	*	11	0,0	35
Ensemble	6,2	1.775	1,2	1.050	4,4	2.825

* Basé sur trop peu de cas non pondérés (moins de 20).
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés (compris entre 20 et 49).

14.4 Prévalence du VIH parmi les couples

Au total 2.642 couples cohabitants dont les deux conjoints ont été enquêtés et testés et les résultats connus ont pu être reconstitués (données non pondérées). Le tableau 12 présente le statut sérologique des deux membres en fonction de certaines de leurs caractéristiques sociodémographiques.

Dans 92% des cas, les deux conjoints sont séronégatifs ; ce n'est que dans 2% des cas où les deux sont séropositifs. Dans 7% des couples l'un des conjoints est séropositifs et l'autre séronégatifs (couples discordants). Les couples discordants dans lequel c'est l'homme qui est séropositif sont plus nombreux (4%) que ceux où c'est la femme qui est séropositive (3%).

La prévalence dans les couples varie en fonction de l'âge respectif des conjoints, de leur écart d'âge, du milieu de résidence, de leur niveau d'instruction respectif et du niveau de vie de leur ménage. Par contre l'état matrimonial et le type d'union ne semble pas influer sur la prévalence.

La prévalence est plus faible dans les couples où la femme ou l'homme est adolescent(e) (15 à 19 ans) ou d'âge mûr (plus de 45 ans). Il en est de même lorsque la femme est plus âgée que l'homme ou ce dernier est de loin plus âgé que sa conjointe (écart d'âge supérieur à 15 ans). Les couples du milieu rural sont moins infectés que ceux du milieu urbain (93% de couples séronégatifs contre 89%). La prévalence est moins élevée quand la femme est de niveau d'instruction primaire ou quand l'homme est de niveau secondaire ou plus. Elle est également plus faible parmi les couples aisés.

Il faut relever enfin le cas particulier des couples dans lesquels l'homme est âgé entre 35 et 39 ans. C'est dans ce cas que la proportion de couples séropositifs est la plus élevée (3%) et la seule fois ou il y a plus de couples discordants dans lesquels c'est l'homme qui est séropositif (6%) contre 3% où c'est la femme qui est séropositive. Cette particularité mérite une investigation plus poussée.

Tableau VI.09 : Prévalence du VIH parmi les couples : Répartition (en%) des couples cohabitants dont les deux conjoints ont été testés selon leur statut sérologique et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, MICS 2006, RCA

Caractéristiques	Les deux conjoints positifs	Homme positif, femme négative	Homme négatif, femme positive	Les deux conjoints négatifs	Total	Effectif
Âge de la femme (ans)						
15-19	2,0	1,4	2,5	94,1	100	352
20-24	2,0	4,0	4,8	89,2	100	501
25-29	1,3	3,7	5,6	89,3	100	534
30-34	1,6	2,2	4,9	91,2	100	445
35-39	1,7	2,9	3,1	92,3	100	351
40-44	2,0	3,6	2,6	91,8	100	304
45-49	2,3	0,6	0,6	96,6	100	174
Âge de l'homme (ans)						
15-19	(0,0)	(2,9)	(0,0)	(97,1)	100	34
20-24	0,4	0,7	2,1	96,8	100	283
25-29	2,1	2,3	6,3	89,3	100	477
30-34	1,4	3,6	5,0	90,0	100	502
35-39	3,1	6,0	2,7	88,2	100	414
40-44	1,7	3,5	3,8	91,0	100	347
45-49	1,7	1,7	4,7	91,9	100	298
50-54	2,1	0,5	0,5	96,8	100	188
55-59	0,9	0,0	2,6	96,6	100	118
Écart d'âges entre conjoints						
Femme plus âgée	2,2	5,9	5,9	85,9	100	185
Homme plus âgé de 0-4 ans	1,9	1,7	3,5	92,9	100	940
Homme plus âgé de 5-9 ans	1,7	3,4	3,0	91,9	100	889
Homme plus âgé de 10-14 ans	1,6	2,1	4,8	91,5	100	434
Homme plus âgé de 15 ans ou plus	1,4	5,1	5,6	87,9	100	214
État matrimonial						
Mariés	1,9	3,1	4,4	90,6	100	1.191
Vivant ensemble	1,7	2,7	3,5	92,1	100	1.470
Type d'union						
Polygame	1,9	3,2	3,7	91,2	100	216
Monogame	1,8	2,8	3,9	91,5	100	2.444
Milieu de résidence						
Urbain	2,0	3,8	5,3	88,8	100	885
Rural	1,6	2,4	3,2	92,8	100	1.776
Niveau d'instruction de la femme						
Sans instruction	1,9	1,6	2,6	94,0	100	1.339
Primaire	1,7	4,3	5,5	88,6	100	1.025
Secondaire et +	1,7	3,4	4,4	90,5	100	296
Niveau d'instruction de l'homme						
Sans instruction	1,7	1,1	4,1	93,1	100	462
Primaire	1,5	2,6	3,4	92,5	100	1.302
Secondaire et +	2,2	4,1	4,7	89,0	100	896
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	1,8	1,7	2,0	94,5	100	595
Second	1,3	2,3	3,6	92,8	100	609
Moyen	1,1	3,0	4,4	91,5	100	567
Quatrième	2,3	3,9	5,7	88,1	100	488
Le plus riche	2,7	4,0	4,2	89,1	100	402
Ensemble (%)	(1,8)	2,9	3,9	91,5	100	
Ensemble (Effectif)	47	76	104	2433		2.661

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés (compris entre 20 et 49).

14.5 Prévalence du VIH et test du VIH antérieur à l'enquête

Lors de l'enquête MICS-3 on a demandé à tous les hommes interviewés s'ils avaient déjà effectué un test VIH et, le cas échéant, s'ils avaient pris connaissance du résultat du test. Aux femmes qui ont effectué une visite prénatale lors d'une grossesse au cours des deux dernières années, on a demandé si elles avaient fait un test VIH dans ce cadre. À celles qui répondaient par la négative et celles qui n'ont pas effectué de visites prénatales, on leur demandait si elles avaient fait un test VIH sans référence à une période spécifique, et le cas échéant, si elles avaient là aussi pris connaissance du résultat du test. Le croisement des réponses des enquêtés

avec leur statut sérologique fournie par l'enquête MICS-3 permet de répondre à deux questions : est-ce que le fait ou la suspicion d'être infecté favorise le test du VIH ? Est-ce que les personnes séropositives sont plus susceptibles de connaitre leur statut sérologique que les séronégatives ? Les résultats présentés au tableau 11 permettent de répondre à la première question, tandis que le tableau 12 donne la réponse à la seconde question.

14.5.1 Le fait de faire un test est-il relié à une suspicion d'infection au VIH?

Le fait de faire un test VIH semble être associé à une suspicion d'infection chez les femmes, mais encore plus chez les hommes. En effet, la prévalence du VIH est de 6% chez les personnes qui n'ont pas fait de test alors qu'il est de 10% chez les enquêtés qui ont fait un test et qui connaissent les résultats et 11% chez ceux qui ont fait le test mais ne connaissent pas les résultats. Les écarts sont encore plus marqués chez les hommes. Chez les hommes, la prévalence est ainsi près de 5 fois plus élevée chez ceux qui ont fait le test sans en connaître le résultat (13%) que chez ceux qui n'en n'ont pas effectué (4%) et deux fois plus élevée parmi ceux qui connaissent leur sérologie (8%). Le fait que les écarts soient plus faibles chez les femmes proviendrait de ce que certaines d'entre elles ont fait le test à la suite d'une sensibilisation durant une visite prénatale, donc sans que leur démarche soit motivée par une suspicion d'infection.

Tableau VI.10 : Prévalence du VIH selon le test du VIH antérieur à l'enquête : Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans selon qu'ils ont effectué un test de VIH ou non et qu'ils connaissent le résultat du dernier test ou non, MICS 2006, RCA

Test et connaissance du résultat	Femmes		Hommes		Ensemble	
	% de positifs	Effectif	% de positifs	Effectif	% de positifs	Effectif
A fait le test						
Connait les résultats du dernier test	12,0	891	7,7	692	10,1	1.583
Ne connait pas les résultats	10,6	199	13,0	77	11,2	276
Jamais testés/ND	6,8	4.323	3,5	3.888	5,3	8.211
Ensemble	**12,0**	**5.413**	**4,3**	**4.657**	**6,2**	**10.070**

14.5.2 Les séropositifs connaissent-ils mieux leur statut sérologique que les séronégatifs ?

Les résultats présentés dans le tableau 12 indiquent clairement que les séropositives sont proportionnellement plus nombreux à connaitre leur statut sérologique que les personnes séronégatives, confirmant en partie le fait de faire le test a pu être motivé par une suspicion d'infection. Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, le quart des séropositifs connaissent leur sérologie contre 16% des séronégatives femmes et 14% des hommes séronégatifs.

Tableau VI.11 : Test du VIH antérieur à l'enquête et prévalence du VIH : Répartition (en%) des hommes de 15-49 ans par statut sérologique selon qu'ils ont déjà ou non effectué un test du VIH, MICS 2006, RCA

Test et connaissance du résultat	Femmes		Hommes		Ensemble	
	HIV négative	HIV positive	HIV négative	HIV positive	HIV négative	HIV positive
A fait le test						
Connait les résultats du dernier test	15,7	25,3	14,3	26,4	15,1	25,6
Ne connait pas les résultats	3,6	5,0	1,5	5,0	2,6	5,0
Jamais testés/ND	80,7	69,7	84,2	68,7	82,4	69,4
Ensemble	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

14.6 Ampleur du VIH en RCA

Deux approches peuvent permettre d'apprécier l'ampleur réelle du VIH/SIDA en RCA : d'une part, la comparaison des prévalences par groupe d'âge en RCA d'avec celles d'autres pays africains ayant collecté des données sérologiques au niveau populationnel et, d'autre part, l'estimation de l'effectif des personnes séropositives, fardeau que doivent supporter et la société centrafricaine et le système de santé du pays. Les deux points suivants présentent en détail les résultats de ces deux approches.

14.6.1 Prévalence du VIH en RCA comparée à celle d'autres pays africains

Les deux graphiques ci-dessous fournissent une comparaison des prévalences par groupe d'âges selon le sexe trouvées en RCA avec celles trouvées dans une dizaine d'autres pays d'Afrique Centrale, Orientale, Occidentale et Australe. Cette comparaison révèle que la RCA est le pays le plus infecté en Afrique Centrale et la prévalence y dépasse de loin celle des pays de l'Afrique de l'Ouest pris en compte dans la comparaison. En outre, la prévalence par groupe d'âges y est plus élevée que dans la quasi-totalité des pays considérés ici. Les trois exceptions (Malawi, Lesotho et Zambie) sont tous des pays de ce qu'on appelle communément le "*AIDS-belt*" ou « Ceinture du sida » situé en Afrique Orientale et Australe et épicentre de l'épidémie.

Figure VI.4 : Prévalence du VIH par groupe d'âge chez les femmes dans certains pays africains

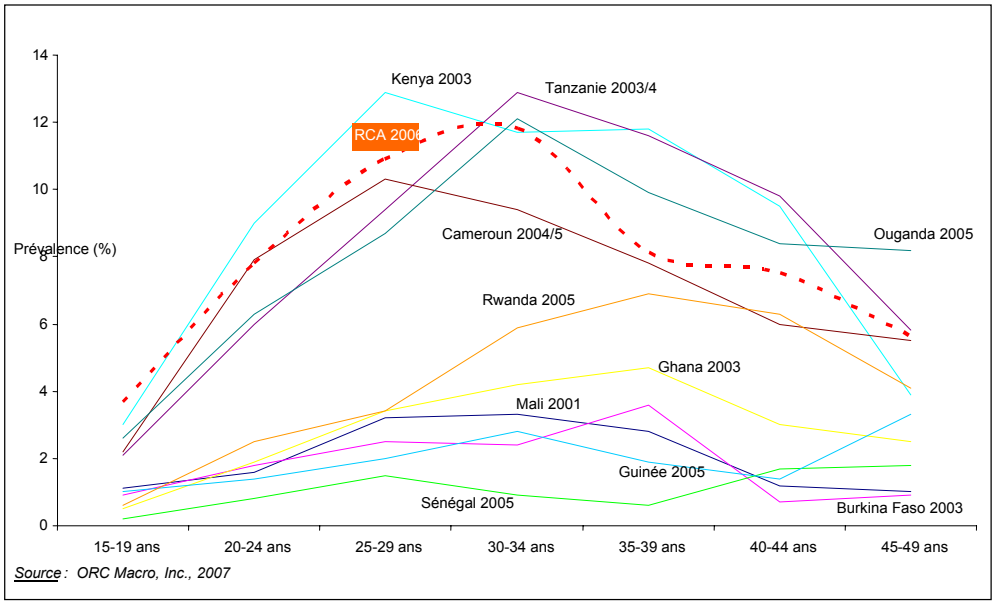
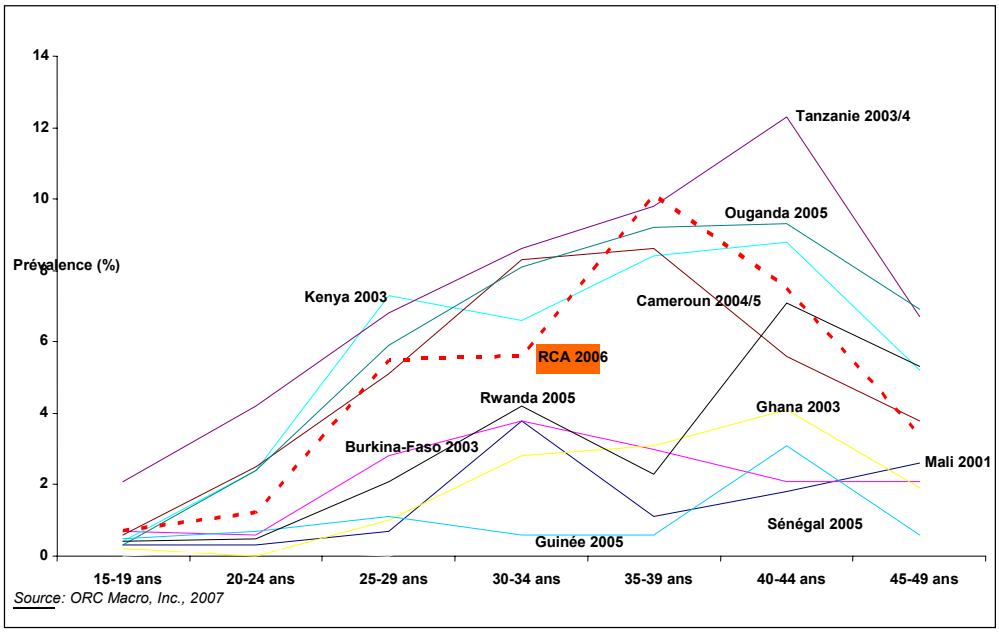


Figure VI.5 : Prévalence du VIH par groupe d'âge chez les hommes dans certains pays africains



14.6.2 Effectif de séropositifs

Les prévalences selon la préfecture et par sexe combinées avec les effectifs de la population de 15 à 49 ans de 2006 projetés à partir des données du troisième recensement général de la population et de l'habitation de 2003 (RGPH03) permettent d'estimer le nombre de séropositifs âgés de 15 à 49 ans désagrégés par sexe et préfecture. La RCA, Vakaga non comprise, compterait ainsi quelques 119 000 personnes séropositives âgées de 15 à 49 ans en 2006 dont 76 300 femmes, soit près des deux tiers et 42 700 hommes. Le ratio d'infection est ainsi de 179 femmes séropositives pour 100 hommes infectés.

La capitale Bangui abriterait à elle seule près du quart des séropositifs du pays tandis que la Mambéré-Kadéï, l'Ouham Pende et l'Ombella-M'poko concentrent respectivement 13, 12 et 11% des séropositifs. Ce sont donc 60% des séropositifs du pays qui vivent dans quatre préfectures tandis que les 40% restants sont répartis dans 13 autres, une preuve supplémentaire de la concentration géographique de la pandémie.

Tableau VI.12 : Effectifs de séropositifs par sexe et préfecture : Effectifs estimés de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon la préfecture, MICS 2006 et RGPH03, RCA

Préfecture	Femmes		Hommes		Effectifs de séropositifs tous sexes confondus
	Prévalence	Effectif de séropositifs	Prévalence	Effectif de séropositifs	
Ombella-M'poko	9,8	9.058	4,5	4.168	13.226
Lobaye	4,3	2.683	2,7	1.636	4.319
Mambéré-Kadéï	11,4	10.785	4,9	4.664	15.449
Nana-Mambéré	7,9	4.846	4,3	2.467	7.313
Sangha-Mbaéré	10,6	2.673	3,2	855	3.528
Ouham-Pendé	7,5	8.266	6,2	6.073	14.339
Ouham	4,3	4.091	1,8	1.616	5.707
Kémo	3,1	946	5,2	1.523	2.469
Nana-Gribizi	4,0	1.224	0,9	268	1.492
Ouaka	5,2	3.637	3,0	2.025	5.662
Haute-Kotto	15,1	3.502	6,0	1.674	5.176
Bamingui-Bangoran	8,3	900	6,4	635	1.535
Basse-Kotto	2,9	1.863	3,6	2.211	4.074
Mbomou	2,9	1.207	3,4	1.374	2.581
Haut-Mbomou	13,5	2.283	13,8	2.140	4.423
Bangui	10,3	18.369	5,1	9.409	27.778
Ensemble 15-49 ans	7,8	76.331	4,3	42.739	119.070

Il ressort des deux sections précédentes que les niveaux de prévalence, bien que plus faibles que ceux avancés jusqu'à présent (entre 13 et 15% selon la source), ne doivent cependant par être source de réjouissance puisqu'avec une telle prévalence, la RCA, demeure parmi les pays à épidémie généralisée, d'après la classification faite par l'ONUSIDA. Elle est également le pays le plus infecté en Afrique Centrale et Occidentale. Le système de santé du pays, éprouvé par une décennie de crises militaro-politiques récurrentes et la société minée par une pauvreté généralisée ne peuvent pas faire face au fardeau que constituent plus de 100 000 personnes séropositives sans compter les personnes non infectées mais affectées (la famille proche notamment).

De plus, une prévalence inférieure aux estimations antérieures était attendue du fait que dans tous les pays où une enquête populationnelle a été menée sur le VIH, la prévalence trouvée est systématiquement en deçà de la prévalence fournie par les surveillances sentinelles et les cartographies du VIH, du fait que les données collectées, essentiellement auprès des femmes enceintes, ne sont pas généralisables à la population entière aboutissant partout à une surestimation de la prévalence.

Conclusion

Les données de MICS ont fourni une prévalence du VIH en RCA fiable. Bien qu'inférieure aux estimations antérieures, cette prévalence confirme que le pays caracole en tête parmi les pays les plus touchés par la pandémie en Afrique Centrale et place la RCA parmi les pays à pandémie généralisée. La pandémie présente également une tendance à une forte concentration géographique (la prévalence est deux fois plus élevée en milieu urbain) et dans certains groupes de la population (les femmes, les instruits, les personnes aisées, les hommes militaires, les femmes personnel de santé et les non chrétiens). Toutefois, le risque de généralisation demeure étant donné que les groupes à haut risque sont aussi des groupes susceptibles de jouer un rôle de passerelle pour la migration du virus vers la population générale.

Il ressort de tout ceci que les actions spécifiques vers certains groupes, comme celles entamées par l'UNFPA en direction des militaires, méritent d'être poursuivies et renforcées et d'autres initiées en faveur de groupes jusque-là laissés en rade. Cette nouvelle orientation de la lutte ne doit cependant pas se faire au détriment des actions de préventions en direction de la population générale, notamment les actions de communication pour le changement de comportement, d'offre de services, et d'amélioration de l'environnement.

XV. Caractéristiques des ménages et des logements

Il est reconnu qu'un environnement décent avec un minimum de confort contribue à l'amélioration des conditions de vie des ménages. La politique nationale du gouvernement centrafricain en matière de logement met l'accent sur l'utilisation des matériaux locaux (bois, briques cuites, tuiles, etc.,) surtout que les ménages éprouvent beaucoup de difficultés faute de moyens financiers pour acheter les matériaux importés tels que : tôles, ciment, fer, carreaux, etc. De plus l'accès des ménages à certains biens d'équipement tels que la radio, le poste téléviseur, les nouvelles technologies de l'information, est l'une des conditions importantes pour une amélioration du niveau de vie des ménages.

Le présent chapitre met l'accent sur certains biens ou équipements durables que possèdent les ménages. Du point de vue opérationnel, cette approche ne ressort pas les difficultés éprouvées par les ménages ou les besoins réels des ménages en matière de logement etc. L'intérêt de la présente analyse au niveau international est qu'elle offre la possibilité de disposer d'indicateurs dans le cadre du suivi et de l'évaluation des progrès réalisés dans la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), notamment l'objectif 7 : Cet objectif vise à assurer un environnement durable c'est-à-dire exploiter rationnellement les ressources naturelles et protéger l'écosystème dont dépend la survie de l'humanité entière.

Au plan national, cette analyse permet d'augmenter les capacités de prévisions, de planification et de la conception d'une bonne politique en matière d'habitat. C'est également une occasion de disposer des indicateurs afin de mesurer tous les progrès réalisés dans la mise en œuvre et le suivi/évaluation des programmes et projets de développement initiés par le Gouvernement dans le cadre des stratégies de réduction de la pauvreté (SRP), la promotion de l'habitation sociale et de l'aménagement du territoire.

Le présent chapitre est structuré en trois sous-chapitres : le premier traite des caractéristiques des ménages ; le deuxième, des caractéristiques des logements et le troisième, des biens et équipements possédés par les ménages.

15.1 Caractéristiques des ménages

Parmi les caractéristiques des ménages retenues dans cette analyse figurent, la taille des ménages, la typologie des ménages et les caractéristiques sociodémographiques du chef de ménage.

Le ménage est un individu ou un ensemble d'individus apparentés ou non, qui reconnaissent l'autorité d'un même individu appelé chef de ménage, et dont les ressources sont toutes ou en partie communes. Ces personnes vivient généralement sous un même toit et prennent des repas en commun. Cette définition tient compte de trois critères fondamentaux, à savoir :

- l'unicité de résidence ;
- l'existence de lien parental ou non et,
- le fait de manger ensemble.

15.1.1 Taille du ménage

L'analyse des données de l'enquête MICS 3 (Tableau LO.02A) montre qu'au niveau national, la taille moyenne des ménages est de 5 personnes. Cette taille varie peu selon le milieu de

résidence. Elle est un peu plus élevée dans les zones urbaines (6 personnes) que dans les zones rurales (4 personnes). La taille moyenne des ménages dominante se trouve dans la région 7 (6 personnes) et dans la Sangha-Mbaéré (6 personnes).

Au niveau national, les ménages de grandes tailles (plus de 4 membres) sont plus nombreux (59%) que ceux de petites tailles (1 à 3 membres avec 41%). Toutefois, on note que le pourcentage des ménages d'une seule personne est de 12%.

Selon le milieu de résidence, les ménages ayant quatre membres et plus représentent 68% en milieu urbain et 54% en milieu rural.

Au niveau régional, le pourcentage des ménages de plus de dix personnes varie entre 3 et 18%. Ainsi, les ménages de plus de dix personnes sont plus fréquents dans la région 7 (Bangui 18%) que dans les autres régions. Ce pourcentage est environ trois fois plus élevé à Bangui que celui constaté au niveau national (7%). Si on prend en compte les sept régions administratives, plus de la moitié des ménages sont constitués de 2 à 5 personnes en dehors de la région 7 (Bangui 44%).

Tableau L0.01A: Répartition des ménages selon le nombre de personnes dans le ménage, RCA, MICS 3

Caractéristiques	Nombre de personnes dans le ménage							Taille moyenne des ménages
	1	2 - 3	4 - 5	6 - 7	8 - 9	10 & +	Total	
Milieu								
Urbain	7,7	24,0	26,1	18,4	11,5	12,3	100	5,5
Rural	13,6	32,6	28,3	15,2	6,4	3,8	100	4,2
Région administrative								
Région 1	13,9	27,5	28,8	15,7	7,8	6,3	100	4,5
Région 2	9,0	28,0	30,0	17,3	8,2	7,4	100	4,8
Région 3	10,2	31,9	29,7	17,3	6,7	4,2	100	4,4
Région 4	10,2	31,9	30,5	16,0	7,7	3,6	100	4,4
Région 5	19,5	35,6	24,1	12,1	5,1	3,6	100	3,8
Région 6	20,9	36,4	21,8	13,0	5,3	2,6	100	3,6
Région 7	3,7	19,8	23,8	19,3	15,0	18,4	100	6,4
Préfecture								
Ombella-M'poko	14,0	28,7	28,1	13,2	8,1	7,9	100	4,6
Lobaye	13,8	25,7	29,8	19,1	7,4	4,1	100	4,4
Mambéré-Kadéi	12,2	27,5	28,4	15,1	8,5	8,3	100	4,8
Nana-Mambéré	5,4	32,9	32,5	17,9	7,2	4,1	100	4,6
Sangha-Mbaéré	6,0	20,4	30,4	23,1	9,3	10,9	100	5,5
Ouham-Pendé	12,4	33,4	27,5	16,2	6,0	4,5	100	4,3
Ouham	6,6	29,6	33,4	18,9	7,8	3,7	100	4,6
Kémo	15,3	27,4	30,0	16,6	7,3	3,4	100	4,3
Nana-Grébizi	6,7	33,0	31,5	18,1	6,6	4,0	100	4,5
Ouaka	9,4	33,3	30,4	15,1	8,2	3,6	100	4,4
Haute-Kotto	21,6	36,9	22,9	10,6	4,8	3,2	100	3,6
Bamingui-Bangoran	15,0	32,8	26,7	15,5	5,6	4,5	100	4,2
Basse-Kotto	20,4	39,7	20,2	13,3	3,9	2,5	100	3,6
Mbomou	18,2	31,5	25,2	14,0	8,0	3,1	100	4,0
Haut-Mbomou	30,8	34,8	19,4	8,3	4,7	2,0	100	3,1
Bangui	3,7	19,8	23,8	19,3	15,0	18,4	100	6,4
Ensemble RCA	11,6	29,6	27,6	16,3	8,2	6,8	100	4,6

Source : Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3

Cependant, au niveau des préfectures, les ménages de plus de dix personnes et plus sont nombreux dans la Sangha-Mbaéré (11%).. La majorité des ménages des autres préfectures sont des ménages dont les tailles varient entre 2 à 5 membres. En effet, un tiers des ménages vivant dans les préfectures de la Nana-Mambéré, l'Ouham-Pendé, la Nana-Grébizi, la Ouaka, la Haute-Kotto, la Bamingui-Bangoran, la Basse-Kotto, le Mbomou et le Haut-Mbomou, compte entre 2 à 3 personnes. En outre, le pourcentage des ménages d'une personne est le plus élevé dans la préfecture du Haut-Mbomou et concerne environ un tiers des ménages.

15.1.2 Evolution de la taille des ménages de 1995 à 2006

La taille moyenne des ménages qui était de 5 personnes à l'EDS 94/95, est passée à 7 personnes à l'enquête MICS 2, puis à 5 personnes au RGPH 2003 et à 5 personnes à la MICS-3. Ainsi, l'on observe une relative stabilité de cet indicateur entre les résultats des deux enquêtes, à savoir l'EDS 94/ 95 et la MICS-3.

L'analyse des résultats de MICS-3 montre une hausse du pourcentage des ménages de petite taille (1 à 3 personnes). Ainsi, la part des ménages d'une seule personne qui était de 3% est passée à 12% en 2006 et celle des ménages de 2 à 3 personnes est passée de 17% à 30%. La situation de crise sociale et économique que connaît le pays depuis le début des années 1990, avec comme conséquences les difficultés de se prendre en charge sur le plan alimentaire, sanitaire, etc., pourrait expliquer cette attitude des ménages.

Tableau L0.01B: Pourcentage des ménages selon l'effectif des membres et la taille moyenne des ménages, EDS 94 – 95MICS 2, RGPH 2003 et MICS 3.

Taille des ménages	EDS 94 – 95	MICS 2	RGPH 2003	MICS 3
1	13,5	2,7	14	11,6
2 - 3	28,0	17,0	28	29,6
4 - 5	23,9	24,4	23,2	27,6
6 - 7	16,3	22,7	16,3	16,3
8 - 9	5,0	14,7	9,8	8,2
10 & +	13,1	18,5	8,5	6,8
Total	100	100	100	100
Taille moyenne	4,9	6,6	4.9	4,6

Source : Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3

15.2 Typologie des ménages

Il est utile et intéressant d'avoir des informations sur le type de lien qui pourrait exister entre les membres desdits ménages. Cette typologie a été définie selon que les membres des ménages sont constitués sur la base d'un noyau familial avec des liens directs, de multiples noyaux familiaux avec des liens directs ou indirects ou que ceux-ci comprennent aussi des membres collatéraux. Il ressort des différentes définitions, qu'il existe trois types de ménages, à savoir : les ménages nucléaires, semi nucléaires et élargis.

Le ménage nucléaire est défini comme celui constitué du chef de ménage, son épouse ou époux et les enfants biologiques.

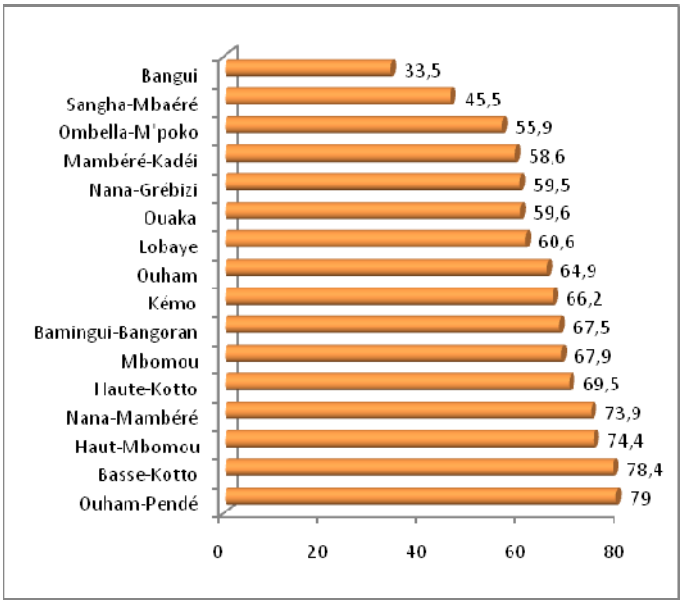
Le ménage semi nucléaire est celui constitué du chef de ménage, son épouse (ou son époux ou ses épouses), leurs enfants biologiques directs, les parents (père, mère) de l'un ou l'autre épouse du chef de ménage ou du chef de ménage lui-même.

Enfin, le ménage élargi est celui dont les types de liens familiaux qui existent entre les membres sont directs ou indirects. D'une manière générale, il est constitué du chef de ménage, son épouse (ou son époux ou ses épouses), les enfants biologiques directs, les parents (père, mère) de l'un ou l'autre épouse du chef de ménage ou du chef de ménage lui-même, frères et sœurs, beau frère ou belle sœur, oncle/tante nièces/neveu, nièces/neveu par mariage, enfant adopté/en garde/enfant du conjoint, autres parents (les petits fils, gendre ou belle fille), sans lien de parenté, etc.

Selon les résultats de l'enquête MICS3, les ménages sont plus souvent de type nucléaire que de type élargi (37% contre 2%). Cependant, on observe une variation selon le milieu de résidence. En milieu urbain, plus de la moitié des ménages sont de type élargi (53%) tandis qu'en milieu rural, près de sept ménages sur dix sont de type nucléaire.

Au niveau régional, le pourcentage des ménages de type nucléaire est partout élevé, sauf dans la région 7. Les résultats montrent que plus de la moitié de ceux-ci sont de type nucléaire dans les six premières régions, alors que dans la région 7 (Bangui), plus de six ménages sur dix sont de type élargi. Le pourcentage élevé des ménages de type élargi dans les centres urbains, et plus particulièrement dans la région 7 (Bangui), peut s'expliquer par la présence des frères, sœurs, petits fils du Chef de ménage, etc., mais très souvent on note la présence des jeunes à la recherche d'une meilleure scolarisation ou condition de vie.

Figure LO.1 : Situation des ménages nucléaires



L'analyse selon les préfectures indique la même tendance observée dans les régions administratives. En dehors de Bangui (34%) et de la Sangha-Mbaéré (46%) où les ménages de type nucléaire sont moins représentés, dans les autres préfectures, plus de la moitié des ménages sont de type nucléaire. Les proportions les plus importantes sont localisées dans les préfectures de la Nana-Mambéré, la Basse-Kotto et le Haut-Mbomou où plus de sept ménages sur dix sont de ce type. Les ménages de type élargi résident beaucoup plus dans les préfectures de la Sangha-Mbaéré (52%), l'Ombella-M'poko (43%), la Mambéré-Kadéï (40%) et la Nana-Grébizi (40%).

Par rapport au sexe du Chef de ménage, les résultats montrent que les ménages de type nucléaire sont généralement dirigés par les hommes (65%), tandis que les femmes dirigent beaucoup plus les ménages élargis

Concernant le niveau d'instruction, les ménages de type nucléaire sont dirigés davantage par les personnes de faible niveau d'instruction (sans niveau ou primaire). A l'inverse, les personnes du niveau secondaire ou plus ont tendance à diriger des ménages de type élargi (49%). Ainsi, on peut penser que le chef de ménage de haut niveau à l'avantage de trouver un emploi dont le revenu permet de prendre en charge de nombreuses personnes.

Si on prend en compte le niveau de vie des ménages, la majorité des ménages pauvres sont constitués autour du noyau familial. En effet, plus de sept ménages sur dix plus pauvres et pauvres sont des ménages de type nucléaire. Par contre, la moitié des ménages riches et 64% des ménages plus riches sont des ménages de type élargi.

Tableau L0.02: Répartition des ménages selon le type de ménage nucléaire, semi nucléaire et élargi et type de ménage selon certaines caractéristiques du Chef de ménage, RCA, MICS 3

Caractéristiques	Type de ménage			Ensemble
	Nucléaire	Semi-Nucléaire	Elargi	
Milieu				
Urbain	45,1	1,7	53,2	100,0
Rural	70,5	1,3	28,2	100,0
Région administrative				
Région 1	57,9	1,3	40,9	100,0
Région 2	61,2	1,6	37,3	100,0
Région 3	73,6	1,3	25,2	100,0
Région 4	61,0	2,1	36,8	100,0
Région 5	68,9	1,1	30,0	100,0
Région 6	74,5	1,2	24,3	100,0
Région 7	33,5	1,4	65,1	100,0
Préfecture				
Ombella-M'poko	55,9	,8	43,3	100,0
Lobaye	60,6	1,9	37,5	100,0
Mambéré-Kadéi	58,6	1,6	39,8	100,0
Nana-Mambéré	73,9	1,1	25,0	100,0
Sangha-Mbaéré	45,5	2,5	52,0	100,0
Ouham-Pendé	79,0	,7	20,4	100,0
Ouham	64,9	2,3	32,8	100,0
Kémo	66,2	2,9	30,9	100,0
Nana-Grébizi	59,5	1,0	39,5	100,0
Ouaka	59,6	2,2	38,2	100,0
Haute-Kotto	69,5	1,6	28,9	100,0
Bamingui-Bangoran	67,5	,1	32,4	100,0
Basse-Kotto	78,4	1,0	20,6	100,0
Mbomou	67,9	1,9	30,2	100,0
Haut-Mbomou	74,4	,4	25,1	100,0
Bangui	33,5	1,4	65,1	100,0
Sexe du chef de ménage				
Masculin	64,9	1,4	33,6	100,0
Féminin	48,1	1,6	50,3	100,0
Niveau d'instruction du chef de ménage				
Sans niveau	64,5	1,0	34,5	100,0
Primaire	66,8	1,7	31,5	100,0
Secondaire & +	49,9	1,4	48,7	100,0
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	75,3	1,5	23,2	100,0
Pauvre	70,3	1,1	28,7	100,0
Moyen	63,9	1,8	34,3	100,0
Riche	47,7	1,5	50,8	100,0
Le plus riche	34,7	1,4	64,0	100,0
Ensemble RCA	**61,6**	**1,4**	**36,9**	**100,0**

Source : Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3

15.3 Principales caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménages

La définition du ménage et son repérage ont été toujours déterminés en partant de l'existence d'un Chef de ménages.

De manière générale en République Centrafricaine, les résultats du tableau LO.03A, nous renseignent que ce sont les hommes qui assument plus souvent la fonction de Chef de ménage. Environ huit chefs de ménages sur dix sont des hommes. Cette situation varie plus selon le milieu de résidence, la région administrative, la préfecture et le statut socio économique des ménages. Toutefois, le pourcentage des femmes chefs de ménages est plus élevé dans la région 1 (24%), les préfectures du Haut-Mbomou (35%) et du Mbomou (26%), ainsi que parmi les plus pauvres (27%).

Tableau L0.03A: Répartition des ménages selon le sexe du chef de ménage, RCA, MICS 3

	Sexe du chef de ménage		Ensemble
	Masculin	Féminin	
Milieu			
Urbain	77,3	22,7	100,0
Rural	81,9	18,1	100,0
Région administrative			
Région 1	76,3	23,7	100,0
Région 2	85,4	14,6	100,0
Région 3	81,0	19,0	100,0
Région 4	81,4	18,6	100,0
Région 5	79,9	20,1	100,0
Région 6	78,3	21,7	100,0
Région 7	77,2	22,8	100,0
Préfecture			
Ombella-M'poko	74,9	25,1	100,0
Lobaye	78,3	21,7	100,0
Mambéré-Kadéi	84,3	15,7	100,0
Nana-Mambéré	87,9	12,1	100,0
Sangha-Mbaéré	84,1	15,9	100,0
Ouham-Pendé	78,8	21,2	100,0
Ouham	84,4	15,6	100,0
Kémo	82,0	18,0	100,0
Nana-Grébizi	81,5	18,5	100,0
Ouaka	81,2	18,8	100,0
Haute-Kotto	81,5	18,5	100,0
Bamingui-Bangoran	76,3	23,7	100,0
Basse-Kotto	83,4	16,6	100,0
Mbomou	74,2	25,8	100,0
Haut Mbomou	65,5	34,5	100,0
Bangui	77,2	22,8	100,0
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	73,1	26,9	100,0
Pauvre	82,9	17,1	100,0
Moyen	83,4	16,6	100,0
Riche	82,4	17,6	100,0
Le plus riche	83,1	16,9	100,0
Ensemble RCA	**80,3**	**19,7**	**100,0**

Source : Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3

15.4 Niveau d'instruction du chef de ménage

Les résultats de l'enquête (Tableau LO.03B), montrent qu'au niveau national, 28% des chefs de ménages sont sans niveau d'instruction, 45% ont le niveau primaire et 27% le niveau secondaire ou plus. Cependant, on observe une variation selon le milieu de résidence où la moitié des chefs de ménages en milieu rural ont le niveau du primaire, contre 46% qui ont le niveau du secondaire ou du supérieur en milieu urbain.

La proportion la plus élevée des chefs de ménages sans niveau d'instruction par rapport aux régions se trouvent dans la région 3 avec 38%. Plus de la moitié de ceux-ci ont le niveau primaire dans les régions 2, 4 5 et 6 et 62% des chefs de ménages de la région 7 ont le niveau du secondaire ou plus.

Les données au niveau préfectoral révèlent que les chefs de ménages sans niveau d'instruction sont plus nombreux dans l'Ouham-Pendé que dans les autres préfectures. Dans les préfectures de la Lobaye, Mambéré-Kadéï, Sangha-Mbaéré, Ouham, Nana-Grébizi, Ouaka, Haute-Kotto, Basse-Kotto et Mbomou, plus de la moitié des chefs de ménages ont le niveau primaire. Cependant, on note que quatre des chefs de ménages sur dix résidant dans l'Ombella-M'poko ont atteint le secondaire ou plus.

Les résultats du tableau ci-dessous indiquent que le niveau d'instruction du chef de ménage semble déterminer l'appartenance des ménages aux différentes catégories du statut de bien-

être économique. En effet, les ménages les plus pauvres (45%) dont le chef est sans instruction, sont les plus nombreux. De plus, un peu plus de la moitié des ménages pauvres (55%) et moyennement pauvres (52%), ont des chefs du niveau primaire. Enfin, plus de six ménages plus riches sur dix, sont dirigés par les chefs qui ont le niveau secondaire ou plus. Il ressort de cette analyse que les chefs de ménages plus instruits ont plus de chance de trouver un emploi pour un revenu qui leur permet d'améliorer les conditions de vie de leurs ménages respectifs.

Tableau L0.03B: Répartition des ménages selon le niveau d'instruction du chef de ménage, RCA, MICS 3

Caractéristiques	Niveau d'instruction du chef de ménage			Ensemble
	Sans niveau	Primaire	Secondaire & +	
Milieu				
Urbain	18,1	35,9	46,0	100,0
Rural	33,5	50,4	16,0	100,0
Région administrative				
Région 1	24,4	42,5	33,0	100,0
Région 2	27,7	51,0	21,3	100,0
Région 3	38,3	46,1	15,7	100,0
Région 4	24,2	51,2	24,6	100,0
Région 5	27,2	53,5	19,4	100,0
Région 6	37,4	50,0	12,6	100,0
Région 7	11,5	26,2	62,3	100,0
Préfecture				
Ombella-M'poko	23,1	36,8	40,1	100,0
Lobaye	26,3	50,8	22,9	100,0
Mambéré-Kadéi	24,3	52,1	23,6	100,0
Nana-Mambéré	38,2	46,3	15,5	100,0
Sangha-Mbaéré	18,7	56,0	25,3	100,0
Ouham-Pendé	43,9	40,7	15,4	100,0
Ouham	29,4	54,6	16,0	100,0
Kémo	29,9	42,3	27,8	100,0
Nana-Grébizi	24,4	51,0	24,6	100,0
Ouaka	22,1	54,5	23,4	100,0
Haute-Kotto	24,3	57,3	18,4	100,0
Bamingui-Bangoran	33,4	45,1	21,5	100,0
Basse-Kotto	39,6	50,5	9,9	100,0
Mbomou	35,9	50,7	13,4	100,0
Haut-Mbomou	31,5	45,8	22,7	100,0
Bangui	11,5	26,2	62,3	100,0
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	45,4	46,7	7,9	100,0
Pauvre	28,4	55,0	16,7	100,0
Moyen	23,2	51,8	25,0	100,0
Riche	19,7	40,1	40,2	100,0
Le plus riche	11,4	24,0	64,6	100,0
Ensemble RCA	28,1	45,4	26,5	100,0

Source : Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3

15.5 Caractéristiques des logements

Le fait de disposer d'un logement décent et adéquat, constitue un indicateur important de base pour le bien-être du ménage. MICS-3 a recueilli des informations sur le nombre total de pièces occupées par le ménage. La définition de pièces prend en compte les chambres à coucher, le salon, la salle à manger, la cuisine et le magasin habitable. Le nombre total de pièces est celui de tous les bâtiments qu'occupe un ménage.

15.5.1 Ampleur de la promiscuité des logements

Au niveau national, les données indiquent qu'il y a en moyenne 2 personnes par pièce. Ce nombre varie peu selon le milieu de résidence et les régions.

Au niveau préfectoral, on note une variation plus ou moins importante selon le cas, en ce qui concerne le nombre moyen de personnes (entre 2 à 3 personnes). Les données indiquent également que le maximum de personnes par pièce se trouve dans l'Ouham-Péndé (3 personnes) suivi des préfectures du Mbomou et de la Nana-Mambéré avec 2 personnes en moyenne par pièce.

Quant au nombre de pièces[10], les résultats du Tableau LO.04 montrent qu'en République Centrafricaine, 49% des ménages occupent beaucoup plus des logements de deux à trois pièces.

Au niveau régional, la même tendance est observée. En effet, plus de cinq ménages sur dix dans les régions 1, 2, 4 et 5 utilisent deux à trois pièces. Le pourcentage de ceux qui occupent une pièce est élevé dans la région 6 avec 38%. Les ménages de la région 7 occupent très souvent quatre à cinq pièces (38% des ménages) et de 6 pièces et plus (12% des ménages).

Au niveau préfectoral, plus de la moitié des ménages dans onze préfectures sur quinze, utilisent 2 à 3 pièces. Toutefois, les ménages du Mbomou (42%) et du Haut-Mbomou (44%) occupent beaucoup plus une pièce. Le pourcentage des ménages utilisant 4 à 5 pièces s' observe dans l'Ouham (35%) et ceux qui occupent 6 pièces et plus sont plutôt dans les préfectures de la Nana-Grébizi (6%) et de l'Ombella-M'poko (5%).

Les données révèlent aussi que si l'on tient compte du niveau d'instruction du chef de ménage, un peu plus de la moitié des ménages dont le chef a le niveau du primaire, occupent 2 à 3 pièces. L'utilisation d'une pièce est observée chez les ménages dont le chef est sans niveau d'instruction (35%). Les ménages dont le chef a le niveau du secondaire ou plus, occupent soit quatre à cinq pièces (33%) soit six pièces et plus (7%).

Selon le statut du bien-être économique, plus de cinq ménages sur dix classés parmi les plus pauvres et les pauvres, occupent dans deux à trois pièces. Par contre, les ménages riches (46%) utilisent beaucoup plus 2 à 3 pièces et les ménages plus riches (42%) 4 à 5 pièces. Il faut aussi noter que 16% des ménages les plus riches occupent généralement 6 pièces et plus. Il ressort de l'analyse que le nombre de pièces utilisées augmente lorsque le niveau de vie du ménage s'améliore.

[10] Au cours de l'enquête MICS 2, l'information qui avait été recueillie portait sur le nombre de pièces dans le logement. L'enquête MICS 3 a saisi plutôt le nombre total de pièces utilisé ou susceptible d'être utilisé pour dormir dans le ménage.

Tableau L0.04: Répartition des ménages selon le nombre de pièces et le nombre moyen de personnes par pièce dans le logement, RCA, MICS 3

	Nombre de pièces par ménage				Nombre moyen de personnes par pièce	Ensemble
	1	2 - 3	4 - 5	6 - 12		
Milieu						
Urbain	13,2	45,3	33,3	8,3	1,9	100
Rural	30,0	50,9	17,0	2,0	2,1	100
Région administrative						100
Région 1	17,9	50,9	26,5	4,8	1,8	100
Région 2	21,5	56,0	20,3	2,2	2,2	100
Région 3	32,1	46,5	18,8	2,6	2,2	100
Région 4	18,3	53,2	24,6	3,8	1,8	100
Région 5	29,4	54,0	14,7	1,8	1,8	100
Région 6	37,9	45,3	13,9	2,8	2,0	100
Région 7	12,2	38,2	37,9	11,7	2,0	100
Préfecture						
Ombella-Mpoko	17,6	51,0	26,2	5,2	1,8	100
Lobaye	18,3	50,7	26,8	4,1	1,8	100
Mambéré-Kadéï	22,6	51,4	23,4	2,7	2,1	100
Nana-Mambéré	26,2	59,7	12,5	1,6	2,3	100
Sangha-Mbaéré	9,7	63,3	25,1	1,9	2,1	100
Ouham-Péndé	45,9	43,7	8,6	1,7	2,6	100
Ouham	10,1	51,0	35,0	3,9	1,6	100
Kémo	14,7	54,8	27,8	2,7	1,6	100
Nana-Grébizi	7,5	53,1	33,6	5,8	1,5	100
Ouaka	23,2	52,7	20,5	3,6	1,9	100
Haute-Kotto	30,9	52,6	14,5	2,1	1,8	100
Bamingui-Bangoran	26,4	57,0	15,3	1,3	2,0	100
Basse-Kotto	34,1	48,1	14,4	3,4	1,9	100
Mbomou	42,2	42,1	13,6	2,0	2,3	100
Haut-Mbomou	43,9	41,1	12,3	2,6	1,8	100
Bangui	12,2	38,2	37,9	11,7	2,0	100
Sexe du chef de ménage						
Masculin	23,1	49,1	23,5	4,3	2,1	100
Féminin	28,4	48,4	19,3	3,8	1,8	100
Niveau d'instruction du chef de ménage						
Sans niveau	34,9	47,0	15,4	2,7	2,1	100
Primaire	23,0	52,3	21,4	3,4	2,0	100
Secondaire & +	14,4	45,3	33,1	7,2	2,0	100
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	38,4	50,1	10,5	1,0	2,0	100
Pauvre	29,5	53,2	15,9	1,4	2,1	100
Moyen	19,6	55,4	22,6	2,4	2,0	100
Riche	12,6	45,8	35,5	6,1	2,0	100
Le plus riche	8,4	34,3	41,8	15,5	1,9	100
Ensemble RCA	24,1	49,0	22,7	4,2	2,0	100

Source : Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3

15.5.2 Caractéristiques des habitations

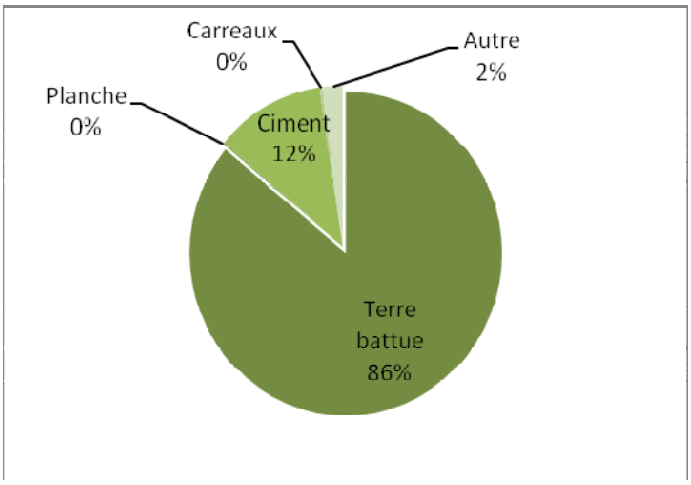
Il est important de rappeler que les informations recueillies auprès des ménages en ce qui concerne les différents matériaux du plancher, mur et du toit, portent particulièrement sur les bâtiments principaux. Ils ont été définis comme ceux dans lesquels la majorité des membres du ménage vivent. L'intérêt de disposer des informations sur ces trois types de matériaux, réside dans le fait qu'ils permettent de définir le standing de vie des ménages

a) Les matériaux du plancher

Au cours de l'opération de collecte de données de la MICS-3, huit principaux types de matériaux du plancher ont été retenus. Cependant, nous avons procédé à un regroupement par rapport à la réalité du pays. Ainsi, cinq types de matériaux du plancher ont été définitivement retenus dans le cadre de cette analyse. Il s'agit de: terre battue, planche, ciment, carreaux et

autres. Dans « autres », on trouve la bouse, la palme/bambou, le paquet ou bois cire et la moquette.

Figure LO.2 : Principaux matériaux du plancher



La majorité des planchers des logements est en terre battue (plus de 80%). Le deuxième matériau utilisé est le ciment et représente 11%. La terre battue demeure le matériau le plus souvent utilisé tant en zone urbaine que rurale, mais à des proportions différentes. Si plus de neuf logements sur dix en milieu rural ont le plancher en terre battue, en milieu urbain le rapport est de sept sur dix. Cependant, plus d'un quart des logements en milieu urbain ont le plancher en ciment, contrairement en zone rurale (3%).

La répartition par région indique qu'en dehors de la région 7 (Bangui) où 57% des logements ont les planchers en terre battue, dans le reste des régions, plus de huit logements sur dix sont concernés. Le ciment comme matériau du plancher est beaucoup plus utilisé dans deux régions : la région 7 avec 39% et la région 2 avec 12%.

Au niveau préfectoral, la même tendance est observée. Le pourcentage des logements dont le plancher est en terre battue varie entre 79 et 97%. La planche comme matériau du plancher a un pourcentage plus élevé dans la Sangha-Mbaéré (3%), zone forestière où sont implantées des scieries. Le pourcentage des logements qui ont le plancher en ciment est nettement supérieur à la moyenne nationale (11%) notamment dans les préfectures de la Sangha-Mbaéré (17%), la Nana-Mambéré (16%) et l'Ombella-M'poko (15%).

Quels que soient le sexe et le niveau d'instruction du chef de ménage, aucune disparité n'est relevée concernant l'utilisation des différents types de matériaux pour le plancher des logements. Toutefois, 24% des chefs de ménages de niveau secondaire ou plus occupent des logements dont le plancher est fait de ciment.

Tableau L0.05A: Répartition des logements selon le type de matériaux utilisés pour le plancher, RCA, MICS 3

Caractéristiques	Matériaux du plancher					Ensemble
	Terre battue	Planche	Ciment	Carreaux	Autre	
Milieu						
Urbain	69,9	,2	26,8	,8	2,2	100,0
Rural	94,3	,2	3,3	,0	2,2	100,0
Région administrative						
Région 1	84,5	,1	10,1	,1	5,2	100,0
Région 2	84,5	,8	12,3	,0	2,4	100,0
Région 3	94,4	,0	4,8	,0	,8	100,0
Région 4	94,7	,0	3,5	,4	1,4	100,0
Région 5	89,4	,1	9,0	,0	1,5	100,0
Région 6	95,7	,0	3,3	,0	,9	100,0
Région 7	56,6	,0	39,0	1,7	2,7	100,0
Préfecture						
Ombella-M'poko	82,2	,0	14,5	,2	3,2	100,0
Lobaye	87,8	,2	3,9	,0	8,0	100,0
Mambéré-Kadéi	88,2	,4	8,1	,0	3,2	100,0
Nana-Mambéré	81,3	,0	16,4	,1	2,2	100,0
Sangha-Mbaéré	79,0	3,2	17,3	,1	,4	100,0
Ouham-Pendé	93,1	,0	6,0	,0	,9	100,0
Ouham	96,4	,0	3,0	,0	,6	100,0
Kémo	92,8	,0	3,5	,0	3,7	100,0
Nana-Grébizi	97,1	,0	1,7	,3	1,0	100,0
Ouaka	94,6	,0	4,2	,6	,6	100,0
Haute-Kotto	89,7	,1	9,1	,0	1,1	100,0
Bamingui-Bangoran	88,7	,0	8,9	,0	2,4	100,0
Basse-Kotto	96,8	,0	2,6	,0	,6	100,0
Mbomou	94,9	,0	4,0	,0	1,2	100,0
Haut-Mbomou	93,3	,4	4,7	,0	1,6	100,0
Bangui	56,6	,0	39,0	1,7	2,7	100,0
Sexe du chef de ménage						
Masculin	85,8	,2	11,7	,3	2,0	100,0
Féminin	86,0	,0	10,7	,2	3,0	100,0
Niveau d'instruction du chef de ménage						
Sans niveau	90,2	,0	6,8	,1	2,9	100,0
Primaire	90,9	,3	7,0	,1	1,7	100,0
Secondaire & +	73,1	,2	23,9	,9	1,9	100,0
Ensemble	**86,0**	**,2**	**11,4**	**,3**	**2,1**	**100,0**

Source : Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3

b) Les matériaux du toit

L'enquête MICS 3 a retenu au total dix principaux types de matériaux du toit. Dans le cadre de cette analyse, le regroupement fait, permet de distinguer la paille constituée de toit en chaume/feuille de palmier, herbe/paille et natte ; bambou ; tôle et la catégorie « autres » constituée de : pas de toit, planche de bois, bois, tuiles et ciment.

Les données du tableau LO.05B indiquent que plus de la moitié des logements au niveau national ont des toits en paille. Ensuite, deux types de matériaux sont fréquemment utilisés. Il s'agit de la tôle qui représente 29% et le bambou, 12%. Par contre, l'usage des matériaux change selon le milieu de résidence. En effet, 65% des logements en zone urbaine ont une toiture en tôle et seulement 29% en paille. En zone rurale, plus de sept logements sur dix ont la toiture en paille et 17% en bambou.

Au niveau régional, on observe une variation. La proportion des logements dont le toit est en paille varie entre 80% et 88% dans les régions 3, 4, 5 et 6. Dans les régions 1 et 2, la paille et le bambou sont fréquemment utilisés pour le toit. Ainsi, dans la région 1, 38% des logements ont un toit en paille et 23% en bambou. Ces proportions sont respectivement de 44% et 32% dans la région 2. La quasi-totalité des logements de la région 7 (Bangui), ont des toits en tôle (98%).

La répartition par préfecture révèle que plus de la moitié des logements (entre 53 et 92%) ont des toitures en paille dans les préfectures de la Lobaye, la Nana-Mambéré, l'Ouham-Péndé, l'Ouham, la Kémo, la Nana-Grébizi, la Ouaka, la Haute-Kotto, la Bamingui-Bangoran, la basse-Kotto, le Mbomou et le Haut-Mbomou. Dans le reste des préfectures, on trouve moins de la moitié des logements ayant des toits en paille. Le pourcentage le plus faible se localise dans la Sangha-Mbaéré, soit 7%. Cependant, plus de six logements sur dix ont des toits en bambou dans la Sangha-Mbaéré, suivie de la Mambéré-Kadéï (quatre sur dix). En dehors de l'Ombella-M'poko située à la périphérie de Bangui où un peu plus de la moitié des logements ont des toits en tôle, moins de la moitié des logements (4 à 31%) dans le reste des préfectures ont ce type de toiture.

Le sexe du chef de ménage, n'est pas une variable de différenciation quant à l'utilisation des différents types de matériaux pour le toit des logements.

Par contre, plus de six chefs de ménages sur dix qui sont sans niveau d'instruction ou de niveau du primaire, vivent dans les logements dont la toiture est en paille. A l'inverse, 55% des chefs de ménages de niveau secondaire ou plus occupent plutôt des logements qui ont des toits en tôle.

Tableau L0.05B: Répartition des logements selon le type de matériaux utilisés pour le toit, RCA, MICS 3

	Matériaux du toit				Ensemble
	Paille/chaume	Bambou	Tôle	Autre	
Milieu					
Urbain	29,2	4,9	65,4	,5	100,0
Rural	73,3	16,5	9,8	,3	100,0
Région administrative					
Région 1	38,2	23,1	38,4	,2	100,0
Région 2	44,3	32,3	23,2	,2	100,0
Région 3	87,5	,3	12,2	,1	100,0
Région 4	86,2	,8	11,8	1,2	100,0
Région 5	83,2	1,3	14,9	,5	100,0
Région 6	79,9	12,8	7,0	,2	100,0
Région 7	,8	,1	98,2	,8	100,0
Préfecture					
Ombella-M'poko	28,2	20,9	50,6	,3	100,0
Lobaye	52,3	26,1	21,4	,1	100,0
Mambéré-Kadéi	39,2	39,7	20,9	,2	100,0
Nana-Mambéré	73,0	3,8	22,8	,4	100,0
Sangha-Mbaéré	6,5	62,7	30,7	,1	100,0
Ouham-Pendé	84,9	,5	14,5	,1	100,0
Ouham	91,6	,0	8,4	,0	100,0
Kémo	85,9	,6	12,2	1,3	100,0
Nana-Grébizi	90,2	,0	9,6	,2	100,0
Ouaka	85,1	1,1	12,4	1,5	100,0
Haute-Kotto	83,3	1,9	14,0	,8	100,0
Bamingui-Bangoran	82,8	,1	17,1	,0	100,0
Basse-Kotto	88,6	6,8	4,4	,2	100,0
Mbomou	66,8	22,0	10,8	,4	100,0
Haut-Mbomou	76,3	15,1	8,4	,2	100,0
Bangui	,8	,1	98,2	,8	100,0
Sexe du chef de ménage					
Masculin	58,1	12,6	29,0	,3	100,0
Féminin	57,1	12,0	30,2	,8	100,0
Niveau d'instruction du chef de ménage					
Sans niveau	69,1	11,9	18,8	,2	100,0
Primaire	65,2	14,0	20,5	,3	100,0
Secondaire & +	33,9	10,1	55,2	,8	100,0
Ensemble	**58,0**	**12,4**	**29,2**	**,4**	**100,0**

Source : Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3

Compte tenue de sa durée de vie et de sa résistance aux conditions climatiques, la tôle est considérée comme un matériau de modernisation du logement des ménages. Le logement qui a un toit en tôle ne peut être renouvelé qu'après plus de quinze à vingt ans ; ce qui n'est pas le cas des logements dont le toit est en paille. D'une manière générale, la diversité du climat et

de la végétation du Sud au Nord du pays, ont en partie une influence sur le choix des types de matériaux du toit. Ainsi, la paille est beaucoup plus utilisée dans la zone de savane, alors que le bambou est plus utilisé dans la zone de forêt dense.

c) Les matériaux du mur

Pour ce qui est des matériaux du mur, une dizaine a été saisie et regroupée ainsi qu'il suit : la paille ; terre battue (motte de terre et bambou avec la boue) ; brique en terre (brique) ; ciment ; bois (contre plaqué, bois de récupération, et planches de bois) et « autres » (pas de mur, pierre avec boue, adobe non recouvert, pierre avec chaux/ciment, blocs de ciment, et adobe recouvert). Toutefois, il est utile de signaler que la brique cuite très preferée de nos jours à cause de sa résistance, n'a pas été saisie particulièrement. Elle fait partie du type de brique en terre.

D'après les données du Tableau LO.05C, la majorité des murs des logements sont en briques de terre. En effet, plus de huit logements sur dix, ont les murs construits en briques de terre. Le deuxième type de matériau du mur utilisé est la terre battue (4%). Mais quel que soit le milieu de résidence, la plupart des murs des logements sont en briques de terre.

La répartition selon les régions indique la prédominance des briques de terre comme matériau de construction du mur dont les pourcentages varient entre 73% et 98%.

La répartition par préfecture révèle une nette disparité. En dehors de la Sangha-Mbaéré où les briques de terre sont faiblement utilisées (16%), les proportions des briques de terre utilisées pour construire les murs des logements varient entre 79% et 99% dans les autres préfectures. Toutefois, on note l'utilisation des autres types de matériaux du mur à des degrés divers. En effet, la paille est fréquemment utilisée dans la Mambéré-Kadéi (5%) ; la terre battue dans la Sangha-Mbaéré (17%) ; le ciment (9%) à Bangui et (5%) dans la Mambéré-Kadéi (à cause de sa proximité avec le Cameroun) et le bois dans la Sangha-Mbaéré (61%). L'utilisation importante du bois/plancher pour le mur dans la Sangha-Mbaéré peut s'expliquer non seulement par la présence de nombreuses sociétés forestières, mais aussi par la disponibilité de la matière première offerte gracieusement par la nature.

Enfin, les données montrent que certaines caractéristiques sociodémographiques du chef de ménage, ne jouent pas sur l'utilisation des briques de terre comme matériaux du mur. A titre d'exemple, 86 à 89% des murs des logements sont construits en brique de terre quels que soient le niveau d'instruction et le sexe du chef de ménage .

La préférence des briques de terre en RCA par rapport au bois, à la terre battue et à la paille, se justifie entre autres par sa solidité. Il résulte de cette analyse que sur le plan socio-économique, le choix des types de matériaux pour le plancher, la toiture et le mur, dépend en grande partie du statut du bien être économique du ménage. Aussi, bien que la tôle et le ciment soient des matériaux durables, est-il très difficile pour la majorité des ménages de les acquérir, à cause de leur coût prohibitif dans un monde aujourd'hui en bouleversement à cause de la flambée du prix du baril du pétrole avec toutes les conséquences sur les plan économique et social. De ce fait, les types de matériaux du plancher, du mur et du toit, deviennent dans ces conditions des indicateurs importants d'évaluation de niveau de vie des ménages.

Tableau L0.05C: Répartition des logements selon le type de matériaux utilisés pour le mur, RCA, MICS 3

Caractéristiques	Matériaux du mur						Ensemble
	Paille	Terre battue	Brique en terre[11]	Ciment	Bois	Autre	
Milieu							
Urbain	,0	1,2	86,4	5,9	3,6	3,0	100,0
Rural	1,3	5,5	89,0	,6	2,2	1,4	100,0
Région administrative							
Région 1	,8	7,2	86,7	1,4	2,6	1,3	100,0
Région 2	2,7	6,9	73,3	3,5	11,0	2,6	100,0
Région 3	,2	,6	97,5	,4	,0	1,3	100,0
Région 4	,1	1,1	97,6	,7	,1	,4	100,0
Région 5	1,9	3,8	92,3	,9	,0	1,1	100,0
Région 6	,1	6,1	91,1	,4	,0	2,1	100,0
Région 7	,0	1,1	85,6	9,1	,0	4,1	100,0
Préfecture							
Ombella-M'poko	1,0	9,3	86,2	1,9	,0	1,5	100,0
Lobaye	,7	4,2	87,5	,6	6,1	1,0	100,0
Mambéré-Kadéi	4,7	7,7	78,6	4,8	,9	3,4	100,0
Nana-Mambéré	,2	,1	96,0	2,7	,1	,9	100,0
Sangha-Mbaéré	1,3	17,3	15,8	1,2	61,0	3,4	100,0
Ouham-Pendé	,3	,7	96,7	,5	,0	1,7	100,0
Ouham	,0	,3	98,6	,3	,0	,8	100,0
Kémo	,3	,2	98,8	,2	,0	,5	100,0
Nana-Grébizi	,0	5,6	93,6	,0	,2	,6	100,0
Ouaka	,0	,0	98,5	1,1	,1	,2	100,0
Haute-Kotto	1,8	3,0	93,6	,1	,0	1,5	100,0
Bamingui-Bangoran	2,1	5,7	89,5	2,4	,0	,3	100,0
Basse-Kotto	,2	2,6	95,5	,3	,0	1,4	100,0
Mbomou	,1	11,6	84,2	,8	,0	3,2	100,0
Haut-Mbomou	,1	7,1	90,3	,1	,0	2,4	100,0
Bangui	,0	1,1	85,6	9,1	,0	4,1	100,0
Sexe du chef de ménage							
Masculin	,9	3,8	88,0	2,5	2,8	2,1	100,0
Féminin	,4	4,7	88,7	2,3	2,2	1,6	100,0
Niveau d'instruction du chef de ménage							
Sans niveau	1,3	4,7	89,4	1,6	1,4	1,6	100,0
Primaire	,9	4,3	88,8	1,4	3,2	1,4	100,0
Secondaire & +	,1	2,6	86,0	4,9	3,0	3,3	100,0
Ensemble	,8	4,0	88,2	2,4	2,6	2,0	100,0

Source : Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3

15.6 Biens et équipements possédés par les ménages

Les éléments qui ont permis de construire l'indicateur du bien-être des ménages sont basés non seulement sur les conditions de vie (logements, installations sanitaires, l'eau de boisson, etc.), mais aussi le patrimoine (équipements durables, moyens de déplacement, parcelle cultivable, bétail, etc.) dont disposent ceux-ci. Au cours des opérations de collecte des données, plusieurs équipements et biens possédés par les ménages ou au moins un membre du ménage, ont été saisis.

15.6.1 Les équipements durables du ménage

Durant l'enquête, la question a été posée au chef de ménage ou son représentant pour savoir si le ménage possédait des équipements allant de l'électricité, radio, téléphone, au lit, etc. Dans le cadre du présent analyse, l'accent sera mis sur la possession des biens suivants : l'électricité, le poste téléviseur, le téléphone mobile, lé téléphone fixe, l'ordinateur et le poste radio.

Les données montrent que moins de la moitié des ménages, possèdent un poste de radio, 4% le poste téléviseur, 8% ont accès à l'électricité, et pour 8% des ménages au moins un membre possède le téléphone fixe ou mobile. La moyenne des ménages disposant d'ordinateur est partout très insignifiante. Cependant, on note une disparité entre le milieu urbain et rural où

[11] La dénomination brique en terre englobe les briques de terre et les briques cuites.

on observe la concentration des équipements durables en zone urbaine. En effet, plus de six ménages sur dix en moyenne dans les centres urbains, possèdent un poste de radio, 20% ont accès à l'électricité, 11% possèdent un poste téléviseur et dans 23% de ceux-ci, au moins un membre a le téléphone fixe ou mobile.

La même tendance est observée selon l'analyse régionale, où plus de la moitié des ménages en moyenne des régions 1, 2 et 7, possèdent le poste de radio. Les proportions élevées des ménages qui ont des équipements durables, se trouvent dans la région 7, où 43% ont accès à l'électricité, 23% possedent le poste téléviseur, 47% ont les téléphones mobiles et fixes et 3% ont un ordinateur .

En ce qui concerne les préfectures, le même constat est relevé. Toutefois, dans les préfectures de l'Ombella-M'poko, Mambéré-Kadéï, Nana-Mambéré, Sangha-Mbaéré et Bamingui-Bangoran, 52% à 61% des ménages possèdent un poste de radio. Les proportions des ménages qui ont des équipements durables sont plus représentatives dans l'Ombella-M'poko proche de la ville de Bangui : l'électricité 11%, le poste téléviseur 6% et les téléphones mobile et fixe 11%.

Tableau L0.06: Répartition des ménages selon le type d'équipements durables possédés, RCA, MICS 3

Caractéristiques	Pourcentage de ménages ayant l'électricité	Pourcentage de ménages disposant d'un poste téléviseur	Pourcentage de ménages dont un membre a le téléphone mobile	Pourcentage de ménages dont un membre dispose de téléphone fixe	Pourcentage de ménages ayant un ordinateur	Pourcentage de ménages un poste radio
Milieu						
Urbain	20,3	11,4	19,7	2,8	1,3	66,2
Rural	1,1	,6	,4	,0	,0	40,6
Région administrative						
Région 1	6,8	4,1	6,3	,4	,4	54,0
Région 2	2,2	2,0	2,9	,5	,1	59,0
Région 3	,7	,5	,2	,1	,0	36,6
Région 4	1,0	,3	,2	,0	,1	42,3
Région 5	2,3	1,2	1,2	,0	,1	46,0
Région 6	1,2	,4	,1	,0	,1	30,4
Région 7	43,3	23,2	40,4	6,1	2,8	77,7
Préfecture						
Ombella-M'poko	10,8	6,2	10,5	,7	,6	59,7
Lobaye	1,2	1,3	,5	,0	,0	46,0
Mambéré-Kadéi	1,9	2,2	4,7	,8	,2	58,1
Nana-Mambéré	1,3	1,1	,7	,1	,0	59,2
Sangha-Mbaéré	4,4	2,8	1,6	,1	,0	60,9
Ouham-Pendé	1,2	,8	,1	,1	,0	39,0
Ouham	,0	,0	,4	,0	,0	32,8
Kémo	1,1	,1	,2	,0	,0	41,6
Nana-Grébizi	1,1	,1	,0	,0	,0	33,8
Ouaka	1,0	,4	,3	,0	,1	45,3
Haute-Kotto	2,2	,9	1,7	,0	,2	43,1
Bamingui-Bangoran	2,7	1,8	,0	,0	,0	52,3
Basse-Kotto	1,6	,2	,1	,0	,0	30,0
Mbomou	,6	,2	,1	,0	,1	29,3
Haut-Mbomou	,5	1,6	,2	,1	,2	35,1
Bangui	43,3	23,2	40,4	6,1	2,8	77,7
Sexe du chef de ménage						
Masculin	8,1	4,6	7,4	1,0	,5	54,3
Féminin	6,5	3,6	5,9	1,0	,2	30,4
Niveau d'instruction du chef de ménage						
Sans niveau	2,9	1,6	1,9	,2	,0	31,2
Primaire	3,5	1,8	2,4	,4	,1	46,6
Secondaire & +	20,4	11,9	20,8	2,9	1,6	73,6
Ensemble	**7,8**	**4,4**	**7,1**	**1,0**	**,5**	**49,4**

Source : Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3

Si l'on tient compte des caractéristiques sociodémographiques du chef de ménage, on constate une disparité selon le sexe. Ainsi, plus de cinq ménages sur dix en moyenne dont le chef est un homme dispose d'un poste de radio, contre un tiers environ dont le chef est une femme.

Certains équipements tels que l'électricité 8%, le poste téléviseur 5% et les téléphones mobile et fixe 8%, sont beaucoup plus usités dans les ménages dirigés par des hommes dans l'Ombella-M'poko.

Selon leur niveau d'instruction, les chefs de ménages du niveau secondaire ou plus, possèdent beaucoup plus des équipements durables, à savoir : l'électricité 20%, le poste téléviseur 12% et les téléphones mobile et fixe 24%.

En dehors du poste de radio, outil essentiel de communication, de sensibilisation et d'information, utilisé par une proportion importante des ménages, les autres biens d'équipement sont moins répandus dans la plupart des ménages.

15.6.2 Accès des ménages aux moyens de déplacement

Le fait qu'un ménage dispose d'un moyen roulant est un atout important non seulement pour faciliter le déplacement des personnes et le transport des biens, mais aussi un des facteurs qui permet d'évaluer le niveau du bien être des ménages. Au cours de l'enquête sur le terrain, la question a été posée au chef de ménage ou son répondant pour savoir si un des membres du ménage possède une bicyclette, une motocyclette/scooter, une charrette avec animal, une voiture/camion et/ou un bateau à moteur.

Les données du tableau LO.07 indiquent qu'en RCA, les ménages disposent beaucoup plus de bicyclettes et des motocyclettes. En effet, en moyenne 19% des ménages ont déclaré qu'au moins un des membres de ménage possède une bicyclette, contre 4% en ce qui concerne la motocyclette. Cependant, on relevé une disparité selon le milieu de résidence où dans 20% des ménages en moyenne du milieu rural, un des membres possède une bicyclette, contre 16% en milieu urbain. Toutefois, les proportions des ménages disposant de motocyclette (6%) et de voiture/camion (3%) sont les plus élevées en milieu urbain.

La répartition au niveau régional montre que la moyenne des ménages disposant des bicyclettes, est plus importante dans la région 5 (38%) que dans les autres régions.

Quelle que soit la préfecture, moins de la moitié des ménages possèdent la bicyclette. C'est dans les préfectures de la Haute-Kotto (40%), Bamingui-Bangoran (34%) et Mbomou (33%) que les proportions des ménages qui ont déclaré avoir une bicyclette, sont élevées. Les motocyclettes sont plus utilisées dans la Nana-Mambéré (7%), Mambéré-Kadéi (6%) et la Haute-Kotto (5%).

Si l'on tient compte des caractéristiques du chef de ménage, les ménages dont leur chef est un homme possèdent plus de moyens roulants tels que les bicyclettes (22%), les motocyclettes (5%) que ceux dirigés par une femme.

Enfin, les données indiquent aussi que plus le niveau d'instruction du chef de ménage augmente, celui-ci a la chance d'avoir un moyen roulant. Ainsi, les pourcentages des ménages dont leur chef a le niveau secondaire ou plus, sont les plus nombreux à posséder la bicyclette (environ un quart des ménages) et la motocyclette (8%).

Tableau L0.07: Répartition des ménages par moyen de déplacement, RCA, MICS 3

	Pourcentage de ménages disposant de bicyclette	Pourcentage de ménages disposant de motocyclette/scooter	Pourcentage de ménages de charrette avec animal	Pourcentage de ménages de voiture/camion	Pourcentage de ménages de bateau à moteur
Milieu					
Urbain	16,4	6,1	,3	2,9	,1
Rural	20,2	2,9	,2	,1	,0
Région administrative					
Région 1	12,1	2,8	,0	1,3	,1
Région 2	16,0	5,9	,2	,6	,0
Région 3	21,0	3,2	,5	,4	,0
Région 4	23,2	3,6	,4	,2	,0
Région 5	38,3	5,2	,6	,5	,0
Région 6	24,2	1,7	,0	,2	,0
Région 7	13,3	6,3	,4	4,7	,2
Préfecture					
Ombella-M'poko	11,6	3,7	,0	1,8	,0
Lobaye	12,8	1,5	,0	,6	,1
Mambéré-Kadéi	9,6	6,1	,0	,5	,0
Nana-Mambéré	29,0	7,1	,5	,6	,0
Sangha-Mbaéré	11,5	3,0	,1	,6	,0
Ouham-Pendé	24,3	3,1	,1	,5	,0
Ouham	15,7	3,4	1,2	,2	,0
Kémo	16,3	1,8	,3	,0	,0
Nana-Grébizi	14,8	2,5	,6	,0	,0
Ouaka	28,5	4,6	,3	,3	,0
Haute-Kotto	40,4	5,4	,0	,6	,0
Bamingui-Bangoran	33,6	4,8	1,8	,3	,0
Basse-Kotto	17,6	1,8	,0	,0	,0
Mbomou	33,3	2,0	,1	,1	,1
Haut-Mbomou	29,2	,7	,0	1,5	,0
Bangui	13,3	6,3	,4	4,7	,2
Sexe du chef de ménage					
Masculin	22,0	4,7	,3	1,2	,0
Féminin	6,3	1,4	,3	,6	,0
Niveau d'instruction du chef de ménage					
Sans niveau	13,2	1,9	,2	,4	,0
Primaire	20,7	3,2	,2	,2	,0
Secondaire & +	21,9	7,5	,4	3,3	,1
Ensemble	**18,9**	**3,9**	**,3**	**1,1**	**,0**

Source : Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3

15.6.3 Possession de terre cultivable, bétail ou d'animaux de ferme

Dans le contexte actuel de crise généralisée, le fait de disposer d'une terre cultivable, de bétail ou des animaux de ferme tels que le petit bétail (cabris, moutons, etc.), la volaille, permet aux ménages de faire face aux besoins essentiels : alimentation, habillement, multiplication des sources de revenu, etc. Au cours de l'enquête sur le terrain, la question a été posée pour savoir si un des membres du ménage, dispose d'une terre cultivable ou que le ménage possède un bétail ou d'animaux de ferme.

En RCA, l'agriculture reste une activité prédominante pour une grande partie de la population. Il ressort des données qu'en moyenne, huit ménages sur dix ont déclaré qu'au moins un des membres du ménage possède une terre cultivable, tandis que 35% ont affirmé disposer du bétail ou d'animaux de ferme. On note une variation selon le milieu de résidence. Si en milieu urbain environ six ménages sur dix ont une terre cultivable, en milieu rural plus de neuf ménages sur dix la possèdent. La proportion moyenne des ménages la plus élevée (42%), qui ont déclaré posséder le bétail ou d'animaux de ferme est observée en milieu rural.

Concernant les régions, en dehors de la région 7 (Bangui) où moins de la moitié des ménages ont déclaré la possession d'une terre cultivable, plus de sept ménages sur dix la possèdent dans les autres régions. La proportion la plus élevée des ménages (47%) qui ont affirmé posseder du bétail ou d'animaux de ferme, est localisée dans la région 4.

Les résultats au niveau des différentes préfectures, indiquent qu'entre 66% et 97% des ménages ont déclaré qu'au moins un de leur membre possède une terre cultivable, contrairement à la préfecture de la Bamingui-Bangoran où la moitié des ménages possèdent le bétail ou d'animaux de ferme. Dans les autres préfectures, seulement entre 25% et 47% des ménages les possèdent.

L'analyse selon le sexe ne montre pas de difference significative en ce qui concerne la possession d'une terre cultivable. Par contre, on note une difference entre les deux sexe concernant la possession du bétail ou d'animaux de ferme car 37% des ménages dirigés par un homme ont attesté la possession, contre 24% chez les femmes chefs de ménages.

On observe aussi une légère variation selon le niveau d'instruction du chef de ménage. La proportion des ménages la plus élevée (37%) qui possèdent du bétail et d'animaux de ferme, est celle dont le chef de ménage a le niveau primaire, suivi de celui du niveau secondaire ou plus (33%).

Tableau L0.08: Répartition des ménages selon la possession de terre cultivable, bétail ou animaux de ferme RCA MICS 3

Caractéristiques	Pourcentage de ménages disposant de terre cultivable	Pourcentage de ménages ayant du bétail ou animaux de ferme
Milieu de résidence		
Urbain	61,1	21,5
Rural	90,1	41,5
Région administrative		
Région 1	84,0	34,0
Région 2	85,5	37,5
Région 3	81,6	31,7
Région 4	92,7	46,7
Région 5	71,9	34,0
Région 6	92,4	43,5
Région 7	40,5	13,0
Préfecture		
Ombella-M'poko	78,6	27,9
Lobaye	91,4	42,5
Mambéré-Kadéi	83,2	36,6
Nana-Mambéré	88,6	39,6
Sangha-Mbaéré	86,7	36,7
Ouham-Pendé	72,9	24,9
Ouham	95,6	42,6
Kémo	93,4	46,4
Nana-Grébizi	96,7	47,0
Ouaka	91,1	46,7
Haute-Kotto	66,1	26,5
Bamingui-Bangoran	84,3	50,1
Basse-Kotto	94,9	44,7
Mbomou	92,2	42,9
Haut-Mbomou	81,5	39,4
Bangui	40,5	13,0
Sexe du chef de ménage		
Masculin	80,9	37,0
Féminin	76,3	24,2
Niveau d'instruction du chef de ménage		
Sans niveau	82,9	31,7
Primaire	85,7	37,1
Secondaire & +	67,5	33,1
Ensemble	**80,1**	**34,5**

Source : Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales, MICS 3

Conclusion

L'analyse des résultats de l'enquête MICS 3 montre que la tendance générale est à la nucléarisation des ménages. Ainsi, plus de six ménages sur dix sont de type nucléaire. On constate en outre que la taille des ménages est passée de 7 personnes en 2000 (MICS2) à 5 personnes en 2006 (MICS3)

La promiscuité (2 personnes par pièce) a été relevée comme l'une des caractéristiques des conditions de vie des ménages enquêtés. Toute fois, cette moyenne cache des disparités relevées ci-haut.

Par rapport aux autres caractéristiques des chefs de ménage, huit chefs de ménages sur dix sont des hommes. La majorité des ménages habitent dans des logements précaires dont la plupart des planchers sont en terre battue (86%), les toits en pailles (69%) et le mur en briques de terre (88%). On a relevé enfin le faible taux d'équipement des ménages et des difficultés à acquérir les appareils liés aux nouvelles technologies de l'information et de la communication notamment l'ordinateur, le téléphone et le poste téléviseur.

Annexe

Estimation des erreurs de sondage

Les estimations obtenues à partir des données de l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 3) sont sujettes à deux types d'erreurs: les erreurs de sondage dues au fait que les données sont collectées sur un nombre limité de l'échantillon et les erreurs de mesure résultant principalement de la collecte des données sur le terrain (omission des ménages sélectionnés, erreurs de contenu) et. les erreurs lors de la saisie des données.

Dans le cadre de l'enquête MICS-3, les erreurs d'échantillonnage ont été estimées à moins de 5% au niveau de chaque domaine d'étude. En effet, dans le souci de produire des indicateurs au niveau de chaque préfecture, l'échantillon retenu pour la MICS 3 RCA semble être le plus élevé avec plus de 12 000 ménages sélectionnées avec le plan d'échantillonnage (tirage des ménages au deuxième degré de stratification, sélection systématique des femmes de 15-49 ans et des enfants de moins de cinq ans dans les ménages retenus et enquête homme de 15-59 ans dans un ménage sur deux). Il est donc possible qu'un échantillon tiré de manière identique à celui de MICS 3 et avec la même taille présente des estimations différentes de celles obtenues au cours de cette opération. Ce phénomène trouve son origine dans les erreurs de sondage qui sont des mesures de la variabilité entre tous les échantillons possibles, et qui peuvent être estimées à partir de l'enquête.

S'agissant par contre des erreurs de mesure, difficile à évaluer, des précautions ont été prises pour les réduire en mettant l'accent sur la formation des enquêteurs, et en imposant la double saisie des questionnaires. Il est important lors d'une opération comme celle de la MICS 3 de procéder au calcul des erreurs de sondage. Une telle estimation :

- fournit des informations sur le degré de confiance des estimations obtenues lors de la MICS 3;
- renseigne sur les intervalles dans lesquelles les estimations obtenues lors de la MICS 3 devraient probablement se situer ;
- fournit des indications sur les tailles d'échantillon (et plan) à retenir pour les prochaines enquêtes.

L'un des indices qui est particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne, proportion ou taux) est l'erreur-type (ET) qui est estimée par la racine carrée de la variance des réponses obtenues dans l'échantillon. Il est par ailleurs utilisé pour le calcul de l'intervalle de confiance dont le calcul des limites inférieure (valeur du paramètre moins deux fois son erreur-type) et supérieure (valeur du paramètre plus deux fois son erreur-type) indique les estimations de tous les échantillons possibles, de même plan et de même taille, se situeraient dans cette intervalle avec un degré de confiance de 95%.

Le plan de sondage de l'enquête MICS 3 est complexe, il repose sur un échantillon par grappes, stratifié, à plusieurs degrés de tirage. Il n'est pas possible d'utiliser une formule simple et toute faite pour le calcul des erreurs de sondage comme cela aurait été le cas avec un sondage aléatoire simple. Des méthodes sophistiquées ont été utilisées pour le faire. La nouvelle version de SPSS 14 a été utilisée à cet effet. SPSS, par le canal du module « Analyze Complex Samples », utilise la méthode de linéarisation de la variance de Taylor pour les estimations de l'enquête qui sont des moyennes ou des proportions.

La méthode de linéarisation traite chaque proportion ou moyenne comme étant une estimation du ratio, r = y/x, avec y la valeur du paramètre pour l'échantillon total, et x le nombre total de cas dans l'ensemble (ou sous-ensemble) de l'échantillon, la variance de r est estimée au moyen de la formule suivante :

$$ET^2(r) = \text{var}(r) = \frac{1-f}{x^2}\sum_{h=1}^{H}\left[\frac{m_h}{m_h-1}\left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h}\right)\right]$$

avec

$$z_{hi} = y_{hi} - r \cdot x_{hi} \qquad \text{et} \quad z_h = y_h - r \cdot x_h$$

où h représente la strate qui va de 1 à H,

m_h est le nombre total de grappes tirées dans la strate *h*,

y_{hi} est la somme des valeurs pondérées du paramètre *y* dans la grappe *i* de la strate *h*,

y_{hi} est la somme des nombres pondérés de cas dans la grappe *i* de la strate *h*, et

f est le taux global de sondage qui est négligeable.

Pour apprécier la qualité de la conception du plan de sondage comme celui de la MICS3, un deuxième indice tout aussi utile que l'erreur-type est calculé pour mesurer l'effet du plan de sondage ou effet de grappes (DEFF). Cet indice indique dans quelle mesure le plan de sondage retenu est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple de même taille. L'effet de grappes est estimé par la racine carrée du ratio entre l'erreur-type du plan de sondage actuel et l'erreur-type obtenu si l'on utilisait un échantillon aléatoire simple. La valeur 1 du DEFF (design effect) indique que le plan de sondage retenu est aussi efficace qu'un sondage aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1 indique que le plan de sondage retenu est moins efficace du point de vue statistique que le sondage aléatoire simple.

Dans le cadre de l'enquête MICS 3, l'objectif de cette section est de calculer et de présenter les erreurs de sondage pour un ensemble de variables choisies aussi bien pour l'échantillon national que pour des sous-groupes de population comme les zones urbaine et rurale et les 17 domaines d'étude retenus dans le cadre de la MICS 3 : Ombella Mpoko ; Kemo ; Nana Gribizi ; Lobaye Mambere Kadei ; Sangha Mbaere ; Nana Mambere ; Ouham ; Ouham Pende ; Ouaka ; Baminigui Bangoran ; Haute Kotto ; Mboumou ; Basse Kotto ; Haut Mboumou ; Bangui.

Le tableau ES.1 présente la liste des variables retenues pour le calcul des erreurs de sondage. Il fournit pour chaque variable retenue, la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), l'effectif non-pondéré et pondéré, l'erreur relative (ET/M), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (DEFF) et l'intervalle de confiance à 95% (M ± 2ET) pour chaque variable.

L'interprétation de l'intervalle de confiance s'opère ainsi : en prenant comme illustration la variable possession d'une moustiquaire imprégnée pour l'échantillon national, la MICS 3 a estimé à 0,164 le pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée, avec une erreur-type de 0,014. Il y a 95% de chances qu'en tirant un échantillon de taille et de caractéristiques identiques, la valeur réelle du pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée se trouve entre 0,136 et 0,192.

La valeur de la racine carrée de l'effet du plan de sondage est de 4,087 et signifie que le plan de sondage retenu est moins efficace qu'un sondage aléatoire simple. Le plan de sondage retenu multiplie l'erreur de sondage de 4,087 par rapport au plan de sondage aléatoire simple.

Tableau SE.2: Erreurs de sondage : Echantillon National

Erreurs type, coefficient de variation, effet de grappes (DEFF), racine carré effet de grappes et intervalle de confiance pour les indicateurs sélectionnés, RCA, 2006

	Tableau	Estimation (M)	Erreur type (ET)	Coefficient de variation (ET/M)	Effet de grappes (DEFF)	Racine carré de l'effet de grappes	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance	
									M - 2ET	*M + 2ET*
MENAGE										
Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée	CH.10	0.164	0,014	0,085	16,701	4,087	11723	11723	0,136	0,192
Consommation du sel adéquatement iodé par les ménages	NU.5	0.623	0,010	0,015	4,494	2,120	11579	11504	0,603	0,642
Discipline de l'enfant	CP.4	0.876	0,007	0,008	3,271	1,809	7992	7874	0,862	0,889
MEMBRES DU MENAGE										
Source améliorée d'approvisionnement en eau	EN.1	0,640	0,021	0,033	22,049	4,696	54384	11723	0,599	0,682
Utilisation d'installations sanitaires d'évacuation d'excréments par la population	EN.5	0,525	0,016	0,031	12,618	3,552	54384	11723	0,492	0,558
Taux net de scolarisation au primaire	ED.3	0,514	0,012	0,022	4,933	2,221	9539	9284	0,491	0,537
Taux net de scolarisation au secondaire	ED.4	0,102	0,007	0,064	3,486	1,867	7836	7499	0,089	0,115
Taux d'achèvement du primaire	ED.6	0,067	0,011	0,164	2,066	1,437	1108	1075	0,045	0,089
Travail de l'enfant	CP.2	0,465	0,008	0,018	4,011	2,003	15362	14916	0,449	0,481
Prévalence d'orphelins	HA.10	0,120	0,004	0,036	4,958	2,227	28188	27391	0,111	0,128
Prévalence d'enfants orphelins	HA.11	0,113	0,006	0,057	11,358	3,370	28188	27391	0,100	0,126
FEMME 15-49 ANS										
Assistance a l'accouchement par un personnel qualifié	RH.5	0,534	0,021	0,039	7,075	2,660	4126	4129	0,493	0,575
Personnel qualifié offrant les soins prénatals	RH.3	0,693	0,016	0,023	4,982	2,232	4126	4129	0,661	0,725
Prévalence de la contraception	RH.1	0,190	0,007	0,039	3,223	1,795	9160	9220	0,175	0,205
Alphabétisation des adultes	ED.8	0,259	0,012	0,046	3,557	1,886	4984	4869	0,235	0,283
Mariée avant 18 ans	CP.5	0,257	0,011	0,044	7,637	2,763	11592	11592	0,234	0,279
Polygamie	CP.5	0,568	0,010	0,018	3,798	1,949	9020	9119	0,547	0,588
Connaissance complète sur la prévention de la transmission du VIH	HA.3	0,265	0,008	0,032	3,362	1,833	9160	9220	0,248	0,282
Utilisation du condom avec des partenaires occasionnels chez les 15-24 ans	HA.9	0,168	0,007	0,040	3,726	1,930	11592	11592	0,155	0,182
Age au premier rapport sexuel chez les 15-19 ans	HA.8	0,406	0,022	0,053	1,610	1,269	906	833	0,363	0,449
Attitude vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA	HA.5	0,290	0,012	0,043	1,845	1,358	2572	2473	0,265	0,315
Femme ayant effectuée le test du VIH	HA.6	0,231	0,008	0,035	3,235	1,799	9212	8964	0,215	0,247
Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	HA.4	0,205	0,008	0,039	4,569	2,138	11592	11592	0,189	0,221

ENFANT DE MOINS DE 5 ANS										
Prévalence de l'insuffisance pondérale modérée	NU.1	0,285	0,008	0,027	2,059	1,435	7154	7128	0,270	0,301
Couverture vaccinale pour la tuberculose, 12-23 mois	CH.2	0,739	0,019	0,025	3,281	1,811	1841	1798	0,702	0,777
Couverture vaccinale pour la Polio, 12-23 mois	CH.2	0,479	0,016	0,034	1,834	1,354	1807	1757	0,447	0,511
Couverture vaccinale pour le DTCoq, 12-23 mois	CH.2	0,397	0,017	0,042	2,081	1,443	1813	1770	0,363	0,430
Couverture vaccinale pour la Rougeole, 12-23 mois	CH.2	0,627	0,019	0,031	2,799	1,673	1825	1780	0,589	0,665
Enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins	CH.2	0,325	0,015	0,045	1,700	1,304	1818	1772	0,296	0,354
A une infection respiratoire aigue	CH.6	0,071	0,004	0,056	2,259	1,503	9585	9585	0,063	0,079
Traitement antibiotique d'un cas suspecté de pneumonie	CH.7	0,394	0,027	0,067	1,977	1,406	678	672	0,341	0,447
Diarrhée au cours des deux dernières semaines	CH.4	0,186	0,006	0,034	2,547	1,596	9585	9585	0,173	0,199
Reçoit (SRO ou consomme de plus en plus de fluides) et continue d'être alimenté	CH.5	0,466	0,022	0,047	3,089	1,757	1782	1633	0,423	0,510
Ont dormi sous une moustiquaire traitée	CH.11	0,151	0,018	0,119	23,911	4,890	9585	9585	0,115	0,187
Fièvre au cours des deux dernières semaines	CH.12	0,217	0,008	0,037	3,655	1,912	9585	9585	0,201	0,233
Traitement antipaludéen	CH.12	0,416	0,014	0,034	1,651	1,285	2076	2025	0,388	0,444
Support pour apprentissage	CD.1	0,532	0,011	0,022	5,061	2,250	9585	9585	0,509	0,555
Enregistrement à la naissance	CP.1	0,492	0,015	0,030	8,311	2,883	9585	9585	0,462	0,521

Tableau SE,3: Erreurs de sondage : Echantillon urbain

Erreurs type, coefficient de variation, effet de grappes (DEFF), racine carré effet de grappes et intervalle de confiance pour les indicateurs sélectionnés, RCA, 2006

	Tableau	Estimation (M)	Erreur type (ET)	Coefficient de variation (ET/M)	Effet de grappes (DEFF)	Racine carré de l'effet de grappes	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance	
									M - 2ET	*M + 2ET*
MENAGE										
Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée	CH.10	0,261	0,025	0,094	11,379	3,373	4095	3642	0,212	0,310
Consommation du sel adéquatement iodé par les ménages	NU.5	0,679	0,010	0,015	1,790	1,338	4038	3593	0,658	0,700
Discipline de l'enfant	CP.4	0,887	0,013	0,014	4,082	2,020	2988	2597	0,862	0,912
MEMBRES DU MENAGE										
Source améliorée d'approvisionnement en eau	EN.1	0,885	0,015	0,017	7,962	2,822	22510	3642	0,855	0,915
Utilisation d'installations sanitaires d'évacuation d'excréments par la population	EN.5	0,658	0,023	0,034	8,221	2,867	22510	3642	0,613	0,703
Taux net de scolarisation au primaire	ED.3	0,661	0,014	0,022	2,998	1,731	3837	3238	0,633	0,690
Taux net de scolarisation au secondaire	ED.4	0,184	0,012	0,067	3,139	1,772	3825	3138	0,159	0,208
Taux d'achèvement du primaire	ED.6	0,115	0,019	0,165	1,521	1,233	533	435	0,077	0,152
Travail de l'enfant	CP.2	0,385	0,013	0,034	3,759	1,939	6336	5313	0,359	0,410
Prévalence d'orphelins	HA.10	0,161	0,007	0,043	3,375	1,837	11446	9621	0,147	0,174
Prévalence d'enfants orphelins	HA,11	0,145	0,009	0,065	6,826	2,613	11446	9621	0,126	0,164
FEMME 15-49 ANS										
Assistance a l'accouchement par un personnel qualifié	RH.5	0,826	0,016	0,019	2,262	1,504	1593	1348	0,795	0,857
Personnel qualifié offrant les soins prénatals	RH.3	0,909	0,012	0,013	2,311	1,520	1593	1348	0,885	0,933
Prévalence de la contraception	RH.1	0,284	0,013	0,045	2,545	1,595	3722	3132	0,258	0,310
Alphabétisation des adultes	ED.8	0,464	0,016	0,035	2,219	1,490	2459	2058	0,431	0,497
Mariée avant 18 ans	CP.5	0,209	0,014	0,065	4,743	2,178	5019	4249	0,182	0,236
Polygamie	CP.5	0,525	0,018	0,035	4,236	2,058	3732	3180	0,488	0,561
Connaissance complète sur la prévention de la transmission du VIH	HA.3	0,251	0,013	0,051	2,712	1,647	3722	3132	0,225	0,276
Utilisation du condom avec des partenaires occasionnels chez les 15-24 ans	HA.9	0,214	0,010	0,049	2,745	1,657	5019	4249	0,193	0,234
Age au premier rapport sexuel chez les 15-19 ans	HA.8	0,488	0,032	0,065	1,887	1,374	572	472	0,424	0,551
Attitude vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA	HA.5	0,217	0,020	0,093	2,583	1,607	1287	1069	0,177	0,258
Femme ayant effectuée le test du VIH	HA.6	0,272	0,013	0,048	3,300	1,817	4580	3806	0,246	0,299
Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	HA.4	0,350	0,010	0,029	1,952	1,397	5019	4249	0,330	0,371
ENFANT DE MOINS DE 5 ANS										
Prévalence de l'insuffisance pondérale modérée	NU.1	0,262	0,012	0,047	1,911	1,382	2832	2389	0,237	0,287
Couverture vaccinale pour la tuberculose, 12-23 mois	CH.2	0,847	0,016	0,019	1,258	1,122	728	626	0,815	0,879
Couverture vaccinale pour la Polio, 12-23 mois	CH.2	0,575	0,026	0,045	1,669	1,292	716	615	0,524	0,627
Couverture vaccinale pour le DTCoq, 12-23 mois	CH.2	0,554	0,026	0,047	1,725	1,314	722	621	0,501	0,606
Couverture vaccinale pour la Rougeole, 12-23 mois	CH.2	0,715	0,020	0,028	1,190	1,091	726	624	0,676	0,755
Enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins	CH.2	0,464	0,023	0,050	1,321	1,150	721	620	0,418	0,510
A une infection respiratoire aigue	CH.6	0,080	0,007	0,085	1,919	1,385	3552	3049	0,067	0,094
Traitement antibiotique d'un cas suspecté de pneumonie	CH.7	0,547	0,043	0,079	1,858	1,363	286	249	0,461	0,633
Diarrhée au cours des deux dernières semaines	CH.4	0,226	0,010	0,046	1,896	1,377	3552	3049	0,205	0,247
Reçoit (SRO ou consomme de plus en plus de fluides) et continue d'être alimenté	CH.5	0,517	0,043	0,083	4,170	2,042	802	572	0,432	0,603
Ont dormi sous une moustiquaire traitée	CH.11	0,240	0,030	0,124	14,865	3,856	3552	3049	0,180	0,299
Fièvre au cours des deux dernières semaines	CH.12	0,288	0,013	0,045	2,515	1,586	3552	3049	0,262	0,314
Traitement antipaludéen	CH.12	0,477	0,020	0,041	1,217	1,103	1023	788	0,438	0,516
Support pour apprentissage	CD.1	0,538	0,016	0,029	3,036	1,742	3552	3049	0,506	0,569
Enregistrement à la naissance	CP.1	0,720	0,013	0,018	2,642	1,625	3552	3049	0,693	0,746

Tableau SE,4 : Erreurs de sondage : Echantillon rural

Erreurs type, coefficient de variation, effet de grappes (DEFF), racine carré effet de grappes et intervalle de confiance pour les indicateurs sélectionnés, RCA, 2006

	Tableau	Estimation (M)	Erreur type (ET)	Coefficient de variation (ET/M)	Effet de grappes (DEFF)	Racine carré de l'effet de grappes	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Intervalle de confiance	
									M - 2ET	*M + 2ET*
MENAGE										
Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée	CH.10	0,112	0,017	0,154	24,058	4,905	7628	8081	0,078	0,146
Consommation du sel adéquatement iodé par les ménages	NU.5	0,592	0,013	0,022	5,487	2,342	7541	7911	0,567	0,618
Discipline de l'enfant	CP.4	0,869	0,008	0,009	2,691	1,640	5004	5277	0,854	0,884
MEMBRES DU MENAGE										
Source améliorée d'approvisionnement en eau	EN.1	0,468	0,030	0,064	28,622	5,350	31874	8081	0,408	0,527
Utilisation d'installations sanitaires d'évacuation d'excréments par la population	EN.5	0,431	0,022	0,050	15,334	3,916	31874	8081	0,388	0,474
Taux net de scolarisation au primaire	ED.3	0,415	0,015	0,037	5,733	2,394	5701	6046	0,384	0,445
Taux net de scolarisation au secondaire	ED.4	0,024	0,003	0,140	2,122	1,457	4010	4361	0,017	0,031
Taux d'achèvement du primaire	ED.6	0,022	0,009	0,388	2,215	1,488	575	640	0,005	0,040
Travail de l'enfant	CP.2	0,522	0,010	0,020	4,213	2,052	9026	9603	0,501	0,543
Prévalence d'orphelins	HA.10	0,092	0,005	0,058	6,116	2,473	16742	17770	0,081	0,103
Prévalence d'enfants orphelins	HA.11	0,091	0,009	0,095	15,937	3,992	16742	17770	0,074	0,108
FEMME 15-49 ANS										
Assistance a l'accouchement par un personnel qualifié	RH.5	0,350	0,029	0,082	10,026	3,166	2533	2781	0,293	0,407
Personnel qualifié offrant les soins prénatals	RH.3	0,558	0,022	0,039	5,291	2,300	2533	2781	0,515	0,601
Prévalence de la contraception	RH.1	0,126	0,009	0,072	4,485	2,118	5438	6088	0,108	0,144
Alphabétisation des adultes	ED.8	0,060	0,007	0,119	2,539	1,593	2524	2811	0,045	0,074
Mariée avant 18 ans	CP.5	0,293	0,017	0,056	9,645	3,106	6573	7343	0,260	0,326
Polygamie	CP.5	0,598	0,011	0,019	3,203	1,790	5288	5939	0,575	0,621
Connaissance complète sur la prévention de la transmission du VIH	HA.3	0,275	0,011	0,041	3,804	1,950	5438	6088	0,252	0,297
Utilisation du condom avec des partenaires occasionnels chez les 15-24 ans	HA.9	0,134	0,009	0,066	4,962	2,228	6573	7343	0,116	0,151
Age au premier rapport sexuel chez les 15-19 ans	HA.8	0,266	0,023	0,088	1,010	1,005	333	361	0,219	0,313
Attitude vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA	HA.5	0,363	0,014	0,040	1,266	1,125	1285	1404	0,334	0,392
Femme ayant effectuée le test du VIH	HA.6	0,189	0,010	0,053	3,387	1,840	4632	5158	0,169	0,209
Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	HA.4	0,094	0,008	0,082	5,063	2,250	6573	7343	0,078	0,109
ENFANT DE MOINS DE 5 ANS										
Prévalence de l'insuffisance pondérale modérée	NU.1	0,300	0,009	0,032	2,030	1,425	4322	4739	0,281	0,319
Couverture vaccinale pour la tuberculose, 12-23 mois	CH.2	0,669	0,029	0,043	4,436	2,106	1113	1172	0,611	0,727
Couverture vaccinale pour la Polio, 12-23 mois	CH.2	0,416	0,020	0,049	1,953	1,397	1091	1142	0,375	0,457
Couverture vaccinale pour le DTCoq, 12-23 mois	CH.2	0,293	0,021	0,071	2,412	1,553	1091	1149	0,251	0,335
Couverture vaccinale pour la Rougeole, 12-23 mois	CH.2	0,569	0,030	0,052	4,165	2,041	1099	1156	0,509	0,628
Enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins	CH.2	0,233	0,019	0,082	2,378	1,542	1097	1152	0,195	0,272
A une infection respiratoire aigue	CH.6	0,065	0,005	0,075	2,583	1,607	6033	6536	0,055	0,075
Traitement antibiotique d'un cas suspecté de pneumonie	CH.7	0,282	0,027	0,096	1,541	1,241	392	423	0,228	0,337
Diarrhée au cours des deux dernières semaines	CH.4	0,162	0,008	0,047	2,794	1,672	6033	6536	0,147	0,178
Reçoit (SRO ou consomme de plus en plus de fluides) et continue d'être alimenté	CH.5	0,425	0,021	0,051	2,001	1,414	980	1061	0,382	0,468
Ont dormi sous une moustiquaire traitée	CH.11	0,099	0,021	0,218	33,936	5,825	6033	6536	0,056	0,142
Fièvre au cours des deux dernières semaines	CH.12	0,174	0,010	0,056	4,387	2,095	6033	6536	0,155	0,194
Traitement antipaludéen	CH.12	0,356	0,018	0,052	1,841	1,357	1053	1237	0,319	0,393
Support pour apprentissage	CD.1	0,529	0,016	0,030	6,537	2,557	6033	6536	0,497	0,561
Enregistrement à la naissance	CP.1	0,358	0,017	0,047	8,066	2,840	6033	6536	0,324	0,391

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité - Travail

MICS

QUESTIONNAIRE MENAGE

NOUS SOMMES DU MINISTERE DE L'ECONOMIE, DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 60 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES. DURANT CE TEMPS, JE VOUDRAIS PARLER AVEC LE CHEF DU MENAGE ET TOUTES LES MERES OU AUTRES PERSONNES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DANS LE MENAGE. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? *Si on vous donne la permission, commencez l'interview.*

PANNEAU D'INFORMATION SUR LE MENAGE
HH

HH1. Numéro de grappe: ___ ___ ___ ___	HH2. Numéro de ménage : ___ ___
HH3. Nom et numéro de code de l'enquêteur : Nom_____ ___ ___	HH4. Nom et numéro de code du contrôleur : Nom_____ ___ ___
HH5. Jour/Mois/Année de l'interview : ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___	
HH6. Milieu : Urbain .....1 Rural 2	HH7. Préfecture : Ombella Mpoko .....1 Lobaye .....2 Mambere Kadei..... 3 Nana Mambere ..... 4 Sangha Mbaere ..... 5 Ouham Pende..... 6 Ouham ..... 7 Kemo ..... 8 Nana Gribizi ..... 9 Ouaka ..... 10 Haute-Kotto..... 11 Bamingui Bangoran ..... 12 Vakaga..... 13 Basse Kotto ..... 14 Mbomou..... 15 Haut Mbomou ..... 16 Bangui..... 17
HH 8. Nom du chef de ménage : _____	

Après avoir complété tous les questionnaires du ménage, remplissez les informations suivantes :

HH8A. Ménage sélectionné pour le questionnaire homme et les tests d'anémie et de VIH :	Oui ..... 1 Non 2
HH9. Résultat de l'interview du ménage : Rempli .....1 Pas à la maison .....2 Refusé .....3 Logement non trouvé/détruit .....4 Autre (précisez) _____ 6	HH10. Nom de l'enquêté du questionnaire ménage : Nom_____ N° Ligne ___ ___ HH11. Nombre total des membres du ménage : ___ ___

HH12. Nombre de femmes éligibles : ___ ___	HH13. Nombre de questionnaires femme remplis: ___ ___
HH14. Nombre d'enfants de moins de 5 ans : ___ ___	HH15. Nombre de questionnaires enfants de moins de 5 ans remplis : ___ ___
HH15a. Nombre d'hommes de 15 – 59 ans éligibles : ___ ___	HH15b. Nombre de questionnaires hommes remplis : ___ ___
Observations de l'enquêteur/contrôleur *: Utilisez cet espace pour enregistrer toute observation sur ce ménage enquêté, telle que l'information sur les visites de rappel, feuilles des interviews individuelles incomplètes, nombre de visites, etc.*	
HH16. Numéro de code de l'agent de saisie : ___ ___	

Observations

Enquêteur :

Contrôleur/Chef d'équipe

UILLE D'ENREGISTREMENET DU MENAGE **HL**

UR COMMENCER, S'IL VOUS PLAIT, DITES-MOI LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENCANT PAR LE CHEF DE MENAGE

egistrer le chef de ménage à la ligne 01. Enregistrer tous les membres du ménage (HL2), leur relation avec le chef de ménage (HL3),et leur sexe (HL4).

uite poser: Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT A LA MAISON? (CELLES-CI PEUVENT COMPRENDRE LES ENFANTS A L'ECOLE OU AU TRAVAIL). *Si oui, compléter la* ***e.*** *Ensuite, poser les questions en commençant par HL5 pour chaque personne à la fois. Ajouter une autre feuille s'il y a plus de 12 membres dans le ménage. Cocher ici si une autre feuille est utilisée ☐*

		Éligible pour :						
		QUEST. FEMME ET TEST ANEMIE VIH	QUEST HOM-MES TEST ANEMIE VIH	ENFANT < 5 ANS : TEST ANEMIIE	MODULE TRAVAIL ENFANTS	QUEST.. ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS	*Si* ***âgé de 18-59 ans***	*Les enfants* ***âgés de 0-17 ans*** *Posez HL9-HL12A*

HL1. *. de ne.*	HL2. *Nom*	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE *(nom)* AVEC LE CHEF DE MENAGE?	HL4. (*Nom*) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCU-LIN OU FEMI-NIN ? 1 MAS. 2 FEM.	HL5. QUEL AGE A (*nom*) ? QUEL AGE AVAIT (*nom*) A SON DERNIER ANNIVER-SAIRE? *Enregistrer en années révolues* 98=NSP	HL6. *Encerclez le numéro de ligne si la femme. est âgée de 15-49 ans*	HL6A. *Encerclez le numéro de ligne si l'homme est âgé de 15-59 ans*	HL6B. *Encerclez le numéro de ligne si l'enfant est âgé de moins de 5 ans*	HL7. *Pour chaque enfant* ***âgé de 5-14 ans*** *:* QUI EST LA MERE OU LE PRINCIPAL GARDIEN DE CET ENFANT?*Enregistrer le no. de ligne de la mère/ gardien*	HL8. *Pour chaque enfant de* < ***de 5 ans*** *:* QUI EST LA MERE OU LE PRINCIPAL GARDIEN DE CET ENFANT? *Enregistrer le no. de ligne de la mère/ gardien*	HL8A. *(Nom)* A-T-IL/ELLE ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	HL9. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGI-QUE DE (*nom)* EST TOU-JOURS EN VIE ? 1 OUI 2 NON↘ HL11 2 NON↘ HL11	HL10. *Si en vie :* EST-CE QUE LA MERE BIOLOGI-QUE DE (*nom)* VIT DANS CE MENAGE? *Enregistrez le no. de ligne de la mère ou 00 pour 'non'*	HL10A. *Si la mère ne vit pas dans le ménage :* LA MERE DE (*nom)* A-T-ELLE ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	HL11 EST-CE QUE LE PERE BIOLOGI-QUE DE (*nom)* EST TOU-JOURS EN VIE ? 1 OUI 2 NON↘ LIGNE SUIV. 8 NON↘ LIGNE SUIV.	HL12. *Si en vie :* EST-CE QUE LE PERE BIOLOGI-QUE DE (*nom)* VIT DANS CE MENAGE? *Enregistrez le no. de ligne du père ou 00 pour 'non'*	HL12A. *Si le père ne vit pas dans le ménage :* LE PERE DE (*nom)* A-T-IL ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?
GNE	NOM	REL.	M F	AGE	15-49	15-59	< 5 ANS	MERE	MERE	O N NSP	O N NSP	MERE	O N NSP	O N NSP	PERE	O N NSP
01		0 1	1 2	___ ___	01	01	01	___ ___	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8
02		___ ___	1 2	___ ___	02	02	02	___ ___	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8
03		___ ___	1 2	___ ___	03	03	03	___ ___	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8
04		___ ___	1 2	___ ___	04	04	04	___ ___	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8
05		___ ___	1 2	___ ___	05	05	05	___ ___	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8
06		___ ___	1 2	___ ___	06	06	06	___ ___	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8

L1. *. de ne.*	HL2. *Nom*	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE *(nom)* AVEC LE CHEF DE MENAGE?	HL4. (*Nom*) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCU-LIN OU FEMI-NIN ? 1 MAS. 2 FEM.	HL5. QUEL AGE A (*nom*) ? QUEL AGE AVAIT (*nom*) A SON DERNIER ANNIVER-SAIRE? *Enregistrer en années révolues* 98=NSP	HL6. *Encerclez le numéro de ligne si la femme. est âgée de 15-49 ans*	HL6A. *Encerclez le numéro de ligne si l'homme est âgé de 15-59 ans*	HL6B. *Encerclez le numéro de ligne si l'enfant est âgé de moins de 5 ans*	HL7. *Pour chaque enfant **âgé de 5-14 ans** :* QUI EST LA MERE OU LE PRINCIPAL GARDIEN DE CET ENFANT?*Enregistrer le no. de ligne de la mère/ gardien*	HL8. *Pour chaque enfant de < **de 5 ans** :* QUI EST LA MERE OU LE PRINCIPAL GARDIEN DE CET ENFANT? *Enregistrer le no. de ligne de la mère/ gardien*	HL8A. (*Nom*) A-T-IL/ELLE ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	HL9. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGI-QUE DE (*nom)* EST TOU-JOURS EN VIE ? 1 OUI 2 NON⇘ HL11 2 NON⇘ HL11	HL10. *Si en vie* : EST-CE QUE LA MERE BIOLOGI-QUE DE (*nom)* VIT DANS CE MENAGE? *Enregistrez le no. de ligne de la mère ou 00 pour 'non'*	HL10A. *Si la mère ne vit pas dans le ménage :* LA MERE DE *(nom)* A-T-ELLE ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	HL11. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGI-QUE DE (*nom)* EST TOU-JOURS EN VIE ? 1 OUI 2 NON⇘ LIGNE SUIV. 8 NON⇘ LIGNE SUIV.	HL12. *Si en vie* : EST-CE QUE LE PERE BIOLOGI-QUE DE (*nom)* VIT DANS CE MENAGE? *Enregistrez le no. de ligne du père ou 00 pour 'non'*	HL12A. *Si le père ne vit pas dans le ménage :* LE PERE DE *(nom)* A-T-IL ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?
GNE	NOM	REL.	M F	AGE	15-49	15-59	< 5 ANS	MERE	MERE	O N NSP	O N NSP	MERE	O N NSP	O N NSP	PERE	O N NSP
07		___ ___	1 2	___ ___	07	07	07	___ ___	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8
08		___ ___	1 2	___ ___	08	08	08	___ ___	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8
09		___ ___	1 2	___ ___	09	09	09	___ ___	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8
10		___ ___	1 2	___ ___	10	10	10	___ ___	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8
11		___ ___	1 2	___ ___	11	11	11	___ ___	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8
12		___ ___	1 2	___ ___	12	12	12	___ ___	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8	1 2 8	___ ___	1 2 8

ST-IL D'AUTRES ENFANTS QUI VIVENT ICI – MEME S'ILS NE SONT PAS DES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE OU N'ONT PAS DE PARENTS QUI VIVENT DANS CE MENAGE Y COMPRIS LES ENFANTS AU TRAVAIL OU A L'ECOLE? *Si oui, enregistrez le nom de l'enfant et complétez la feuille de ménage. Ensuite, complétez les totaux ci-dessous.*

	Femmes de 15-49 ans	Hommes de 15-59 ans	Enfants de moins 5 ans	Enfants de 5-14 ans	Enfants de moins 5 ans	Très malade (=1)	Nbre enfts dont mères décédées (=2)		Mères très malades (=1)	Nbre enfts dont pères décédés (=2)		Pères très malades (=1)
aux	___ ___	___ ___	_ _	___ ___		___ ___	___ ___		___ ___	___ ___		___ ___

Codes pour HL3 : Lien de parenté avec le chef de ménage :
01 = Chef de ménage
02 = Femme ou Mari
03 = Fils ou Fille
04 = Gendre ou Belle-fille
05 = Petit-fils ou Petite fille
06 = Parent
07 = Beau-père ou Belle-mère
08 = Frère ou Sœur
09 = Beau-frère ou Belle-sœur
10 = Oncle/tante
11 = Nièce/Neveu
12 = Nièce/Neveu par mariage
13 = Autres parents
14 = Enfant adopté/en garde/Enfant du conjoint
15 = Sans lien de parenté

MODULE EDUCATION

	Pour les membres du ménage de 5 ans et plus				*Pour les membres du ménage âgés de 5-24 ans*								
ED1. *No. de ligne.*	ED1A. *Nom*	ED2. (*Nom*) A-T-IL/ ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ? 1 OUI ⇨ ED3 2 NON ⇩ LIGNE SUIVANTE	ED3. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE *(nom)* A ATTEINT? QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (*nom)* A ACHEVEE A CE NIVEAU ? NIVEAU : 0 ECOLE MATERNELLE 1 PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPERIEUR 6 PROGRAMME NON-FORMEL 8 NSP CLASSE : 98 NSP *Si moins d'une classe, inscrire 00.*		ED4. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE *(2005-2006*), (*nom*) A-T-IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE A UN CERTAIN MOMENT ? 1 OUI 2 NON ⇨ ED7	ED5. DEPUIS LE *(jour de la semaine)* DERNIER, COMBIEN DE JOURS (*nom*) EST-IL ALLE A L'ECOLE? *Enregistrer le nombre de jours dans l'espace ci-dessous.*	ED6. AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE EST/ETAIT (*nom)* ? NIVEAU : 0 ECOLE MATERNELLE 1 PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPERIEUR 6 PROGRAMME NON-FORMEL 8 NSP CLASSE : 98 NSP		ED7. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE (*2004-2005*)? (*nom*) AVAIT-T-IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE A UN CERTAIN MOMENT ? 1 OUI 2 NON⇩ LIGNE SUIV. 8 NSP ⇩ LIGNE SUIV.			ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE ETAIT (*nom)* ? NIVEAU : 0 ECOLE MATERNELLE 1 PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPERIEUR 6 PROGRAMME NON-FORMEL 8 NSP CLASSE : 98 NSP	
LIGNE		OUI NON	NIVEAU	CLASSE	OUI	NON	JOURS	NIVEAU	CLASSE	O	N	NSP	NIVEAU	CLASSE
01		1 2⇨ LIGNE SUIV.	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___ ___
02		1 2⇨ LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___ ___
03		1 2⇨ LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___ ___
04		1 2⇨ LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___ ___
05		1 2⇨ LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___ ___
06		1 2⇨ LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___ ___
07		1 2⇨ LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___ ___
08		1 2⇨ LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___ ___
09		1 2⇨ LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___ ___
10		1 2⇨ LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___ ___
11		1 2⇨ LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___ ___
12		1 2⇨ LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	___	0 1 2 3 6 8	___ ___	1	2	8	0 1 2 3 6 8	___ ___

MODULE SUR L'EAU ET L'ASSAINISSEMENT		
WS1. QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE D'EAU QUE BOIVENT LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Eau du robinet Dans le logement ..... 11 Dans la cour/parcelle..... 12 Robinet public/borne fontaine..... 13 Puits à pompe/forage …….. 21 Puits creusé Puits protégé ..... 31 Puits non protégé ..... 32 Eau de source Source protégée..... 41 Source non protégée..... 42 Eau de pluie ..... 51 Camion-citerne..... 61 Charrette avec petite citerne/tonneau..... 71 Eau de surface (rivière, ruisseau, barrage, lac, mare, canal, rigole d'irrigation)..... 81 Eau en bouteille ..... 91 Autre (*à préciser*) _____ 96	11⇨WS5 12⇨WS5 ⇨WS3 96⇨WS3
WS2. QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE D'EAU QU'UTILISE VOTRE MENAGE POUR D'AUTRES CHOSES COMME POUR CUISINER ET VOUS LAVER LES MAINS ?	Eau du robinet Dans le logement ..... 11 Dans la cour/parcelle..... 12 Robinet public/borne fontaine..... 13 Puits à pompe/forage Puits creusé Puits protégé ..... 31 Puits non protégé ..... 32 Eau de source Source protégée..... 41 Source non protégée..... 42 Eau de pluie ..... 51 Camion-citerne..... 61 Charrette avec petite citerne/tonneau..... 71 Eau de surface (rivière, ruisseau, barrage, lac, mare, canal, rigole d'irrigation)..... 81 Autre (*à préciser*) _____ 96	11⇨WS5 12⇨WS5
WS3. COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL POUR S'Y RENDRE, PRENDRE DE L'EAU ET REVENIR ?	No. de minutes ..... __ __ __ Eau sur place ..... 995 NSP..... 998	 995⇨WS5
WS4. QUI SE REND HABITUELLEMENT A LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR ALLER CHERCHER DE L'EAU? *Insister :* CETTE PERSONNE EST-ELLE AGEE DE MOINS DE 15 ANS ? DE QUEL SEXE ? *Encercler le code qui décrit le mieux cette personne*	Une femme adulte..... 1 Un homme adulte..... 2 Une jeune fille (moins de 15 ans)..... 3 Un jeune garçon (moins de 15 ans) ..... 4 NSP..... 8	
WS5. FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE POUR RENDRE L'EAU PLUS PROPRE AVANT DE LA BOIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	 2⇨WS7 8⇨WS7
WS6. HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SALUBRE ? AUTRE CHOSE ? *Enregistrer tout ce qui est mentionné*	La faire bouillir.....A Y ajouter eau de javel/chlore.....B La filtrer à travers un linge.....C Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.).....D Désinfection solaire.....E Laisser reposer .....F Autre (*à préciser*) _____ X NSP.....Z	
WS7. HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES	Chasse d'eau / chasse manuelle	

MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS? *Si « Chasse d'eau » ou « chasse manuelle », Insister:* PAR OU PASSENT LES EAUX USEES? *Si nécessaire, demander la permission pour voir les toilettes.*	Chasse branchée à l'égout ..... 11 Chasse branchée à fosse septique ..... 12 Chasse branchée à latrines ..... 13 Chasse branchée à autre chose ..... 14 Chasse branchée à endroit inconnu/Pas sûr/NSP où ..... 15 Latrines améliorées auto aérées (LAA) ... 21 Latrines couvertes ..... 22 Latrines à fosse / trou ouvert ..... 23 Toilettes à compostage ..... 31 Seaux/tinettes ..... 41 Toil. suspendues/latrines suspendues ..... 51 Pas de toilettes ou brousse ou champ ..... 95 Autre (*à préciser*) _____ 96	95⇨MODULE SUIVANT
WS8. PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES MENAGES ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨ MODULE SUIVANT
WS9. AU TOTAL, COMBIEN DE MENAGES UTILISENT CES TOILETTES ?	Nb. de ménages (si moins de 10)..... 0 ___ Dix ménages ou plus ..... 10 NSP 98	

MODULE SUR LES CARACTERISTIQUES DU MENAGE		HC
HC1A. QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE MENAGE ?	Catholique ..... 1 Protestant ..... 2 Islam ..... 3 Autre religion (*à préciser*) _____ 6 Pas de religion 7	
HC1B. QUELLE EST LA LANGUE MATERNELLE/LANGUE NATALE DU CHEF DE MENAGE ?	……..__ __	
HC1C. QUELLE EST L'ETHNIE DU CHEF DE MENAGE ?	……..__ __	
HC2. DANS CE MENAGE, COMBIEN DE PIECES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	No. de pièces ..... __ __	
HC3. Principal matériau du sol : *Enregistrer l'observation.*	Matériau naturel Terre/sable ..... 11 Bouse ..... 12 Matériau rudimentaire Planche en bois ..... 21 Palmes/bambou ..... 22 Matériau fini Parquet ou bois ciré ..... 31 Vinyle ou asphalte ..... 32 Carrelage ..... 33 Ciment ..... 34 Moquette ..... 35 Autre (*à préciser*) _____ 96	
HC4. Principal matériau du toit. *Enregistrer l'observation.*	Matériau naturel Pas de toit ..... 11 Chaume/feuille de palmier ..... 12 Herbe/paille ..... 13 Matériau rudimentaire Natte ..... 21 Palmes/bambou ..... 22 Planches de bois ..... 23 Matériau fini Métal/tôle ..... 31 Bois ..... 32 Zinc/Fibre de ciment ..... 33 Tuiles ..... 34 Ciment ..... 35 Shingles ..... 36 Autre (*à préciser*) _____ 96	
HC5. Principal matériau des murs. *Enregistrer l'observation.*	Matériau naturel Pas de murs ..... 11 Canne/palmes/troncs ..... 12 Motte de terre ..... 13 Matériau rudimentaire Bambou avec boue ..... 21 Pierre avec boue ..... 22 Adobe non recouvert ..... 23 Contre-plaqué ..... 24 Carton ..... 25 Bois de récupération ..... 26 Matériau fini Ciment ..... 31 Pierre avec chaux/ciment ..... 32 Briques ..... 33 Blocs de ciment ..... 34 Adobe recouvert ..... 35 Planches de bois/shingles ..... 36 Autre (*à préciser*) _____ 96	
HC6. DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE	Électricité 01	01⇨HC8

UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT POUR LA CUISINE ?	Gaz propane liquéfié (GPL)..... 02 Gaz naturel..... 03 Bio-gaz..... 04 Kérosène..... 05 Charbon / Lignite..... 06 Charbon de bois..... 07 Bois..... 08 Paille/branchages/herbes..... 09 Bouse. ….. ..... 10 Résidus agricoles ..... 11 Autre (*à préciser*) _____ 96	02⇨HC8 03⇨HC8 04⇨HC8
HC7. DANS CE MENAGE, EST-CE QUE VOUS CUISINEZ SUR UN FEU A CIEL OUVERT, UN FOUR OUVERT OU UN FOUR FERME ? *Insister sur le type.*	Feu à ciel ouvert..... 1 Four ouvert..... 2 Four fermé..... 3 Autre (*à préciser*) _____ 6	 3⇨HC8 6⇨HC8
HC7A. EST-CE QUE LE FEU/ FOUR A UNE CHEMINEE OU UNE HOTTE ?	Oui ..... 1 Non 2	
HC8. EST-CE QUE LA CUISINE EST GENERALEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BATIMENT SEPARE OU A L'EXTERIEUR ?	À la maison ..... 1 Dans un autre bâtiment..... 2 À l'extérieur ..... 3 Autre (*à préciser*) _____ 6	
HC9. DANS VOTRE MENAGE, AVEZ-VOUS :	Oui Non	
L'ELECTRICITE ?	Électricité 1 2	
LA RADIO ?	Radio..... 1 2	
LA TELEVISION ?	Télévision..... 1 2	
UN TELEPHONE MOBILE ?	Téléphone mobile..... 1 2	
UN TELEPHONE NON-MOBILE ?	Téléphone non-mobile 1 2	
UN REFRIGERATEUR ?	Réfrigérateur 1 2	
UNE CHAISE ?	Une chaise 1 2	
UN SOFA ?	Un sofa 1 2	
UN LIT ?	Un lit 1 2	
UNE ARMOIRE ?	Une armoire 1 2	
UN PLACARD/COFFRET ?	Un placard/coffret 1 2	
UNE HORLOGE ?	Une horloge 1 2	
UNE POMPE A EAU ?	Une pompe à eau 1 2	
UN MOULIN A GRAIN ?	Un moulin à grain 1 2	
UN VENTILATEUR ?	Un ventilateur 1 2	
UN MIXEUR ?	Un mixeur 1 2	
UN CHAUFFE EAU ?	Un chauffe eau 1 2	
UN GENERATEUR ELECTRIQUE ?	Un générateur électrique 1 2	
UNE MACHINE A LAVER ?	Une machine à laver 1 2	
UN FOUR A MICRO ONDE ?	Un four à micro onde 1 2	
UN ORDINATEUR ?	Un ordinateur 1 2	
UN MAGNETOSCOPE/LECTEUR DVD ?	Un magnétoscope/lecteur DVD 1 2	
UN LECTEUR DE CASSETTE/CD ROM ?	Un lecteur de cassette/CD ROM 1 2	
UN APPAREIL PHOTO ?	Un appareil photo 1 2	
UN CLIMATISEUR/REFROIDISSEUR ?	Un climatiseur/refroidisseur 1 2	
UNE TV EN COULEUR ?	Une TV en couleur 1 2	
UNE MACHINE A COUDRE ?	Une machine à coudre 1 2	
HC10. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE :	Oui Non	
UNE MONTRE ?	Montre.....1 2	
UNE BICYCLETTE?	Bicyclette.....1 2	
UNE MOTOCYCLETTE OU UNE SCOOTER ?	Motocyclette/Scooter 1 2	
UNE CHARRETTE TIREE PAR UN ANIMAL?	Charrette avec animal 1 2	
UNE VOITURE OU UN CAMION?	Voiture/Camion 1 2	
UN BATEAU A MOTEUR ?	Bateau à moteur.....1 2	
HC11. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE DE LA TERRE QUI PEUT ETRE CULTIVEE ?	Oui ..... 1 Non 2	 2⇨HC13
HC12. COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT-ILS ?	Hectares..... ___ ___	

Si moins d'un hectare, enregistrer '00' Si plus de 97, enregistrer '97'. Si inconnu, enregistrer '98'.		
HC13. EST - CE- QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DU BETAIL, TROUPEAU OU DES ANIMAUX DE FERME?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨MODULE SUIVANT
HC14. LESQUELS DES ANIMAUX SUIVANTS ET COMBIEN, VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL ? BETAIL ? VACHES LAITIERES OU TAUREAUX ? CHEVAUX, ANES OU MULES ? CHEVRES ? MOUTONS ? POULETS ? *Si aucun, enregistrer '00'.* *Si plus de 97, enregistrer '97'.* *Si inconnu, enregistrer '98'.*	 Bétail ..... ___ ___ Vaches laitières ou taureaux ..... ___ ___ Chevaux, ânes ou mules ..... ___ ___ Chèvres ..... ___ ___ Moutons ..... ___ ___ Poulets ..... ___ ___	

ES ENAFNTS **CL**

être posées à la mère/gardien de chaque enfant dans le ménage âgé de 5 à 14 ans. Pour les membres de ménage de moins de 5 ans ou de plus de 14 ans, laisser les lig

OSER DES QUESTIONS SUR TOUS LES TYPES DE TRAVAIL QUE LES ENFANTS VIVANT DANS CE MENAGE ONT PU FAIRE .

CL2. *Nom*	CL3. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (*nom*) AVAIT-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE? *Si Oui*: ÉTAIT-IL/ELLE PAYE(E) EN ARGENT OU EN NATURE? 1 OUI, PAYE (ARGENT OU NATURE) 2 OUI, NON PAYE 3 NON ⇨A CL5			CL4. *Si Oui:* DEPUIS LE (*jour de la semaine*) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ? *Si plus d'un travail, faire la somme de toutes les heures de ces travaux.* *Enregistrer la réponse, puis ⇨ CL.6*	CL5. AU COURS DE L'ANNEE DERNIERE (*nom*) AVAIT-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE? *Si Oui*: ÉTAIT-IL/ELLE PAYE(E) EN ARGENT OU EN NATURE? 1 OUI, PAYE (ARGENT OU NATURE) 2 OUI, NON PAYE 3 NON			CL6. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (*nom*) AVAIT-T-IL/ELLE AIDE AUX TRAVAUX MENAGERS TELS QUE FAIRE DES COURSES, FAIRE LA CUISINE, NETTOYER ET CHERCHER DU BOIS ET DE L'EAU OU GARDER LES ENFANTS ? 1 OUI 2 NON ⇨ A CL8		CL7. *Si Oui*: DEPUIS LE (*jour de la semaine*) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES AVAIT-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CES TRAVAUX MENAGERS?	CL8. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (*nom*) AVAIT-T-IL/ELLE FAIT DES/D'AUTRES TRAVAUX POUR LA FAMILLE (DANS UNE FERME OU UN COMMERCE, OU VENDRE DES MARCHANDISES DANS LA RUE ?) 1 OUI 2 NON ⇘ LIGNE SUIVANTE		CL DEPUIS LE (*jour de la s* DERNIER, EN COMBIEN D' AVAIT-T-IL/E A FAIRE CE
	OUI				OUI								
NOM	PAYE	N. PAYE	NO	NO. D'HEURES	PAYE	N. PAYE	NON	OUI	NON	NO. D'HEURES	OUI	NON	NO. D'H
	1	2	3	____ ____	1	2	3	1	2	____ ____	1	2	____
	1	2	3	____ ____	1	2	3	1	2	____ ____	1	2	____
	1	2	3	____ ____	1	2	3	1	2	____ ____	1	2	____
	1	2	3	____ ____	1	2	3	1	2	____ ____	1	2	____
	1	2	3	____ ____	1	2	3	1	2	____ ____	1	2	____
	1	2	3	____ ____	1	2	3	1	2	____ ____	1	2	____
	1	2	3	____ ____	1	2	3	1	2	____ ____	1	2	____
	1	2	3	____ ____	1	2	3	1	2	____ ____	1	2	____
	1	2	3	____ ____	1	2	3	1	2	____ ____	1	2	____
	1	2	3	____ ____	1	2	3	1	2	____ ____	1	2	____
	1	2	3	____ ____	1	2	3	1	2	____ ____	1	2	____
	1	2	3	____ ____	1	2	3	1	2	____ ____	1	2	____

MODULE SUR LES ENFANTS VULNERABLES ET ORPHELINS DU FAIT DU SIDA

OV1. *Vérifier HL5 : Y a-t-il un enfant de 0-17 ans ?*

☐ *Oui* ⇨ *Continuer avec OV2*

☐ *Non* ⇨ *Module Suivant*

OV2. JE VOUDRAIS QUE VOUS PENSIEZ AUX 12 DERNIERS MOIS. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE EST DECEDE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨OV5
OV3. (DE CEUX QUI SONT DECEDES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS), Y A-T-IL DES PERSONNES AGEES ENTRE 18 ET 59 ANS ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨OV5
OV4. (DE CEUX QUI SONT DECEDES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET ETAIENT AGES ENTRE 18 ET 59 ANS) Y A-T-IL QUELQU'UN QUI ETAIT GRAVEMENT MALADE PENDANT AU MOINS TROIS MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVANT DE MOURIR ?	Oui ..... 1 Non 2	1⇨OV8

OV5. *Retourner au Tableau Ménage et vérifier ce qui suit :*

1. Vérifier les totaux de HL9 et HL11.
- ☐ *Au moins une mère ou un père décédé(e)* ⇨ *Passer à OV8*
- ☐ *Pas de mère ou de père décédé(e)*

2. Vérifier les totaux de HL8A.
- ☐ *Au moins un adulte âgé de 18-59 très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois* ⇨ *Passer à OV8*
- ☐ *Pas d'adulte âgé de 18-59 très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois*

3. Vérifier les totaux de HL10A et HL12A.
- ☐ *Au moins une mère ou un père malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois* ⇨ *Passer à OV8*
- ☐ *Pas de mère ou de père malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois* ⇨ *Passer au Module Suivant*

OV8. *Lister tous les enfants de 0-17 ans. Enregistrer les noms, les numéros de ligne et les âges de tous les enfants, en commençant par le premier enfant, et continuer dans l'ordre dans lequel ils sont listés dans le module d'enregistrement du ménage. Utiliser un questionnaire additionnel s'il y a plus de 4 enfants âgés de 0-17 ans dans le ménage. Poser toutes questions pour un enfant avant de passer à l'enfant suivant.*

	1ER ENFANT	2EME ENFANT	3EME ENFANT	4EME ENFANT
Nom (de HL2)	_____	_____	_____	_____
Numéro de ligne (de HL1)	__ __	__ __	__ __	__ __
Âge (de HL5)	__ __	__ __	__ __	__ __

OV9. J'AIMERAIS VOUS POSER DES QUESTIONS A PROPOS DE N'IMPORTE QUEL TYPE D'AIDE OU DE SUPPORT ORGANISE QUE VOTRE MENAGE A PU RECEVOIR POUR (*nom*) ET POUR LEQUEL VOUS N'AVEZ PAS PAYE. PAR AIDE OU SUPPORT ORGANISE, JE VEUX DIRE UNE AIDE OU DU SUPPORT FOURNI PAR QUELQU'UN QUI TRAVAILLE POUR UN PROGRAMME, QUE CE SOIT DU GOUVERNE MENT, DU SECTEUR PRIVE, RELIGIEUX, D'UN ORGANISME DE BIENFAISANCE OU D'UN PROGRAMME A BASE COMMUNAUTAIRE. IL FAUT SE RAPPELER QU'IL S'AGIT DE SOUTIEN POUR LEQUEL VOUS N'AVEZ PAS PAYE.

OV10. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE SUPPORT QUE VOTRE MENAGE A REÇU POUR (*nom*). AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT MEDICAL POUR (*nom*) COMME DES SOINS, DES FOURNITURES OU DES MEDICAMENTS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8
OV11. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT EMOTIONNEL OU PSYCHOLOGIQUE POUR ((*nom*) COMME DE LA COMPAGNIE, DES CONSEILS D'UN CONSEILLER FORME, OU DU SUPPORT SPIRITUEL ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨ OV13 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨ OV13 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨ OV13 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨ OV13 NSP 8
OV12. VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU N'IMPORTE LEQUEL DE CES SUPPORTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8
OV13. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT MATERIEL POUR (*nom*) COMME DES VETEMENTS, DE LA NOURRITURE OU UN SUPPORT FINANCIER?	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨OV15 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨OV15 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨OV15 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨OV15 NSP 8
OV14. VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU N'IMPORTE LEQUEL DE CES SUPPORTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8

OV15. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT SOCIAL POUR (*nom*) COMME DE L'AIDE A LA MAISON, UNE FORMATION POUR DONNER DES SOINS OU UNE ASSISTANCE POUR DES DEMARCHES ADMINISTRATIVES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨ OV17 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨ OV17 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨ OV17 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨ OV17 NSP 8
OV16. VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU N'IMPORTE LEQUEL DE CES SUPPORTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS?	Oui ..... 1 No ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 No ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 No ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 No ..... 2 NSP 8
OV17. *Vérifier OV8 : âge de l'enfant :*	☐ *Âge 0-4* ⇨ *Enfant suivant* ☐ *Âge 5-17* ⇨ *OV18*	☐ *Âge 0-4* ⇨ *Enfant suivant* ☐ *Âge 5-17* ⇨ *OV18*	☐ *Âge 0-4* ⇨ *Enfant suivant* ☐ *Âge 5-17* ⇨ *OV18*	☐ *Âge 0-4* ⇨ *Enfant suivant* ☐ *Âge 5-17* ⇨ *OV18*
OV18. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT POUR LA SCOLARITE DE (*nom*) COMME UNE BOURSE, UNE INSCRIPTION GRATUITE, DES LIVRES OU DES FOURNITURES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8

MODULE SUR LES MOUSTIQUAIRES TRAITEES AUX INSECTICIDES (ITN)		TN
TN1. DANS VOTRE MENAGE, AVEZ-VOUS DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ETRE UTILISEES POUR DORMIR?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨MODULE SUIVANT
TN2. COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES AVEZ-VOUS DANS VOTRE MENAGE ? *Si 7 moustiquaires ou plus, enregistrer '7'.*	Nombre de moustiquaires .....___	
TN3. EST-CE QUE LA MOUSTIQUAIRE (EST-CE QUE N'IMPORTE LAQUELLE DES MOUSTIQUAIRES) FAIT PARTIE DES MARQUES SUIVANTES : *Lire le nom de chaque marque, montrer l'image sur la carte, et encercler les codes Oui ou Non pour chaque marque. Si possible, demander à l'enquêtée de vous montrer la moustiquaire pour vérifier la marque.* MOUSTIQUAIRES PERMANENTES : TN3L1. *Marque A*? TN3L2. *Marque B*? MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES : TN3P1. *Marque C*? TN3P2. *Marque D*? AUTRES MOUSTIQUAIRES : TN3O1. *Marque E*? TN3O2. *Marque F*? TN3O3. UNE AUTRE MARQUE QUELCONQUE DE MOUSTIQUAIRE ? TN3O4. MARQUE INCONNUE DE MOUSTIQUAIRE ?	O N NSP Moustiquaires permanentes : Marque A..... 1 2 8 Marque B..... 1 2 8 Moustiquaires imprégnées : Marque C ..... 1 2 8 Marque D ..... 1 2 8 Autres moustiquaires : Marque E..... 1 2 8 Marque F..... 1 2 8 Autre marque (*à préciser la marque*)_____1 2 Marque inconnue 1 2	
TN3A. OU AVEZ-VOUS REÇU LA MOUSTIQUAIRE ?	Secteurs médicaux publics Hôpital gouvernemental..... 11 Centre de santé gouvernementale ..... 12 Poste de santé gouvernementale..... 13 Agent de santé communautaire..... 14 Clinique mobile/communautaire ..... 15 Autre public (*à préciser*) ..... 16 Secteurs médicales privées Clinique/Hôpital privé(e) ..... 21 Médecin privé ..... 22 Pharmacie privée ..... 23 Clinique mobile ..... 24 Autre médical privé (*à préciser*)_____ 26 Autre source Parent ou ami..... 31 Boutique..... 32 Guérisseur traditionnel ..... 33 Autre (*à préciser*)..... 96 NSP..... 98	
TN3B. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LA MOUSTIQUAIRE ?	Monnaie locale..... __ __ __ __ Gratuit ..... 9996 NSP..... 9998	

TN4. *Vérifier TN3 pour la marque de moustiquaire(s). Revoir la liste en haut dans l'ordre jusqu'à ce qu'**une** case soit cochée, et suivre les instructions ci-après :* *1. ☐ Moustiquaire permanente (Marque A ou Marque B) mentionnée ? ⇨ Passer au Module Suivant* *2. ☐ Moustiquaire imprégnée (Marque C ou Marque D) mentionnée ? ⇨ Passer à TN6* *3. ☐ Autre moustiquaire (Marque E, Marque F ou autre marque quelconque, ou marque inconnue) mentionnée ? ⇨ Continuer avec TN5*		
TN5. QUAND VOUS AVEZ OBTENU LA (PLUS RECENTE) MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP/Pas sûre..... 8	
TN6. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS POSSEDEZ-VOUS LA (PLUS RECENTE) MOUSTIQUAIRE ? *Si moins de 1 mois, écrire '00'.* *Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.*	Mois ..... __ __ Plus de 24 mois..... 95 Pas sûre..... 98	
TN7. DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA (ES) MOUSTIQUAIRE(S), EST-CE QUE VOUS L'AVEZ (LES AVEZ)TREMPEE(S) OU PLONGEE(S) DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ELOIGNER LES MOUSTIQUES?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	2⇨MODULE SUIVANT 8⇨MODULE SUIVANT
TN8. COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIERE FOIS ? *Si moins de 1 mois, écrire '00'.* *Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard*	Mois ..... __ __ Plus de 24 mois..... 95 Pas sûre/NSP..... 98	

MODULE SUR L'IODATION DU SEL		SI
SI1. NOUS VOUDRIONS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. PUIS-JE VOIR UN ECHANTILLON DE SEL UTILISE LA NUIT DERNIERE POUR PREPARER LE REPAS PRINCIPAL POUR LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ? *Une fois que vous avez examiné le sel, encerclez le numéro qui correspond au résultat du test.*	Pas iodé 0 PPM ..... 1 Moins de 15 PPM..... 2 15 PPM ou plus..... 3 Pas de sel à la maison..... 6 Sel pas testé 7	

		L'INFORMATION EST UNE INFORMATION PAR PROCURATION? 1 oui ⇨MM4 2 non ⇨MM5	de l'enquête(e) « proxie » (à partir de la feuille d'enregistrement du ménage HL1)	sœurs (nées de la même mère) avez-vous ? 98= Ne sait pas	combien ont-elles atteint l'âge de 15 ans ? ** 98= Ne sait pas	(qui ont au moins 15 ans), combien sont-elles encore en vie ? 98= Ne sait pas
Ligne	Nom	O N	Ligne			
01		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __
02		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __
03		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __
04		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __
05		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __
06		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __
07		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __
08		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __
09		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __
10		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __
11		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __
12		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __
13		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __
14		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __
15		1 2	__ __	__ __	__ __	__ __

MODULE DISCIPLINE DE L'ENFANT

Tableau 1: Enfants âgés de 2-14 ans ELIGIBLES pour les questions de discipline

Revoir la liste des membres du ménage et enregistrer chaque enfant âgé de 2-14 ans dans le tableau ci-dessous dans l'ordre selon leur numéro de ligne (HL1). Ne pas inclure les autres membres du ménage qui ne sont pas âgés de 2-14. Enregistrer le numéro de ligne, le nom, le sexe, l'âge et le numéro de ligne de la mère/gardien de chaque enfant. Puis enregistrer le nombre total des enfants âgés de 2-14 à la case réservée à CD7.

CD1. Rang No.	CD2. Ligne N° de HL1.	CD3. Nom de HL2.	CD4. Sexe de HL4.	CD5. Age de HL5.	CD6. Ligne de la mère/gardien de HL7 ou HL8.
LIGNE	LIGNE	NOM	M F	AGE	MERE
01	__ __		1 2	__ __	__ __
02	__ __		1 2	__ __	__ __
03	__ __		1 2	__ __	__ __
04	__ __		1 2	__ __	__ __
05	__ __		1 2	__ __	__ __
06	__ __		1 2	__ __	__ __
07	__ __		1 2	__ __	__ __
08	__ __		1 2	__ __	__ __

CD7.	Total enfants âgés de 2-14 ans	__ __

S'il y'a qu'un enfant âgé de 2-14 ans dans le ménage, sauter la table 2 et aller à la question CD11 pour administrer les questions du module discipline de l'enfant pour cet enfant.

Tableau 2: Sélection aléatoires pour les questions de discipline de l'enfant

Utiliser ce tableau pour sélectionner un des enfants âgés de 2 à 14 ans, s'il y en a plusieurs dans le ménage. Rechercher le dernier chiffre du numéro du ménage de la page de couverture. C'est le numéro de ligne de la table ci-dessous où vous devez aller. Vérifier le nombre total des enfants éligibles (2-14) à la question CD7 ci-dessus. C'est le numéro de la colonne de la table ci-dessous où vous devez aller. Trouver la boite où la rangée et la colonne se rencontrent et entourer le chiffre qui apparaît dans cette boite. C'est le rang de l'enfant pour lequel les questions doivent être posées. Enregistrer le rang à la question CD9 ci-dessous. Finalement, enregistrer le numéro et le nom de l'enfant sélectionné dans la case de la variable CD11 de la page suivante. Puis, trouver le numéro de la mère/gardien de cet enfant et poser lui les questions à partir de CD12.

CD8.	**NOMBRE TOTAL DES ENFANTS ELIGIBLES DANS LE MENAGE**							
Dernier chiffre du numéro du questionnaire	1	2	3	4	5	6	7	8+
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

CD9. Enregistrer le rang de l'enfant sélectionné à partir de la table N° 2 ci-dessus	Rang de l'enfant..... __ __

Identifier l'enfant éligible age de 2-14 dans le ménage en utilisant la table de la page précédente en respectant vos instructions. Demander à interroger la mère/gardien de l'enfant sélectionné (identifié par la ligne a la question CD6).		
CD11. Ecrire le nom et le numéro de ligne de l'enfant sélectionné pour le module à partir de CD3 et CD2, et sur le rang question CD9.	Nom _____ Numéro de ligne __ __	
CD12. TOUS LES ADULTES UTILISENT CERTAINS MOYENS POUR ENSEIGNER A LEURS ENFANTS LA FAÇON DE SE COMPORTER OU DE SE CONDUIRE CORRECTEMENT. JE VAIS VOUS LIRE UNE VARIETE DE METHODES QUI SONT UTILISEES ET JE VOUDRAIS QUE VOUS ME DITES SI VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DE VOTRE MENAGE LES A UTILISE AVEC (*NOM*) LE MOIS PASSE.		
CD12A. RETIRER LES PRIVILEGES, INTERDIRE QUELQUE CHOSE QUE (*NOM*) AIME OU NE PAS LUI PERMETTRE DE QUITTER LA MAISON.	Oui 1 Non 2	
CD12B. EXPLIQUER AVEC QUELQUE CHOSE POURQUOI LA CONDUITE ETAIT MAUVAISE.	Oui 1 Non 2	
CD12C. LE/LA SECOUER.	Oui 1 Non 2	
CD12D. CRIER, HURLER SUR LUI.	Oui 1 Non 2	
CD12E. LUI DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRES A FAIRE.	Oui 1 Non 2	
CD12F. CLAQUER, FRAPPER OU GIFLER AVEC LA MAIN NUE.	Oui 1 Non 2	
CD12G. LE/LA FRAPPER SUR LE FOND OU AILLEURS SUR LE CORPS AVEC QUELQUE CHOSE COMME UNE CEINTURE, UNE BROSSE A CHEVEUX, UNE BRANCHE OU D'AUTRES OBJETS DURS.	Oui 1 Non 2	
CD12H. L'APPELER IDIOT, PARESSEUX OU QUELQUE CHOSE DE CE GENRE.	Oui 1 Non 2	
CD12I. FRAPPER OU GIFLER SUR LE VISAGE, LA TETE OU LES OREILLES.	Oui 1 Non 2	
CD12J. LE/LA FRAPPER SUR LA MAIN, LE BRAS OU SUR LA JAMBE.	Oui 1 Non 2	
CD12K. LE TAPER AVEC UN INSTRUMENT (ENCORE ET ENCORE AUSSI DUR QUE POSSIBLE).	Oui 1 Non 2	
CD13. PENSEZ-VOUS QUE POUR ELEVER, EDUQUER (NOM) PROPREMENT VOUS AVEZ BESOIN DE LE PUNIR PHYSIQUEMENT?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas/pas d'opinion 8	

HANDICAP

Doit être administré aux personnes en charge des enfants de 2 à 9 ans qui vivent dans le ménage. Pour les membres du ménage de

JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER S'IL Y'A DES ENFANTS DE 2 A 9 ANS DANS CE MENAGE QUI ONT L'UN DES PROBLEMES DE SANTE QUE JE

DA1. *NUMÉRO LIGNE.*	DA2. *NOM DE L'ENFANT*	DA3. Compare a d'autres enfants est ce que (*NOM*) a ou avait un retard sérieux pour s'asseoir, se tenir debout ou marcher?	DA4. Compare a d'autres enfants est ce que (*NOM*) a des difficultés pour voir la lumière du jour ou â la tombée de la nuit?	DA5. est -ce que (*NOM*) semble avoir des troubles de l'audition? (utilise un appareil acoustique, a des troubles de l'audition, totalement sourd)	DA6. Quand vous demandez a (*NOM*) de faire quelque chose, est ce qu'il /elle comprend ce que vous dites?	DA7. Est-ce que (*NOM*) a des difficultés pour marcher, ou bouger les bras ou est – ce qu'il/elle manque de force et/ou a une raideur dans le bras ou les jambes?	DA8. est-ce que (*NOM*) pique parfois des crises, devient raide ou perd connaissance?	DA9 est-ce q (*NOM*) apprend faire d choses comme autres enfants son age
Line	Nom	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O
01		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1
02		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1
03		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1
04		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1
05		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1
06		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1
07		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1
08		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1
09		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1
10		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1
11		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1
12		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1
13		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1
14		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1
15		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1

MODULE SUR LE TEST D'ANÉMIE — TA

TA1. *Vérifier HH8A : Le ménage est-il sélectionné pour le questionnaire homme et les tests d'anémie et de VIH ?*
☐ *Oui* ⇨ *Continuer avec* TA2
☐ *Non* ⇨ *Questionnaire suivant*

TA2. *No. de ligne. de la colonne* HL6 *pour les femmes et* HL6A *pour les hommes et* HL6B *pour les enfants de <5 ans*	TA3. *Nom de la colonne* HL2	TA4. *Age de la colonne* HL5	TA5. *Vérifier la colonne* TA4	TA6. *Enregistrer le no. de ligne du parent/ gardien responsable. Enregistrer '00's'il n'est pas listé dans le questionnaire ménage*	TA7. *Lire le consentement au parent/gardien responsable** *Entourer le code et signer*		TA8. *Niveau d'hémoglobine*	TA9. ACTUEL-LEMENT ENCEIN-TE ? 1=OUI 2=NON/ NSP	TA10. *Résultat* 1=MESURE 2=ABSENT 3=REFUS 4=AUTRE
LIGNE	NOM	ÂGE	ÂGE 15-17AGE 18-49	PARENT	ACCORDÉ	REFUSE	NIVEAU (G/DL)	O N / NSP	RÉSULTA T
MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES FEMMES 15-49 ANS									
__ __		__ __	1 2 *Aller à* TA 7=__	__ __	1 ? *Signer* _____	2 *Ligne suiv.* =__	__ __.__	1 2	__
__ __		__ __	1 2 *Aller à* TA 7=__	__ __	1 ? *Signer* _____	2 *Ligne suiv.* =__	__ __.__	1 2	__
__ __		__ __	1 2 *Aller à* TA 7=__	__ __	1 ? *Signer* _____	2 *Ligne suiv.* =__	__ __.__	1 2	__
__ __		__ __	1 2 *Aller à* TA 7=__	__ __	1 ? *Signer* _____	2 *Ligne suiv.* =__	__ __.__	1 2	__
MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES HOMMES 15-59 ANS									
__ __		__ __	1 2 *Aller à* TA 7=__	__ __	1 ? *Signer* _____	2 *Ligne suiv.* =__	__ __.__		__
__ __		__ __	1 2 *Aller à* TA 7=__	__ __	1 ? *Signer* _____	2 *Ligne suiv.* =__	__ __.__		__

MODULE SUR LE TEST D'ANÉMIE — TA

TA1. *Vérifier HH8A : Le ménage est-il sélectionné pour le questionnaire homme et les tests d'anémie et de VIH ?*
☐ *Oui* ⇨ *Continuer avec* TA2
☐ *Non* ⇨ *Questionnaire suivant*

TA2. *No. de ligne. de la colonne* HL6 *pour les femmes et* HL6A *pour les hommes et* HL6B *pour les enfants de <5 ans*	TA3. *Nom de la colonne* HL2	TA4. *Age de la colonne* HL5	TA5. *Vérifier la colonne* TA4	TA6. *Enregistrer le no. de ligne du parent/ gardien responsable. Enregistrer '00's'il n'est pas listé dans le questionnaire ménage*	TA7. *Lire le consentement au parent/gardien responsable* Entourer le code et signer*		TA8. *Niveau d'hémoglobine*	TA9. ACTUEL-LEMENT ENCEIN-TE ? 1=OUI 2=NON/ NSP	TA10. *Résultat* 1=MESURE 2=ABSENT 3=REFUS 4=AUTRE
LIGNE	NOM	ÂGE	ÂGE 15-17AGE 18-49	PARENT	ACCORDÉ	REFUSE	NIVEAU (G/DL)	O N / NSP	RÉSULTA T
__ __		__ __	1 2 *Aller à* TA 7=__	__ __	1 ? *Signer* _____	2 *Ligne suiv.* =__	__ __.__		__
__ __		__ __	1 2 *Aller à* TA 7=__	__ __	1 ? *Signer* _____	2 *Ligne suiv.* =__	__ __.__		__
MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS									
__ __		__ __		__ __	1 ? *Signer* _____	2 *Ligne suiv.* =__	__ __.__		__
__ __		__ __		__ __	1 ? *Signer* _____	2 *Ligne suiv.* =__	__ __.__		__
__ __		__ __		__ __	1 ? *Signer* _____	2 *Ligne suiv.* =__	__ __.__		__
__ __		__ __		__ __	1 ? *Signer* _____	2 *Ligne suiv.* =__	__ __.__		__

MODULE SUR LE TEST D'ANÉMIE — TA

TA1. *Vérifier HH8A : Le ménage est-il sélectionné pour le questionnaire homme et les tests d'anémie et de VIH ?*
☐ *Oui* ⇨ *Continuer avec* TA2
☐ *Non* ⇨ *Questionnaire suivant*

TA2. *No. de ligne. de la colonne* HL6 *pour les femmes et* HL6A *pour les hommes et* HL6B *pour les enfants de <5 ans*	TA3. *Nom de la colonne* HL2	TA4. *Age de la colonne* HL5	TA5. *Vérifier la colonne* TA4	TA6. *Enregistrer le no. de ligne du parent/ gardien responsable. Enregistrer '00's'il n'est pas listé dans le questionnaire ménage*	TA7. *Lire le consentement au parent/gardien responsable** *Entourer le code et signer*		TA8. *Niveau d'hémoglobine*	TA9. ACTUEL-LEMENT ENCEIN-TE ? 1=OUI 2=NON/ NSP	TA10. *Résultat* 1=MESURE 2=ABSENT 3=REFUS 4=AUTRE
LIGNE	NOM	ÂGE	ÂGE 15-17AGE 18-49	PARENT	ACCORDÉ	REFUSE	NIVEAU (G/DL)	O N / NSP	RÉSULTA T
__ __		__ __		__ __	1 ? *Signer* _____	2 *Ligne suiv.* =└	__ __.__		__
__ __		__ __		__ __	1 ? *Signer* _____	2 *Ligne suiv.* =└	__ __.__		__

*** DÉCLARATION DE CONSENTEMENT éclairé pour le test d'anémie**

Dans cette enquête, nous étudions l'anémie chez les enfants, les hommes et les femmes. L'anémie est un sérieux problème de santé qui est dû, entre autre, à une alimentation pauvre. Cette enquête permettra d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter cette maladie.

Nous demandons que vous (et tous vos enfants/ceux dont vous avez la charge) participiez au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise des instruments stériles et non réutilisables, qui sont propres et complètement sans risque. Le sang sera analysé avec un équipement neuf et les résultats resteront confidentiels. Pour l'anémie, les résultats du test vous seront communiqués immédiatement après la prise du sang.

Maintenant, pouvez-vous me dire si vous acceptez de participer au test d'anémie vous (et tous vos enfants/ceux dont vous avez la charge) ?

Ajouter test de contrôle

TA11. *Vérifier* TA8. *Nombre de personnes dont le niveau d'hémoglobine est inférieur au seuil critique ** :

Aucun(e) : ☐ ↓

Donner à chaque femme/homme/parent/adulte responsable les résultats du test d'hémoglobine et continuer avec TV12.

TA12. NOUS AVONS DETECTE UN FAIBLE NIVEAU D'HEMOGLOBINE DANS (*VOTRE SANG/LE SANG DE Nom de l'enfant/des enfants*). CELA SIGNIFIE QUE (*Vous/ Nom de l'enfant/des enfants*) ETES SEVEREMENT ANEMIE(E), CE QUI EST UN PROBLEME DE SANTE SERIEUX.

NOUS SOUHAITERIONS INFORMER LE DOCTEUR DE _____ AU SUJET DE (VOTRE ETAT/L'ETAT DE *Nom de l'enfant/des enfants*). CELA VOUS AIDERA A OBTENIR LE TRAITEMENT APPROPRIE A VOTRE ETAT. ACCEPTEZ-VOUS QUE CETTE INFORMATION CONCERNANT LE NIVEAU D'HEMOGLOBINE DANS (VOTRE SANG/LE SANG DE *Nom de l'enfant/des enfants*) SOIT TRANSMISE AU DOCTEUR?

NOM DE LA PERSONNE QUI SE SITUE EN DESSOUS DU SEUIL CRITIQUE	NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE	ACCEPTE QUE L'INFORMATION SOIT TRANSMISE ?	
FEMMES DE 18-49 ANS ET HOMMES DE 18-59 ANS			
		OUI	NON
		1	2
		1	2
		1	2
		1	2
		1	2
		1	2

FEMMES ET HOMMES DE 15-17 ANS ET ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS			
		OUI	NON
		1	2
		1	2
		1	2
		1	2
		1	2
		1	2
		1	2

* *Le seuil critique est de 9 g/dl. pour les femmes enceintes et de 7 g/dl pour les enfants et les femmes qui ne sont pas enceintes (ou qui ne savent pas si elles sont enceintes).*

*** S'il y a plus d'une femme ou d'un enfant qui se situe en-dessous du seuil critique, , lire la déclaration de* TA12 *à chaque femme qui se situe en-dessous du seuil critique et à chaque femme/parent/gardien responsable de l'enfant qui se situe en-dessous du seuil critique.*

UR LE TEST DU VIH

e No. de ligne. de la colonne HL6 *pour les femmes et* HL6A *pour les hommes de la Feuille d'enregistrement du ménage ou* TA2 *du module du test d'anén*
gne, le nom, l'âge et le sexe de toutes les femmes de 15-49 ans et de tous les hommes de 15-59 ans. Cette fiche doit être détruite au bureau avant que les r
à la base des données de l'enquête **MICS.**

le la ne la ne	TH4. *Age de la colonne* HL5 *ou de la colonne* TA4	TH4. *Vérifier la colonne* TH4		TH6. *Enregistrer le no. de ligne du parent/ gardien responsable. Enregistrer '00's'il n'est pas listé dans le quest. Ménage*	TH7. *Lire le consentement au parent/gardien responsable** *Entourer le code et signer*			TH8. *Lire le consentement à la femme, à l'homme ou au jeune ** *Entourer le code et signer*			TH9. *Résultat du test* 1=PRÉLÈVEMENT FAIT 2=REFUSÉ/ 3=ABSENT 4=PROBLÈME TECH. 5=AUTRE (*à préciser)*	TH10. *Étiquettes codes à barres*
OM	AGE	AGE 15-17	AGE 18-49	PARENT	ACCORDÉ	REFU-SÉ	PAS LU	ACCORDÉ	REFU-SÉ	PAS LU	O N/NSP	
					FEMMES 15-49 ANS							
	___ ___	1 2 *Aller à* TH 7=___		___ ___	1 2 3 ? *Signer* _____			1 2 3 ? *Signer* _____			___	Coller la première étiquette à cet deuxième sur le papier filtre de troisième sur la fiche de t prélèvements
	___ ___	1 2 *Aller à* TH 7=___		___ ___	1 2 3 ? *Signer* _____			1 2 3 ? *Signer* _____			___	Coller la première étiquette à cet deuxième sur le papier filtre de troisième sur la fiche de t prélèvements
	___ ___	1 2 *Aller à* TH 7=___		___ ___	1 2 3 ? *Signer* _____			1 2 3 ? *Signer* _____			___	Coller la première étiquette à cet deuxième sur le papier filtre de troisième sur la fiche de t prélèvements
	___ ___	1 2 *Aller à* TH 7=___		___ ___	1 2 3 ? *Signer* _____			1 2 3 ? *Signer* _____			___	Coller la première étiquette à cet deuxième sur le papier filtre de troisième sur la fiche de t prélèvements
ANS												
	___ ___	1 2 *Aller à* TH 7=___		___ ___	1 2 3 ? *Signer* _____			1 2 3 ? *Signer* _____			___	Coller la première étiquette à cet deuxième sur le papier filtre de troisième sur la fiche de t prélèvements
	___ ___	1 2 *Aller à* TH 7=___		___ ___	1 2 3 ? *Signer* _____			1 2 3 ? *Signer* _____			___	Coller la première étiquette à cet deuxième sur le papier filtre de troisième sur la fiche de t prélèvements

UR LE TEST DU VIH

e No. de ligne. de la colonne HL6 *pour les femmes et* HL6A *pour les hommes de la Feuille d'enregistrement du ménage ou* TA2 *du module du test d'anén*
gne, le nom, l'âge et le sexe de toutes les femmes de 15-49 ans et de tous les hommes de 15-59 ans. Cette fiche doit être détruite au bureau avant que les r
à la base des données de l'enquête **MICS.**

le la ne la ne	TH4. *Age de la colonne* HL5 *ou de la colonne* TA4	TH4. *Vérifier la colonne* TH4	TH6. *Enregistrer le no. de ligne du parent/ gardien responsable. Enregistrer '00's'il n'est pas listé dans le quest. Ménage*	TH7. *Lire le consentement au parent/gardien responsable** *Entourer le code et signer*	TH8. *Lire le consentement à la femme, à l'homme ou au jeune ** *Entourer le code et signer*	TH9. *Résultat du test* 1=PRÉLÈVEMENT FAIT 2=REFUSÉ/ 3=ABSENT 4=PROBLÈME TECH. 5=AUTRE (*à préciser)*	TH10. *Étiquettes codes à barres*
OM	AGE	AGE 15-17 / AGE 18-49	PARENT	ACCORDÉ / REFUSÉ / PAS LU	ACCORDÉ / REFUSÉ / PAS LU	O / N/NSP	
	___ ___	1 / 2 *Aller à* TH 7=___	___ ___	1 / 2 / 3 ? *Signer* _____	1 / 2 / 3 ? *Signer* _____	___	Coller la première étiquette à cet deuxième sur le papier filtre de troisième sur la fiche de t prélèvements
	___ ___	1 / 2 *Aller à* TH 7=___	___ ___	1 / 2 / 3 ? *Signer* _____	1 / 2 / 3 ? *Signer* _____	___	Coller la première étiquette à cet deuxième sur le papier filtre de troisième sur la fiche de t prélèvements

s femmes éligibles âgées de 15-49 ans qui vivent dans le ménage?
lle d'enregistrement du ménage, colonne HL6. Vous devez avoir un
dont le Panneau d'Information est rempli pour chaque femme éligible.

ser au QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME
questionnaire à la première femme éligible.

tinuer.

SI3. *Y a-t-il des enfants de moins de 5 ans qui vivent dans le ménage?*
Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8. Vous devez a
questionnaire dont le Panneau d'Information est rempli pour chaque enfan

☐ *Oui.* ⇨ *Passer au QUESTIONNAIRE SUR LES ENANTS DE MOINS D*
Administrer le questionnaire au gardien pour le premier enfant éligible.

☐ *Non* ⇨ *Fin de l'interview. Avant de partir, remercier l'enquêté(e) de sa*
Rassembler tous les questionnaires de ce ménage, et enregistrer le nombre
questionnaires remplis sur la page de couverture.

***DÉCLARATION DE CONSENTEMENT ÉclairÉ pour le test du VIH**

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES ADULTES DE 18 ANS ET PLUS

Bonjour. Mon nom est (votre nom) et je travaille pour le Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale qui organise cette enquête nationale sur la santé des femmes, des hommes et des enfants.
Dans le cadre de cette enquête, nous faisons une étude de VIH/SIDA parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans et les hommes âgés de 15 à 59 ans. Vous savez, peut-être que le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie grave, habituellement mortelle. Nous sommes entrain de mener le test de VIH pour mesurer la gravité du problème du sida en République Centrafricaine..
Pour le test de VIH, nous invitons toutes les femmes et tous les hommes éligibles de tout le pays à donner quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.
Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner vos résultats du test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, si vous le souhaitez, je peux vous remettre une fiche de référence pour vous rendre dans un Centre de Dépistage Volontaire pour un test gratuit.

Avez-vous des questions?
Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH?

PASSER À LA COLONNE TH8 ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS

1ere étape : Demander d'abord le consentement éclairé du parent/adulte responsable

L'étude de VIH/Sida inclut les jeunes femmes et hommes à partir de 15 ans. Pour le test de VIH de ces jeunes personnes de l'âge 15 à 17 ans nous demandons que leur parent ou un adulte responsable donne leur consentement, aussi bien que le/la jeune.
Nous demandons que la jeune personne, [NOM], participe au test de VIH en nous donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.
Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner vos résultats du test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, si vous le souhaitez, je peux remettre à [NOM DE JEUNE]une fiche de référence pour qu'il se rende dans un Centre de Dépistage Volontaire pour un test gratuit
Maintenant, est-ce que vous acceptez que [NOM DE JEUNE] puisse participer à ce test de VIH?

PASSER À LA COLONNE TH7 ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ

2e étape : Consentement éclairé du jeune
SI LE PARENT/ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE A ACCEPTÉ QU'IL PARTICIPE AU TEST, LIRE LE CONSENTEMENT AU JEUNE.
Dans le cadre de l'enquête, nous faisons une étude de VIH/Sida parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans et les hommes âgés de 15 à 59 ans. Vous savez, peut-être que le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie grave, habituellement mortelle. Nous sommes en train de mener le test de VIH pour mesurer la gravité du problème du sida en République Centrafricaine.
Pour le test de VIH, nous invitons toutes les femmes et tous les hommes éligibles de tout le pays à donner quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.
Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner vos résultats du test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, si vous le souhaitez, je peux vous remettre une fiche de référence pour vous rendre dans un Centre de Dépistage Volontaire pour un test gratuit

Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH?

PASSER À LA COLONNE TH8 ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ

Suivre les instructions dans le Manuel de l'Enquêteur

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité - Travail

MICS

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

PANNEAU D'INFORMATION DE LA FEMME	WM
Ce questionnaire doit être administré à chaque femme âgée de 15 à 49 ans (voir colonne HL6 de la feuille d'enregistrement du ménage). Remplir une fiche pour chaque femme éligible. *Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le nom et numéro de ligne de la femme dans l'espace ci-dessous.* *Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.*	
WM1. Numéro de grappe : ___ ___ ___ ___	WM2. Numéro de ménage : ___ ___
WM3. Etes-vous Mme/Mlle _____	WM4. Numéro de ligne de la femme : ___ ___
WM5.Nom et numéro de code l'enquêteur : _____ ___ ___	WM6. Jour/Mois/Année de l'interview : ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___
WM7. Résultat de l'interview de la femme	Rempli .....1 Pas à la maison .....2 Refusé .....3 Rempli partiellement .....4 Incapacité .....5 Autre (*à préciser*) _____ 6

Présenter vos salutations à la femme, si vous ne l'avez pas déjà fait :

NOUS SOMMES DU MINISTERE DE L'ECONOMIE, DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE . NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES. D'AILLEURS, VOUS N'ETES PAS OBLIGEE DE REPONDRE AUX QUESTIONS AUXQUELLES VOUS N'AVEZ PAS ENVIE DE REPONDRE, ET VOUS POUVEZ ARRETER L'ENTRETIEN A TOUT MOMENT. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?.

Si l'enquêtée vous donne la permission, commencez l'interview. Si la femme n'est pas d'accord pour continuer, il faut la remercier, encerclez le code 4 à WM7 et passer à l'interview suivante. Discuter ce résultat avec votre contrôleur pour une autre visite.

WM8. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois..... __ __ NSP mois ..... 98 Année ..... __ __ __ __ NSP Année 9998	
WM9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge (en années révolues) ..... __ __	

WM10. AVEZ-VOUS FREQUENTE L'ECOLE ?	Oui ..... 1 Non 2	 2⇨WM14
WM11. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT : PRIMAIRE, SECONDAIRE OU SUPERIEUR ?	 Primaire..... 1 Secondaire..... 2 Supérieur ..... 3 Programme non-formel 6	
WM12. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ?	Classe..... __ __	
WM13. *Vérifier WM11:* ☐ *Secondaire ou plus ⇨ Passer au Module Suivant* ☐ *Primaire ou programme non-formel ⇨ Continuer avec WM14*		
WM14. MAINTENANT, JE VOUDRAIS QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. *Montrer les phrases à l'enquêtée.* *Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insister :* POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ? *Exemple de phrases pour le test d'alphabétisation :* *1. L'enfant lit un livre.* *2. Les pluies sont en retard cette année.* *3. Les parents doivent prendre soin de leurs enfants.* *4. Le travail des champs est dur.*	Ne peut pas lire du tout.. ..... 1 Peut lire certaines parties..... 2 Peut lire toute la phrase ..... 3 Pas de carte dans langue qui convient _____ 4 *(à préciser la langue)* Aveugle/muet, problème de vue/audition ... 5	
WM15A. QUEL EST LE METIER QUE VOUS EXERCEZ?	_____ __ __	
WM15B. QUELLE EST VOTRE RELIGION ?	Catholique..... 1 Protestant..... 2 Islam ..... 3 Autre religion (*à préciser*) _____ 6 Pas de religion 7	
WM15C. QUELLE EST VOTRE ETHNIE ?	Ethnie_____ __ __	

MODULE SUR LA MORTALITE DES ENFANTS

Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans.
Les questions concernent seulement les naissances VIVANTES.

CM1. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A DES ENFANTS? *Si « Non » insistez en demandant :* JE VEUX DIRE, AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN ENFANT QUI A RESPIRE OU CRIE OU A MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A SURVECU QUE QUELQUES MINUTES OU HEURES ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨ MODULE UNION/ MARIAGE
CM2A. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE VOTRE PREMIER ENFANT ? JE VEUX DIRE LA TOUTE PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU UNE NAISSANCE, MEME SI L'ENFANT N'EST PLUS EN VIE, OU SI L'ENFANT A UN PERE AUTRE QUE VOTRE PARTENAIRE ACTUEL. *Passer à CM3 seulement si l'année de naissance du premier enfant est connue.* *Autrement, continuer avec CM2B.*	Date de la première naissance Jour ..... __ __ NSP jour ..... 98 Mois ..... __ __ NSP mois ..... 98 Année ..... __ __ __ __ NSP Année 9998	⇨CM3 ⇩CM2B
CM2B. DEPUIS COMBIEN D'ANNEES AVEZ-VOUS EU VOTRE PREMIERE NAISSANCE ?	Années révolues depuis la première naissance ..... __ __	
CM3. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨CM5
CM4. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ?	Fils à la maison ..... __ __ Filles à la maison ..... __ __	
CM5. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨CM7
CM6. COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Fils ailleurs ..... __ __ Filles ailleurs ..... __ __	
CM7. AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨CM9
CM8. COMBIEN DE GARÇONS SONT DECEDES? COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES?	Garçons décédés ..... __ __ Filles décédées ..... __ __	
CM9. Faites la somme des réponses à CM4, CM6, et CM8.	Total ..... __ __	

CM10. JE VOUDRAIS ETRE SURE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (*nombre total*) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?

☐ *Oui. ⇨ Passer à CM11*

☐ *No. ⇨ Vérifier les réponses et corriger avant de passer à CM11*

CM11. DE TOUTES CES (*nombre total*) NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES, QUAND AVEZ-VOUS EU LA DERNIERE (MEME SI IL/ELLE EST DECEDE(E)) ? Si le jour n'est pas connu, noter '98' dans l'espace pour jour.	Date de la dernière naissance Jour/Mois/Année ....__ __/__ __/__ __ __ __	
CM12. *Vérifier CM11: Est-ce que la femme a eu sa dernière naissance au cours des 2 dernières années, c'est à dire, depuis (jour et mois de l' interview en 2004)?* *Si l'enfant est décédé, il faut parler avec compassion quand vous faites référence à cet enfant par son nom dans les modules suivants.* ☐ *Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇨ Passer au module UNION/ MARIAGE.* ☐ *Oui, naissance vivante au cours des 2 dernières années ⇨ Continuer avec CM13* *Nom de l'enfant*_____		
CM13. AU MOMENT OU VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE (*nom*), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA, VOULIEZ-VOUS ATTENDRE PLUS TARD, OU VOULIEZ-VOUS NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT ?	À ce moment-là ..... 1 Plus tard ..... 2 Ne plus/ne pas avoir d'enfant 3	

MODULE SUR L'ANATOXINE TETANIQUE (TT)		**TT**
Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant la date de l'enquête.		
TT1. AVEZ-VOUS UNE CARTE OU UN AUTRE DOCUMENT OU SONT INSCRITES VOS VACCINATIONS ? *S'il y une carte, il faut l'utiliser pour vous aider avec les réponses aux questions suivantes.*	Oui (carte vue) ..... 1 Oui (carte pas vue)..... 2 Non ..... 3 NSP..... 8	
TT2. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT, AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION POUR LUI EVITER DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE (UNE PIQURE ANTITETANIQUE, UNE INJECTION EN HAUT DU BRAS OU DE L'EPAULE)?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	 2⇨TT5 8⇨TT5
TT3. *Si oui:* DURANT VOTRE DERNIERE GROSSESSE, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS EU CETTE INJECTION ANTI-TETANOS ?	Nombre de fois..... __ __ NSP..... 98	 98⇨TT5
TT4. *Combien de doses de TT ont été enregistrées à TT3?* ☐ *Au moins deux injections durant la dernière grossesse. ⇨ Passez au module suivant* ☐ *Moins de deux injections durant la dernière grossesse. ⇨ Continuer avec TT5*		
TT5. AVEZ-VOUS REÇU, N'IMPORTE QUAND AVANT CETTE GROSSESSE, UNE INJECTION CONTRE LE TETANOS?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	 2⇨MODU-LE SUIV. 8⇨MODU-LE SUIV.
TT6. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS EU CETTE INJECTION?	Nombre de fois..... __ __	
TT7.EN QUEL MOIS ET EN QUELLE ANNEE AVANT CETTE DERNIERE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU LA DERNIERE INJECTION ? *Passer au module suivant seulement si l'année de l'injection est connue. Autrement continuer avec TT8.*	Mois ..... __ __ NSP le mois ..... 98 Année ..... __ __ __ __ NSP l'année 9998	 ⇨MODU-LE SUIV. ⇩TT8
TT8. CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTI-TETANOS AVANT CETTE DERNIERE GROSSESSE?	Années..... __ __	

MODULE SUR LA SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE — MN

Ce module s'adresse à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifier le module sur la mortalité des enfants CM12 et inscrire ici le nom du dernier enfant _____.

En posant les questions suivantes, utiliser le nom de l'enfant où c'est indiqué.

MN1. DANS LES DEUX PREMIERS MOIS QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE DE VOTRE DERNIER ENFANT [NAISSANCE DE *nom*], AVEZ-VOUS REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A COMME CELLE-CI ? *Montrez la capsule de 200,000 UI ou le flacon.*	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	
MN2. POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATAUX ? *Si Oui*: QUI AVEZ-VOUS CONSULTE? QUELQU'UN D'AUTRE ? *Insister pour obtenir le type de personne et enregistrer toutes les réponses.*	Professionnel de la santé : Médecin.....A Infirmière/sage-femme.....B Sage-femme auxiliaire.....C Autre personne Accoucheuse traditionnelle.....F Agent de santé communautaire..... G Parente/Amie.....H Autre (*à préciser*) _____ X Personne.....Y	 Y⇨MN6A
MN3. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATAUX, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ? MN3A. AVEZ-VOUS ETE PESEE ? MN3B. VOUS-A-T-ON PRIS LA TENSION ? MN3C. AVEZ-VOUS DONNE UN ECHANTILLON D'URINE ? MN3D. AVEZ-VOUS DONNE DU SANG ?	Oui Non Poids.....1 2 Tension .....1 2 Urine .....1 2 Sang.....1 2	
MN4. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS OU DES CONSEILS SUR LE SIDA OU LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
MN5. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	 2⇨MN6A 8⇨MN6A
MN6. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
MN6A. DURANT CETTE GROSSESSE, AVEZ- VOUS PRIS DES MEDICAMENTS POUR EVITER LE PALUDISME ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨MN7 8⇨MN7
MN6B. QUEL ETAIT CE MEDICAMENT ? *Encercler tout ce qui est mentionné. Si le type de médicament ne peut être déterminé, montrer des antipaludéens typiques à l'enquêtée.*	SP/Fansidar .....A Chloroquine.....B Autre (*à préciser*) _____ X NSP .....Z	
MN6C. *Vérifier MN6B pour type de médicament pris :* ☐ *SP/Fansidar pris.⇨ Continuer avec MN6D* ☐ *SP/Fansidar pas pris.⇨ Passer à MN7*		
MN6D. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PRIS LE MEDICAMENT SP/FANSIDAR PENDANT LA GROSSESSE ?	Nombre de fois..... __ __	

MN7. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE VOTRE DERNIER ENFANT (*nom*)? QUELQU'UN D'AUTRE ? Insister pour obtenir le type de personne. Encercler tout ce qui est mentionné.	Professionnel de la santé : Médecin....A Infirmière/sage-femme....B Sage-femme auxiliaire....C Autre personne Accoucheuse traditionnelle....F Agent de santé communautaire.... G Parente/Amie....H Autre (*à préciser*) _____ X Personne....Y	
MN8. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (*nom*) ? *S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercle le code approprié..* _____ *(Nom de l'endroit)*	Domicile Votre domicile.... 11 Autre domicile.... 12 Secteur public Hôpital gouvernemental.... 21 Clinique gouv./Centre de santé gouv.... 22 Autre public (*à préciser*) _____ 26 Secteur médical privé Hôpital privé .... 31 Clinique privée.... 32 Maternité privée.... 33 Autre médical privé (*à préciser*) _____ 36 Autre (*à préciser*) _____ 96	
MN9. QUAND VOTRE DERNIER ENFANT (*nom*) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE OU TRES PETIT ?	Très gros.... 1 Plus gros que la moyenne.... 2 Moyen .... 3 Plus petit que la moyenne .... 4 Très petit.... 5 NSP.... 8	
MN10. (*Nom*) A-T-IL/ELLE ETE PESE(E) A LA NAISSANCE ?	Oui .... 1 Non .... 2 NSP.... 8	2⇨MN12 8⇨MN12
MN11. COMBIEN (*nom*) PESAIT-IL/ELLE ? *Enregistrer le poids porté sur le carnet de santé, si disponible.*	De la carte..... 1 (kilogrammes) __ . __ __ __ De mémoire... 2 (kilogrammes) __ . __ __ __ NSP.... 9998	
MN12. AVEZ-VOUS ALLAITE (*nom*)?	Oui .... 1 Non 2	2⇨MODU-LE SUIV.
MN13. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (*nom*) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ? *Si moins d'1 heure, noter '00' heure.* *Si moins de 24 heures, noter en heures.* *Autrement, noter en jours.*	Immédiatement .... 000 Heures .... 1 __ __ *ou* jours .... 2 __ __ NSP/Ne se rappelle pas 998	

MODULE SUR L'UNION/MARIAGE		MA
Ce module s'adresse aux femmes de 15-49 ans mariées ou en union		
MA1. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui, actuellement mariée ..... 1 Oui, vit avec un homme..... 2 Non, pas en union 3	3⇨MA4
MA2.EST-CE QUE VOTRE MARI/ PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/ FEMMES EN PLUS DE VOUS-MEME ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	2⇨MA3 3⇨MA3
MA2B. COMBIEN D'AUTRES FEMMES A-T-IL ?	Nombre ..... __ __ NSP 98	
MA3. QUEL AGE A EU VOTRE MARI/PARTENAIRE A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années révolues..... __ __ NSP 98	
MA3A. QUEL EST LE METIER QU'EXERCE VOTRE MARI/PARTENAIRE?	METIER : ……..	
MA3B. QUELLE EST LA RELIGION DE VOTRE MARI/PARTENAIRE?	Catholique…… 1 Protestant ……..2 Islam…… ……3 Autre religion (*à préciser*) _____ 6 Pas de religion 7	
MA3C. QUELLE EST L'ETHNIE DE VOTRE MARI/PARTENAIRE ?	Ethnie ……..__ __	
MA3D. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOTRE MARI/PARTENAIRE A ATTEINT?	Primaire…… 1 Secondaire ……..2 Supérieur ……3 Sans niveau ……4	4⇨MA7
MA3E. QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE VOTRE MARI/PARTENAIRE A ACHEVEE A CE NIVEAU ?	Classe …… ___ ___	PASSER A MA7
MA4 AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UN HOMME ?	Oui, a été mariée..... 1 Oui, a vécu avec un homme..... 2 Non 3	3⇨MODU-LE SUR EXCISION
MA5. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPAREE ?	Veuve ..... 1 Divorcée..... 2 Séparée 3	
MA6. AVEZ-VOUS ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UN HOMME, UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une fois..... 1 Plus d'une fois..... 2	
MA7. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS MARIEE LA PREMIERE FOIS, OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE LA PREMIERE FOIS AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE?	Mois ..... __ __ NSP le mois ..... 98 Année..... __ __ __ __ NSP l'année 9998	
MA8. *Vérifier MA7:* ☐ *Le mois et l'année de mariage/union sont connes ? ⇨ Passer au Module suivant* ☐ *Le mois ou l'année de mariage/union n'est pas connu(e) ? ⇨ Continuer avec MA9*		
MA9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE ?	Âge en années révolues..... __ __	

CONTRACEPTION ET BESOINS NON-SATISFAITS		CP
CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE – ET VOTRE SANTE REPRODUCTIVE. ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT?	Oui, actuellement enceinte.....1 Non.....2 Pas sûre ou NSP.....8	 2⇨CP2 8⇨CP2
CP1A. AU MOMENT OU VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA,, VOULIEZ-VOUS ATTENDRE PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANT DU TOUT ?	À ce moment.....1 Plus tard.....2 Ne voulait plus d'enfants.....3	1⇨CP4B 2⇨CP4B 3⇨CP4B
CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE. EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?	Oui.....1 Non.....2	 2⇨CP4A
CP3. QUELLE METHODE UTILISEZ-VOUS? N'INSISTEZ PAS. SI PLUS D'UNE METHODE MENTIONNEE, ENCERCLEZ TOUS LES CODES DES METHODES CITEES.	Stérilisation féminine..... A Stérilisation masculine ..... B Pilule..... C DIU ..... D Injections ..... E Implants..... F Condom..... G Condom féminin ..... H Diaphragme ..... I Mousse/gelée ..... J Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)..... K Abstinence périodique ..... L Retrait..... M Autre (à préciser)..... X	
CP4A. MAINTENANT J'AI QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PAS AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS DU TOUT ? CP4B. SI ACTUELLEMENT ENCEINTE : APRES L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU VOUDRIEZ-VOUS NE PAS AVOIR D'AUTRES ENFANTS DU TOUT?	Avoir (un/autre) enfant.....1 Pas d'autre du tout/Aucun .....2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte.....3 Indécise/NSP.....8	 2⇨CP4D 3⇨MODULE SUIVANT 8⇨ CP4D
CP4C. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE (D'UN AUTRE) ENFANT ?	Mois.....1 __ __ Années .....2 __ __ Bientôt/maintenant.....993 Elle ne peut pas tomber enceinte .....994 Après le mariage .....995 Autre .....996 NSP.....998	
P4D. VERIFIER CP1: ☐ ACTUELLEMENT ENCEINTE? ⇨ MODULE SUIVANT ☐ PAS ENCEINTE OU PAS SURE ? ⇨ CONTINUER AVEC CP4E		
CP4E. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT APTE A ETRE EN ETAT DE GROSSESSE EN CE MOMENT?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	

MODULE SUR L'EXCISION		FG
FG1. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui ..... 1 Non 2	1⇨FG3
FG2. DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE A COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨MODULE SUIVANT
FG3. VOUS-MEME, ETES-VOUS EXCISEE ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨FG8
FG4. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A CE MOMENT-LA. VOUS -A-T-ON COUPE QUELQUE CHOSE DANS LA ZONE GENITALE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	1⇨FG6
FG5. VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE LES PARTIES GENITALES SANS RIEN COUPER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	
FG6. VOUS A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	
FG7. QUI A PROCEDE A VOTRE EXCISION ?	Traditionnel 'Exciseuse' traditionnelle ..... 11 Accoucheuse traditionnelle..... 12 Autre traditionnel (*à préciser*) _____ 16 Professionnel de santé Médecin..... 21 Infirmière/sage-femme ..... 22 Autre professionnel de santé (*à préciser*) _____ 26 NSP 98	
FG8. *Les questions suivantes sont adressées seulement aux femmes qui ont au moins une fille vivante* *Vérifier CM4 et CM6, Module sur la Mortalité des Enfants : La femme a une fille vivante ?* ☐ *Oui. ⇨ Continuer avec FG9* ☐ *Non. ⇨ Passer à FG16*		
FG9. EST-CE QUE CERTAINES DE VOS FILLES ONT SUBI CE GENRE DE PRATIQUE ? SI OUI : COMBIEN ?	Nombre de filles excisées : ..... __ __ Aucune fille excisée..... 00	00⇨FG16
FG10. SUR LAQUELLE DE VOS FILLES A T-ON PROCEDE TOUT RECEMMENT A L'EXCISION ? *Enregistrer le nom de la fille.*	Nom de la fille : _____	
FG11. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A (*nom*) A CE MOMENT LA. A-T-ON ENLEVE QUELQUE CHOSE DE SES PARTIES GENITALES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	1⇨FG13
FG12. LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN COUPER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	
FG13. LORS DE SON EXCISION LUI A-T-ON FERME TOTALEMENT LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	
FG14. QUEL AGE AVAIT *(nom)* AU MOMENT DE L'EXCISION ? *Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour obtenir une estimation.*	Âge de la fille à l'excision ..... __ __ NSP 98	

FG15. QUI A PROCEDE A L'EXCISION ?	Traditionnel 'Exciseuse' traditionnelle ..... 11 Accoucheuse traditionnelle..... 12 Autre traditionnel (*à préciser*) _____ 16 Professionnel de santé Médecin..... 21 Infirmière/sage-femme ..... 22 Autre professionnel De santé (*à préciser*) _____ 26 NSP 98	
FG16. PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE ?	Maintenue ..... 1 Disparaître..... 2 Cela dépend..... 3 NSP 8	

MODULE FISTULE		**FI**
FI1. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE FISTULE OBSTETRICALE (MALADIE DE L'URINE) ? SI « NON », DEMANDER : AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UN CAS D'UNE FEMME QUI PERDAIT DE L'URINE ET/OU DEFEQUAIT CONTINUELLEMENT A LA SUITE D'UN ACCOUCHEMENT ?	OUI…… .....1 NON…….....2	**2⇨MODULE SUIVANT**
FI2A. QUELLES SONT SELON VOUS, LES CAUSES DE CETTE MALADIE ? AUTRE CHOSE ?	Sorcellerie ou envoûtement mystique……...A Mauvais sorts ……...B Trop jeune pour accoucher…… C Trop vieille pour accoucher……D Trop maigre pour supporter une grossesse……..……E Trop d'accouchements successifs ……..…F Maladies fréquentes durant la grossesse….G Accouchement d'un gros bébé……...H Accouchement a domicile sans assistance Médicale…….... I Volonté de Dieu……...J Autres (préciser) ……X Ne sait pas……Y	
FI2B. QUELLES SONT SELON VOUS LES PRICIPALES MANIFESTATIONS DE CETTE MALADIE? AUTRE CHOSE ?	Amaigrissement continu…….....A Perte involontaire des urines…….……B Perte involontaire des selles……..C Perte involontaire des urines et des selles..D Constamment mouillées……..E Odeurs nauséabondes……..……..……F Infirmité locomotrice relative…….....G Autres (préciser) ……X NE SAIT PAS……Y	
FI3. PEUT-ON SOIGNER, SELON VOUS, CETTE MALADIE ET EN GUERIR?	Oui ……1 Non ……2 Aucune idée……..3	
FI4. AVEZ-VOUS DEJA CONTRACTE CETTE MALADIE ?	Oui.……1 Non ……2	⇨ FI13
FI5. S'AGIT-IL D'UNE PERTE CONTINUELLE D'URINE OU DEFECATION OU DES DEUX ?	Urine..……..1 Défécation..……2 Les deux..……...3	
FI 6. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS L'AVEZ-VOUS CONTRACTEE ?	Nombre de mois……._____ Nombre d'années…….._____	
FI7. COMMENT, SELON VOUS, AVEZ-VOUS CONTRACTE CETTE MALADIE ?	_____	
FI8. AVEZ-VOUS SUIVI OU SUIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT UN TRAITEMENT EN RELATION AVEC VOTRE FISTULE ?	OUI……..1 NON……2	⇨ FI11
FI9. QUEL TYPE DE TRAITEMENT SUIVEZ-VOUS ?	Moderne……1 Traditionnel……2 Les deux……3	
FI10. QUELS SONT SELON VOUS LES RESULTATS DE CES TRAITEMENTS A CE JOUR ?	Aggravation……..……1	

	Aucune amélioration……..……2 Améliorations significatives……..……3 Guérison partielle……4 Guérison complète …….. ……5 Durée de traitement trop court pour juger…..……6 Sans opinion /NSP…….……..…..7 Autre (a préciser)…….…… 8	
FI11. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA REACTION DE VOTRE ENTOURAGE AINSI QUE SUR D'AUTRES CONSEQUENCES LIEES A VOTRE MALADIE. FI11A QUELLE EST OU A ETE LA REACTION DE VOTRE EPOUX	Compassion……1 Rejet……..2 Divorce/Séparation……3 Appui……4 Indifférence……..5 N'est pas au courant……..6 Pas d'époux……7 Autre (préciser) …….. 8	
FI11B. QUELLE EST OU A ETE LA REACTION DE VOS ENFANTS ?	Compassion……1 Rejet……..2 Appui……3 Indifférence……..4 Ne sont pas au courant……..5 Pas d'enfants……6 Autre (préciser) ……..	
FI11C. QUELLE EST OU A ETE LA REACTION DES AUTRES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE ?	Compassion……1 Rejet……..2 Appui……3 Indifférence……..4 Ne sont pas au courant……..5 Pas d'autre parents……6 Autre (préciser) ……..	
FI11D. QUELLE EST OU A ETE LA REACTION DE LA COMMUNAUTE ?	Compassion……1 Rejet……..2 Appui……3 Indifférence……..4 N'est pas au courant……..5 Autre (préciser) ……..	
FI11E. EST-CE QU'A LA SUITE DE VOTRE FISTULE, L'UN DES EVENEMENTS SUIVANTS S'EST PRODUIT ?	Perte d'emploi ……A Moindre participation aux travaux domestiques……B Moindre participation aux activités religieuses……C Réduction du nombre de visites aux parents et amis..……..D Sentiment de tristesse et de dépression.E Autres (préciser)…… F	
Vérifiez FI8 : Si la réponse encerclée est 2,alors posez la question suivante : FI12. POURQUOI ETES-VOUS DEMEUREE SANS SOIN JUSQUE-LA ?	Ne sait pas ou se faire soigner ……..…..1 Maladie incurable ……2 Sorcellerie……3 Manque de soutien familial……...4 Manque d'argent……5 Sans opinion……6	

FI13. SELON VOUS, PEUT-ON PREVENIR LES FISTULES EN ADOPTANT LES COMPORTEMENTS SUIVANTS EN CAS DE GROSSESSE?	OUI NON NSP	
FI13A. FAIRE DES CONSULTATIONS PRENATALES DANS UN CENTRE DE SANTE	1 2 3	
FI13B) ACCOUCHER EN MILIEU HOSPITALIER OU DANS UNE MATERNITE	1 2 3	
FI13C) FAIRE DES CONSULTATIONS POSTNATALES	1 2 3	
FI13D) PARTICIPER AUX SEANCES DE PLANIFICATION FAMILIALE	1 2 3	
FI13E) EVITER DE FAIRE DES TRAVAUX MENAGERS TRES DURS (CORVEE D'EAU, DE BOIS, ETC.)	1 2 3	
FI13F. EVITER DE PRENDRE DES POTIONS MEDICAMENTEUSES TRADITIONNELLES	1 2 3	
FI14. CONNAISSEZ-VOUS D'AUTRES FEMMES QUI SOUFFRENT OU QUI ONT SOUFFERT DE LA FISTULE	OUI.....1 NON.....2 ⇨	**MODULE SUIVANT**
FI15. SI OUI, COMBIEN DE FEMMES	NOMBRE DE FEMMES.....___ __	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE

Ce module doit être administré à toutes les femmes âgées de 15-49 ans.
Voir les Instructions aux Enquêteurs pour plus de discussion de ces questions

Vérifiez les questions MA1 et MA5 *du module union et mariage (page)*

Si MA1=1,2 (vit avec un homme ou marié) ou MA5=2, 3 (divorcée ou séparée) alors commencez par DV1

Sinon → *commencez par* DV10B

DV1.Quand deux personnes sont mariées ou vivent ensemble, elles partagent de bons et mauvais moments. Dans vos rapports avec votre (dernier) mari/partenaire est-ce que les faits suivants (se produisent/se produisaient) fréquemment, parfois ou jamais?

DV1A. IL (PASSE/PASSAIT) HABITUELLEMENT SON TEMPS LIBRE AVEC VOUS?	Fréquemment……1 Parfois……..2 Jamais……..3	
DV1B. IL VOUS (CONSULTE/CONSULTAIT) AU SUJET DE DIFFERENTES QUESTIONS DU MENAGE?	Fréquemment……1 Parfois…… …2 Jamais……..3	
DV1C.IL (EST/ETAIT) AFFECTUEUX AVEC VOUS?	Fréquemment……1 Parfois……..2 Jamais……..3	
DV1D. IL VOUS (RESPECTE/RESPECTAIT) ET (TIENT/TENAIT) COMPTE DE VOS DESIRS?	Fréquemment……1 Parfois……..2 Jamais……..3	

DV2. MAINTENANT, JE VAIS VOUS POSER DES QUESTIONS A PROPOS DE SITUATIONS QUE LES FEMMES PEUVENT RENCONTRER. S'IL VOUS PLAIT, DITES-MOI SI LES FAITS SUIVANTS S'APPLIQUENT A VOS RELATIONS AVEC VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE?

DV2A. IL (EST/ETAIT) JALOUX OU EN COLERE SI VOUS (PARLEZ/PARLIEZ) A D'AUTRES HOMMES?	OUI NON NS 1 2 8	
DV2B.IL VOUS (ACCUSE/ACCUSAIT) SOUVENT D'ETRE INFIDELE?	OUI NON NS 1 2 8	
DV2C.IL NE VOUS (PERMET/PERMETTAIT) PAS DE RENCONTRER VOS AMIES DE SEXE FEMININ?	OUI NON NS 1 2 8	
DV2D.IL (ESSAYE/ESSAYAIT) DE LIMITER VOS CONTACTS AVEC VOTRE FAMILLE D'ORIGINE?	OUI NON NS 1 2 8	
DV2E.IL (INSISTE/INSISTAIT) POUR SAVOIR OU VOUS (ETES/ETIEZ) A TOUS MOMENTS?	OUI NON NS 1 2 8	
DV2F.IL NE VOUS (FAIT/FAISAIT) PAS CONFIANCE EN CE QUI CONCERNE L'ARGENT?	OUI NON NS 1 2 8	
DV2G. IL VOUS DIT OU FAIT QUELQUE CHOSE POUR VOUS HUMILIER DEVANT D'AUTRES PERSONNES ?	OUI NON NSP 1 2 8	2,8 → DV2I
DV2H. COMBIEN DE FOIS CELA S'EST-IL PRODUIT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	
DV2I.IL VOUS MENACE MECHAMMENT, VOUS OU QUELQU'UN PROCHE DE VOUS,?	OUI NON NSP 1 2 8	2,8 → DV3A
DV2J. COMBIEN DE FOIS CELA S'EST-IL PRODUIT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	

DV3. MAINTENANT, SI VOUS LE PERMETTEZ, JE VOUDRAIS VOUS POSER D'AUTRES QUESTIONS CONCERNANT VOS RELATIONS AVEC VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE. EST-CE QU'IL EST DEJA ARRIVE QUE VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE :

DV3A.VOUS BOUSCULE, SECOUE, OU JETTE QUELQUE CHOSE CONTRE VOUS?	OUI NON NSP 1 2 8	2,8 → DV3C
DV3B.COMBIEN DE FOIS CELA S'EST-IL PRODUIT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	
DV3C.VOUS GIFLE OU TORDE LE BRAS?	OUI NON NSP 1 2 8	2,8 → DV3E
DV3D. COMBIEN DE FOIS CELA S'EST-IL PRODUIT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	
DV3E. VOUS CRACHE DANS LA FIGURE ?	OUI NON NSP 1 2 8	2,8 → DV3G
DV3F.COMBIEN DE FOIS CELA S'EST-IL PRODUIT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	
DV3G. VOUS FRAPPE A COUPS DE POING OU AVEC QUELQUE CHOSE QUI POUVAIT VOUS BLESSER?	OUI NON NSP 1 2 8	2,8 → DV3I
DV3H.COMBIEN DE FOIS CELA S'EST-IL PRODUIT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	
DV3I.VOUS DONNE DES COUPS DE PIED OU VOUS TRAINE A TERRE?	OUI NON NSP 1 2 8	2,8 → DV3K
DV3J. COMBIEN DE FOIS CELA S'EST-IL PRODUIT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	
DV3K. ESSAYE DE VOUS ETRANGLER OU DE VOUS BRULER?	OUI NON NSP 1 2 8	2,8 → DV3M
DV3L.COMBIEN DE FOIS CELA S'EST-IL PRODUIT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	
DV3M. VOUS MENACE OU VOUS ATTAQUE AVEC UN COUTEAU, UN PISTOLET OU UN AUTRE TYPE D'ARME?	OUI NON NSP 1 2 8	2,8 → DV3O
DV3N.COMBIEN DE FOIS CELA S'EST-IL PRODUIT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	
DV3O. VOUS FORCE PHYSIQUEMENT A AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS MEME QUAND VOUS NE LE VOULIEZ PAS?	OUI NON NSP 1 2 8	2,8 → DV3Q
DV3P.COMBIEN DE FOIS CELA S'EST-IL PRODUIT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	
DV3Q.VOUS FORCE A PRATIQUER D'AUTRES TYPES D'ACTES SEXUELS QUE VOUS NE VOULIEZ PAS?	OUI NON NSP 1 2 8	2,8 → DV4
DV3R.COMBIEN DE FOIS CELA S'EST-IL PRODUIT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	

DV4. *Vérifier les questions* DV3A à DV3Q

SI AU MOINS UN "OUI" → continuez avec DV5
SI PAS UN SEUL "OUI" → *passez à* DV 7.

DV5.COMBIEN DE TEMPS APRES (VOTRE MARIAGE/UNION/AVOIR COMMENCE A ETRE) AVEC VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE/ (CE OU CES COMPORTEMENTS) S'EST OU (SE SONT) PRODUITS POUR LA PREMIERE FOIS? SI MOINS DE 1 AN, ENREGISTRER '00'	NOMBRE D'ANNÉES……..…__ __ AVANT MARIAGE/UNION…..……95 APRÈS SÉPARATION/ DIVORCE……96	
DV6. EST-CE QU'A LA SUITE D'UN COMPORTEMENT QUELCONQUE, MAIS DELIBERE DE VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE ENVERS VOUS, IL VOUS EST ARRIVE D'AVOIR UN DES PROBLEMES SUIVANTS ?:		
DV6A. D'AVOIR DES HEMATOMES ET MEURTRISSURES?	OUI NON NSP 1 2 8	
DV6B. COMBIEN DE FOIS CELA S'EST-IL PRODUIT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	
DV6C. D'AVOIR UNE BLESSURE, UNE FRACTURE OU UNE ENTORSE	OUI NON NSP 1 2 8	
DV6D. COMBIEN DE FOIS CELA S'EST-IL PRODUIT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	
DV6E. D'ETRE ALLEE CHEZ LE DOCTEUR OU DANS UNE FORMATION SANITAIRE A CAUSE DE QUELQUE CHOSE QUE VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE VOUS AVAIT FAIT?	OUI NON NSP 1 2 8	
DV6F.COMBIEN DE FOIS CELA S'EST-IL PRODUIT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	
DV7.VOUS EST-IL DEJA ARRIVE DE BATTRE, DE GIFLER, DE DONNER DES COUPS DE PIED OU DE FAIRE QUELQUE CHOSE D'AUTRE POUR AGRESSER PHYSIQUEMENT VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE/ ALORS QU'IL NE VOUS AVAIT NI BATTUE, NI AGRESSEE PHYSIQUEMENT?	OUI……1 NON……2 →	DV9A
DV8.AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS BATTU, GIFLE, DONNE DES COUPS DE PIED OU FAIT QUELQUE CHOSE D'AUTRE POUR AGRESSER PHYSIQUEMENT VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE/ ALORS QU'IL NE VOUS AVAIT NI BATTUE, NI AGRESSEE PHYSIQUEMENT?	NOMBRE DE FOIS ___ ___ NE SAIT PAS ……98	
DV9A.EST-CE QUE VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE/ BOIT (BUVAIT) DE L'ALCOOL?	OUI……..1 NON……2 →	DV10
DV9B. EST-CE QU'IL LUI ARRIVE (EST ARRIVE) D'ETRE IVRE TRES SOUVENT, SEULEMENT QUELQUEFOIS OU JAMAIS?	TRÈS SOUVENT……..……1 QUELQUEFOIS……..2 JAMAIS……3	
Si MARIÉE / VIT AVEC UN HOMME/ SÉPARÉE/DIVORCÉE DV10A. DEPUIS L'AGE DE 15 ANS, EST-CE QUE QUELQU'UN D'AUTRE QUE VOTRE (ACTUEL/ DERNIER) MARI/PARTENAIRE VOUS A BATTUE, GIFLEE DONNE DES COUPS DE PIED OU FAIT QUELQUE CHOSE AFIN DE VOUS AGRESSER PHYSIQUEMENT? *VEUVE/JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS ÉTÉ EN UNION* DV10B.DEPUIS L'AGE DE 15 ANS, EST-CE QUE QUELQU'UN VOUS A DEJA BATTUE, GIFLEE, DONNE DES COUPS DE PIED AFIN DE VOUS AGRESSER PHYSIQUEMENT?	OUI……..1 NON……2 NE SAIT PAS……..……8	2, 8 → DV14

DV11.QUI VOUS A AGRESSEE PHYSIQUEMENT DE CETTE FAÇON? QUELQU'UN D'AUTRE? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	Mère……..A Père……..B Femme de votre père……C Mari/partenaire de votre mère…….D Sœur……E Frère……F Fille……..G Fils……H Ex-mari/ex-partenaire……I Ami/partenaire actuel……J Ex-ami/ex-partenaire……K Belle-mère (mère du mari)…….L Beau-père (père du mari)……M Parentes par alliance……N Amies/femmes de rencontre……P Amis/hommes de rencontre……Q Professeur……R Employeur……..S Étranger……T Autres _____ X	
DV12. *Vérifier* DV11 *Plus d'une personne mentionnée* → *continuer avec* DV13A. *Seulement une personne mentionnée* → *passez à* DV13B		
DV13A.QUELLE EST LA PERSONNE QUI VOUS A LE PLUS SOUVENT BATTUE, GIFLEE, DONNE DES COUPS DE PIED OU FAIT QUELQUE CHOSE POUR VOUS AGRESSER PHYSIQUEMENT?	Mère……..01 Père……..02 Femme de votre père……..03 Mari/partenaire de votre mère……..04 Sœur……..05 Frère……..06 Fille……07 Fils……..08 Ex-mari/ex-partenaire……09 Ami/partenaire actuel……10 Ex-ami/ex-partenaire ……11 Belle-mère (mère du mari)……12 Beau-père (père du mari)……..13 Parentes par alliance……..14 Amies/femmes de rencontre……15 Amis/hommes de rencontre……16 Professeur……17 Employeur……18 Étranger……..19 Autres (préciser)_____ 96	
DV13B. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMBIEN DE FOIS EST-CE QUE CETTE PERSONNE VOUS A BATTUE, GIFLEE, DONNE DES COUPS DE PIED OU VOUS A FAIT AUTRE CHOSE POUR VOUS AGRESSER PHYSIQUEMENT?	NOMBRE DE FOIS ……___ ___	
DV14.*Vérifier la question CM1 du module Mortalité des enfants (page 2)* *Si naissances vivantes, naissances non vivantes (morts nés) ou état de grossesse* → *continuer avec* DV15A. *Si l'enquêtée n'a jamais eu de naissances et n'est pas enceinte* → *passez à* DV16		
DV15A. EST-CE QU'IL EST DEJA ARRIVE QUE QUELQU'UN VOUS BATTE, GIFLE, DONNE DES COUPS DE PIED OU FASSE QUELQUE CHOSE POUR VOUS AGRESSER PHYSIQUEMENT PENDANT (UNE/CETTE) GROSSESSE?	OUI……1 NON……2	2 → DV16

DV15B. QUI ETAIT LA PERSONNE QUI VOUS A AGRESSE PHYSIQUEMENT AU COURS D'UNE GROSSESSE? QUELQU'UN D'AUTRE? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	Mari/partenaire actuel……..….A Mère……..B Père……..……C Femme de votre père…….....D Mari/partenaire de votre mère……..E Sœur……..…F Frère……..……..G Fille……..……H Fils……I Dernier/ex mari/partenaire……..……..J Ami/partenaire actuel.....K Ex-ami/ex-partenaire ……..……..L Belle-mère ……..M Beau-père ……...N Parentes par alliance.……....O Amies/femmes de rencontre…..……...P Amis/hommes de rencontre….....Q Professeur……..……..R Employeur……S Étranger……T Autres (préciser)_____ X	
DV16. *Vérifier les blocs suivants: DV3A à DV3R, DV6A à DV6E9, DV10A/DV10B et DV15A* *Si au moins un "OUI", → continuer en DV17A.* *SI PAS UN SEUL "OUI", → PASSEZ A DV19.*		
DV17A.AVEZ-VOUS ESSAYE D'OBTENIR DE L'AIDE?	OUI……..……1 NON……..……..2	2 → DV18
DV17B. AUPRES DE QUI AVEZ-VOUS RECHERCHE DE L'AIDE? QUELQU'UN D'AUTRE? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	Mère……..……..……A Père……..……....B Sœur……..……C Frère……..…D Dernier mari/partenaire..……....E Ami/partenaire actuel ou ex-ami/partenaire…..……...F Belle-mère (mère du mari)……..……...G Beau-père (père du mari)..……...H Parentes par alliance.……..……I Ami(e)s.……..…..J Voisins……..K Professeur……..……L Employeur……M Chef religieux……..…N Médecin/personnel médical.....O Police.……..P Avocat/homme de loi……....Q Autres (préciser)_____ X	Passez à DV19 quelle que soit la modalité
DV18. QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON POUR LAQUELLE VOUS N'AVEZ JAMAIS RECHERCHE DE L'AIDE?	Ne sait pas vers qui aller……...01 Inutile/pas besoin……..…...02 Fait partie de la vie……..……..…03 Peur du divorce/séparation.....04 Peur d'être plus battue…..……....05 Peur de créer problèmes à la personne qui la bat.....06 Gênée……...07 Veut pas déshonorer la famille……..……..…08 Autres (préciser) _____96	
DV19. AUTANT QUE VOUS LE SACHIEZ, EST-CE QU'IL EST ARRIVE QUE VOTRE PERE BATTE VOTRE MERE?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	

MODULE SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL		SB
VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER L'INTERVIEW, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVE.		
SB0. *Vérifier WM9: Âge de l'enquêtée entre 15 et 24 ans ?* ☐ *Âge 25-49. ⇨ Passer au Module Suivant* ☐ *Âge 15-24. ⇨ Continuer avec SB1*		
SB1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE DES JEUNES L'INFORMATION QUE VOUS FOURNISSEZ RESTERA STRICTEMENT CONFIDENTIELLE. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS PREMIERS RAPPORTS SEXUELS (SI VOUS EN AVEZ-EUS) ?	N'a jamais eu d'activité sexuelle..... 00 Age en années ..... __ __ 1ère fois en commençant à vivre avec (1er) mari/partenaire..... 95	0⇨MODULE SUIVANT
SB2. IL Y A COMBIEN DE TEMPS QUE VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? *Enregistrer en 'nombre d'années' seulement si les derniers rapports ont eu lieu il y a un an ou plus. Si 12 mois ou plus, la réponse doit être enregistrée en années.*	Nombre de jours..... 1 __ __ Nombre de semaines ..... 2 __ __ Nombre de mois..... 3 __ __ Nombre d'années..... 4 __ __	4⇨MODULE SUIVANT
SB3. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui ..... 1 Non 2	
SB4. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC L'HOMME AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? *Si l'homme est 'petit ami' ou 'fiancé', demander :* VOTRE PETIT AMI/ FIANCE VIVAIT-IL AVEC VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI? *Si 'Oui', encercler 1. Si 'non', encercler 2.*	C'est mon mari / partenaire cohabitant..... 1 C'est mon petit ami / fiancé ..... 2 C'est un autre ami ..... 3 C'est une rencontre occasionnelle ..... 4 Autre (*à préciser*) _____ 6	1⇨SB6
SB5. QUEL EST L'AGE DE CETTE PERSONNE? *Si la réponse est NSP , insister :* A PEU PRES QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire ..... __ __ NSP 98	
SB6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC QUELQU'UN D'AUTRE ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨MODULE SUIVANT
SB7. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UN AUTRE HOMME, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui ..... 1 Non 2	
SB8. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CET HOMME ? *Si l'homme est 'petit ami' ou 'fiancé', demander :* VOTRE PETIT AMI/ FIANCE VIVAIT-IL AVEC VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI? *Si 'Oui', encercler 1. Si 'non', encercler 2.*	C'est mon mari / partenaire cohabitant..... 1 C'est mon ami / fiancé..... 2 C'est un autre ami ..... 3 C'est une rencontre occasionnelle ..... 4 Autre (*à préciser*) _____ 6	1⇨SB10
SB9. QUEL AGE A CETTE PERSONNE? *Si la réponse est NSP , insister :* A PEU PRES QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire ..... __ __ NSP 98	
SB10. MIS A PART CES DEUX HOMMES, AVEZ- VOUS DES RELATIONS SEXUELLES AVEC QUELQU'UN D'AUTRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨MODULE SUIVANT
SB11. EN TOUT, AVEC COMBIEN D'HOMMES DIFFERENTS AVEZ-VOUS EU DES RELATIONS SEXUELLES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Nombre de partenaires..... __ __	

MODULE SUR LA CONNAISSANCE DU VIH		HA
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE QUELQUE CHOSE D'AUTRE. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DU VIRUS VIH OU D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	 2⇨MODULE SUIVANT
HA2. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA3. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU PAR DES MOYENS SURNATURELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA4. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LES RISQUES D'AVOIR LE VIRUS SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ON A DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA5. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN SE FAISANT PIQUER PAR DES MOUSTIQUES ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA6. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN S'ABSTENANT DE RAPPORTS SEXUELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA7. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA7A. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA SI L'ON REÇOIT UNE INJECTION PAR PIQURE AVEC UNE AIGUILLE QUI A ETE DEJA UTILISEE PAR QUELQU'UN D'AUTRE?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA8. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA9. EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE : HA9A. AU COURS DE LA GROSSESSE ? HA9B. PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? HA9C. PENDANT L'ALLAITEMENT ?	Oui Non NSP Au cours de la grossesse ..... 1 2 8 Pendant l'accouchement ..... 1 2 8 Pendant l'allaitement 1 2 8	
HA10. D'APRES VOUS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE OU NON A CONTINUER A ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP/Pas sûre/Ça dépend.....8	
HA11. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP/Pas sûre/Ça dépend.....8	
HA12. SI UNE PERSONNE DE VOTRE FAMILLE DEVIENT INFECTEE PAR LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, VOUDRIEZ-VOUS QUE SON ETAT SOIT GARDE SECRET OU NON ?	Oui.....1 Non.....2 NSP/Pas sûre/Ça dépend.....8	
HA13. SI QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE CONTRACTAIT LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI OU D'ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP/Pas sûre/Ça dépend.....8	
HA14. *Vérifier MN5: A effectué le test de VIH dans le cadre des soins prénatals?* ☐ *Oui. ⇨ Passer à HA18A* ☐ *Non. ⇨ Continuer avec HA15*		
HA15. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui ..... 1 Non 2	 2⇨HA18
HA15A. QUAND AVEZ-VOUS ETE TESTE POUR LA DERNIERE FOIS ?	Moins d'un an.....1 Entre12 et 23 mois.....2 Deux ans et plus.....2 Ne Sait Pas.....8	

HA16. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui ..... 1 Non 2	
HA17. AVIEZ-VOUS DEMANDE VOUS-MEME A LE FAIRE, VOUS L'A-T-ON PROPOSE ET VOUS AVEZ ACCEPTE OU BIEN ETAIT-IL IMPOSE?	A demandé le test ..... 1 Proposé et accepté ..... 2 Imposé 3	1⇨FIN DE L'INTERVIEW 2⇨ FIN DE L'INTERVIEW 3⇨ FIN DE L'INTERVIEW
HA18. EN CE MOMENT, CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU L'ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ? HA18a. *Si elle a effectué le test de VIH dans le cadre des soins prénatals :* EN DEHORS DES SERVICES DE CONSULTATIONS PRENATALES, CONNAISSEZ-VOUS UN AUTRE ENDROIT OU L'ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui ..... 1 Non 2	

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité - Travail

MICS

QUESTIONNAIRE DES ENFANTS

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS UF	
Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou les gardien(ne)s (voir la colonne HL8 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir la colonne HL5 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible. Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le noms et numéros de ligne de l'enfant et de la mère/gardien(ne) dans l'espace ci-dessous. Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.	
UF1. Numéro de grappe : ___ ___ ___ ___	UF2. Numéro de ménage : ___ ___
UF3. Nom de l'enfant : _____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant : ___ ___
UF5. Nom de la mère/gardien(ne): _____	UF6. Numéro de ligne de mère/gardien(ne) : ___ ___
UF7. Nom et numéro de code l'enquêteur : _____ ___ ___	UF8. Jour/Mois/Année de l'interview : ___/ ___ / ___/ ___ / ___/ ___/ ___/ ___
UF9. Résultat de l'interview des enfants de moins de 5 ans (Les codes font référence à la mère/gardien(n)e).	Rempli..... 1 Pas à la maison..... 2 Refusé..... 3 Rempli partiellement ..... 4 Incapacité..... 5 Autre (*à préciser*) _____ 6

Présenter vos salutations à l'enquêtée, si vous ne l'avez pas déjà fait :

Si l'enquêtée vous donne la permission, commencez l'interview. Si l'enquêté (e) n'est pas d'accord pour continuer, il faut la remercier, et passer à l'interview suivante. Discuter ce résultat avec votre Chef d'équiper pour organiser une autre visite.

UF10. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE, ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS. MAINTENANT, JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (*nom*). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (*nom*) EST-IL/ELLE NE/E ? *Insistez :* QUEL EST SA DATE DE NAISSANCE ? *Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour.*	Date de naissance : Jour .....__ __ NSP jour .....98 Mois .....__ __ Année .....__ __ __ __	
UF11. QUEL AGE AVAIT (*nom*) A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ? Inscrire l'âge en années révolues.	Âge en années révolues .....__	

MODULE SUR L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET L'EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE — BR

BR1. (*Nom*) A-T-IL UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu ..... 1 Oui, pas vu ..... 2 Non ..... 3 NSP 8	1⇨BR5
BR2. LA NAISSANCE DE (*nom*) A-T- ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	1⇨BR5 8⇨BR4
BR3. POURQUOI LA NAISSANCE DE (*nom*) N'EST–ELLE PAS ENREGISTREE/DECLAREE ?	Ça coûte très cher ..... 1 C'est trop loin ..... 2 Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée .... 3 Ne voulait pas payer d'amende ..... 4 Ne sait pas où l'enregistrer ..... 5 Autre (*à préciser*) _____ 6 NSP 8	
BR4. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT?	Oui ..... 1 Non 2	

BR5. *Vérifier l'âge de l'enfant à la question UF11: Enfant âge de 3 ou 4 ans*

☐ *Oui.* ⇨ *Continuer avec BR6*

☐ *Non.* ⇨ *Passer à BR8*

BR6. *(Nom)* FREQUENTE T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'ENCADREMENT EN DEHORS DE LA MAISON OU D'EDUCATION PRESCOLAIRE TEL QU'UN CENTRE PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANT OU UN CENTRE COMMUNAUTAIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨BR8 8⇨BR8
BR7. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURS (*nom*) A-T-IL/ELLE FREQUENTE CET ENDROIT?	Nombre d'heures ..... __ __	

BR8. DES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PARTICIPE OU Y A-T-IL UN MEMBRE DU MENAGE AGE DE PLUS DE 15 ANS QUI A PARTICIPE AVEC (*nom*) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :

Si 0ui,demander : QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC L'ENFANT - LA MERE, LE PERE DE L'ENFANT OU UN AUTRE MEMBRE ADULTE DU MENAGE (Y COMPRIS LE/LA GARDIEN(NE)/ENQUETE(E))?
Encercler toutes les réponses.

		Mère	Père	Autre	Pers
BR8A. LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES AVEC (*nom*)?	Livres	A	B	X	Y
BR8B. RACONTER DES HISTOIRES A (*nom*)?	Contes	A	B	X	Y
BR8C. CHANTER DES CHANSONS AVEC (*nom*)?	Chansons	A	B	X	Y
BR8D. PRENDRE (*nom*) EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR, DE L'ENCEINTE?	Sortir en dehors	A	B	X	Y
BR8E. JOUER AVEC (*nom*)?	Jouer avec	A	B	X	Y
BR8F. PASSER DU TEMPS AVEC (*nom*) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER?	Passer du temps	A	B	X	Y

MODULE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT		CE
Question CE1 est à administrer une seule fois à chaque mère/gardien		
CE1. COMBIEN DE LIVRES Y A-T-IL DANS LE MENAGE? S'IL VOUS PLAIT, INCLURE LES LIVRES SCOLAIRES MAIS PAS LES AUTRES LIVRES POUR ENFANTS TELS QUE LES LIVRES ILLUSTRES Si aucun, enregistrer 00	Nombre de livres pour non-enfants...0 __ Dix livres pour non-enfants ou plus.. 10	
CE2. COMBIEN DE LIVRES POUR ENFANTS OU DE LIVRES ILLUSTRES AVEZ-VOUS POUR (*nom*)? Si aucun, enregistrer 00	Nombre de livres pour enfants…….0 __ Dix livres ou plus…….. 10	
CE3. JE SUIS INTERESSE POUR CONNAITRE LES OBJETS QUE (*nom*) UTILISE POUR JOUER QUAND IL EST A LA MAISON. AVEC QUOI (*nom*) JOUE? EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : OBJETS DU MENAGE COMME, VAISSELLES, PLATES, TASSES, POTS? OBJETS ET MATERIELS RAMASSES EN DEHORS DU QUARTIER COMME BRANCHE PIERRE, ANIMAUX, COQUILLE OR FEUILLAGE? JOUETS FABRIQUES A LA MAISON COMME POUPEE, VOITURE ET AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON? JOUETS ACHETES DANS UN MAGASIN? Si la répondante dit "OUI" à une des catégories provoquées sonder pour savoir spécifiquement avec quoi l'enfant joue pour être sur de la réponse Code Y si l'enfant ne joue avec aucun de ces objets mentionnés	Objets pour le ménage (vaisselles, plates, tasses, pots)……. A Objets et matériels trouvés en dehors du quartier comme (branche, pierre, animaux, coquille, feuillage)……. B Jouets fabriqués à à la maison (poupée, voiture et autres jouets fabriqués à la maison)…….. C Jouets achetés dans un magasin…… D Pas de jouets mentionnés…….. Y	
CE4. QUELQUES FOIS LES ADULTES S'OCCUPANT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, LAVER LES VETEMENTS OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES ENFANTS A D'AUTRES PERSONNES. DEPUIS LE DERNIER (JOUR DE LA SEMAINE) COMBIEN DE FOIS (*nom*) A T-IL ETE LAISSER AU SOIN D'UN AUTRE ENFANT (C'EST A DIRE A QUELQU'UN AGE DE MOINS DE 10 ANS)? Si aucun enregistrer 00	Nombre de fois __ __	
CE5. DURANT LA SEMAINE DERNIERE COMBIEN DE FOIS (*nom*) A T-IL ETE LAISSE SEUL? Si aucun enregistrer 00	Nombre de fois __ __	

MODULE SUR LA VITAMINE A		VA
VA1. (*Nom*) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ? *Montrez la capsule ou le flacon pour différentes doses :* 100 000 UI pour les enfants âgés de 6-11 mois, 200 000 UI pour les enfants âgés de 12-59 mois.	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	2⇨MODU-LE SUIV. 8⇨MODU-LE SUIV.
VA2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (*nom*) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois..... __ __ NSP..... 98	
VA3. OU (*nom*) AVAIT-IL REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?	Au centre de santé lors d'une visite de routine ..... 1 Au centre de santé quand l'enfant était malade ..... 2 Journée Nationale de Vaccination..... 3 Autre (*à préciser*) _____ 6 NSP..... 8	

MODULE SUR L'ALLAITEMENT		BF
BF1. AVEZ-VOUS ALLAITE (*nom*) ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	 2⇨BF3 8⇨BF3
BF2. ALLAITEZ-VOUS ENCORE (*nom*) ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
BF3. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, A-T-IL/ELLE REÇU L'UNE DES CHOSES SUIVANTES : Lire à haute voix le nom de chaque élément et enregistrer la réponse avant de passer à l'élément suivant. BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU MEDICAMENTS ? BF3B. EAU ? BF3C. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION? BF3D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ? BF3E. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ? BF3F. LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU LAIT FRAIS BF3G. AUTRES LIQUIDES? BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?	O N NSP A. Suppléments de vitamines ..... 1 2 8 B. Eau ..... 1 2 8 C. Eau sucrée ou jus ..... 1 2 8 D. SRO..... 1 2 8 E. Préparation ..... 1 2 8 F. Lait ..... 1 2 8 G. Autres liquides..... 1 2 8 H. Aliment solide ou semi-solide 1 2 8	
BF4. Vérifier BF3H : L'enfant à reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) ? ☐ Oui. ⇨ Continuer avec BF5 ☐ *Non ou NSP. ⇨ Passer au Module Suivant*		
BF5. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, COMBIEN DE FOIS (*nom*) A-T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES OU DES PUREES AUTRES QUE DES LIQUIDES? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.	Nombre de fois..... ___ Ne sait pas 8	

MODULE SUR LES SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
CA1. EST-CE-QUE (*nom*) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (*jour de la semaine*) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE? La diarrhée est déterminée selon la perception de la maladie par la mère ou la gardienne ou trois selles liquides par jour, ou du sang dans les selles.	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	 2⇨CA5 8⇨CA5
CA2. DURANT LA DERNIERE EPISODE DE DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A (*nom*) L'UNE DES CHOSES SUIVANTES A BOIRE : Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant. CA2A. UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET APPELE (*nom local du sachet de SRO*)? CA2B. UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT ? CA2C. UN LIQUIDE SRO PREEMBALLE ?	O N NSP A. Liquide SRO préparé ..... 1 2 8 B. Liquide maison..... 1 2 8 C. Liquide SRO préemballé..... 1 2 8	
CA3. DURANT LA DIARRHEE DE (*nom*), LUI A-T-ON DONNE A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins ou rien..... 1 Environ la même quantité (ou un peu moins) ..... 2 Plus ..... 3 NSP..... 8	
CA4. DURANT LA DIARRHEE DE (*nom*), LUI A-T-ON DONNE A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? Si « moins », insister : BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?	Rien..... 1 Beaucoup moins ..... 2 Un peu moins ..... 3 Environ la même quantité..... 4 Plus ..... 5 NSP..... 8	
CA4a. Vérifier CA2A : Sachet de SRO utilisé ? ☐ Oui.⇨ Continuer avec CA4b ☐ Non.⇨ Passer à CA5		
CA4B. OU AVEZ-VOUS REÇU LE *(nom du sachet de SRO de CA2A) ?*	Secteurs médicaux publics Hôpital gouvernemental ..... 11 Centre de santé gouvernemental ..... 12 Poste de santé gouvernemental..... 13 Agent de santé communautaire..... 14 Clinique mobile/communautaire ..... 15 Autre public (*à préciser*)..... 16 Secteurs médicales privées Clinique/Hôpital privé(e) ..... 21 Médecin privé ..... 22 Pharmacie privée ..... 23 Clinique mobile ..... 24 Autre médical privé (*à préciser*) ..... 26 Autre source Parent ou ami ..... 31 Boutique ..... 32 Guérisseur traditionnel ..... 33 Autre (*à préciser*)..... 96 NSP.....98	
CA4C. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LE *(nom du sachet de SRO de CA2A) ?*	Monnaie locale ..... __ __ __ __ Gratuit ..... 9996 NSP..... 9998	 ⇨CA5 ⇨CA5

CA4D. SI PAYE, COMMENT JUGEZ-VOUS CE PRIX ?	Abordable …… 1 Cher …… … 2	
CA5. EST-CE QUE (*nom*) A SOUFFERT DE LA TOUX, A UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (*jour de la semaine*) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	 2⇨CA12 8⇨CA12
CA6. QUAND (*nom*) A SOUFFERT DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	 2⇨CA12 8⇨CA12
CA7. EST-CE QUE LES SYMPTOMES SONT DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE, OU LE NEZ QUI ETAIT BOUCHE ?	Problème dans la poitrine..... 1 Nez bouché..... 2 Les deux ..... 3 Autre (*à préciser*) _____ 6 NSP..... 8	 2⇨CA12 6⇨CA12
CA8. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	 2⇨CA10 8⇨CA10
CA9. OU AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT ? QUELQUE PART AILLEURS Encercler tous les prestataires mentionnés, mais NE faites PAS de suggestions. *S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercle le code approprié.* _____ *(Nom de l'endroit)*	Sources publiques Hôpital gouvernemental.....A Centre de santé gouvernemental .....B Poste de santé gouvernemental .....C Agent de santé villageois.....D Clinique mobile/communautaire .....E Autre public (*à préciser*) _____ H Sources médicales privées Hôpital privé/clinique privée.....I Médecin privé ..... J Pharmacie privé .....K Clinique mobile ..... L Autre médical privé (*à préciser*)_____O Autre source Parent(e) ou ami(e) .....P Boutique ..... Q Guérisseur traditionnel _____ R Autre (*à préciser*) _____ X	
CA10. EST-CE-QUE (*nom*) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	 2⇨CA12 8⇨CA12

CA11. QUEL MEDICAMENT(*nom*) A-T-IL/ELLE PRIS ? Encercler tous les médicaments mentionnés.	Traitement antibiotique.....A Paracetamol/Panadol/Acetaminophen .....P Aspirine ..... Q Ibupropfen.....R Autre (*à préciser*) _____ X NSP.....Z	
CA11a. Vérifier CA11: Antibiotique donné ? ☐ Oui.⇨ Continuer avec CA11B ☐ No.⇨ Passer à CA12		
CA11B. OU AVEZ-VOUS REÇU LES ANTIBIOTIQUES ?	Secteurs médicaux publics Hôpital gouvernemental……..11 Centre de santé gouvernemental……..12 Poste de santé gouvernemental……13 Agent de santé communautaire……14 Clinique mobile/communautaire ……15 Autre public (*à préciser*)……16 Secteurs privés Clinique/Hôpital privé(e)……21 Médecin privé……..22 Pharmacie privée……23 Clinique mobile……24 Autre médical _____ privé (*à préciser*)…….26 Autre source Parent ou ami……31 Boutique…….. ……32 Guérisseur traditionnel……..33 Autre (*à préciser*)……..96 NSP.....98	
CA11C. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LES ANTIBIOTIQUES ?	Monnaie locale __ __ __ __ Gratuit…… 9996 NSP……9998	2⇨CA122 ⇨CA12
CA11D. SI PAYE, COMMENT JUGEZ-VOUS CE PRIX ?	Abordable …… 1 Cher …… 2	
CA12. Vérifier UF11: L'enfant est âgé de moins de 3 ans ? ☐ Oui. ⇨ Continuer avec CA13 ☐ *Non. ⇨ Passer à CA14*		
CA13. LA DERNIERE FOIS QUE *(nom)* EST ALLE(E) A LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS ?	L'enfant a utilisé les toilettes/latrines..... 01 Jeté dans les toilettes/latrines ..... 02 Jeté dans les égouts ou le fossé ..... 03 Jeté avec les ordures ménagères ..... 04 Enterré ..... 05 Laissé à l'air libre ..... 06 Autre (*à préciser*) _____ 96 NSP..... 98	

Poser, à chaque gardien(ne) d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois. CA14. PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SEVERES ET DEVRAIENT ETRE CONDUITS TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTOMES VOUS AMENERAIENT A CONDUIRE IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ? Continuer à demander à l'enquêtée de citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire. Encercler tous les symptômes mentionnés. Mais NE lui faites PAS de suggestions.	L'enfant ne peut pas boire ou téter.....A L'enfant devient de plus en plus malade ....B L'enfant développe une fièvre .....C L'enfant a une respiration rapide.....D L'enfant a des difficultés à respirer.....E L'enfant a du sang dans les selles .....F L'enfant boit difficilement..... G Autre (*à préciser*) _____ X Autre (*à préciser*) _____ Y Autre (*à préciser*) _____ Z	

MODULE SUR LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS		ML
ML1. EST-CE QUE (*nom*) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE LA FIEVRE DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A- DIRE, DEPUIS (*jour de la semaine*) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨ML10 8⇨ML10
ML2. EST-CE- QUE (*nom*) A ETE VU PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE DURANT CETTE MALADIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨ML6 8⇨ML6
ML3. EST-CE QUE (*nom*) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ETE FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨ML5 8⇨ML5
ML4. QUEL MEDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ETALISSEMENT SANITAIRE, (*nom*) A-T-IL/ELLE PRIS ? *Encercler les codes de tous les médicaments mentionnés.*	Antipaludéens : SP/Fansidar.....A Chloroquine.....B Amodiaquine .....C Quinine.....D Combinaison basée sur l'Artémisinine....E Autre antipaludéen (*à préciser*) _____ H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ...P Aspirine ..... Q Ibuprofen .....R Autre (*à préciser*) _____ X NSP .....Z	
ML5. EST-CE QUE (*nom*) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	1⇨ML7 2⇨ML8 8⇨ML8
ML6. EST-CE QUE (*nom*) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨ML8 8⇨ML8
ML7. QUEL MEDICAMENT (*nom*) A-T-IL/ELLE PRIS ? *Encercler les codes de tous les médicaments donnés. Demander à voir le médicament si le type de médicament n'est pas connu. Si le type de médicament ne peut être déterminé, montrer des antipaludéens à l'enquêtée.*	Antipaludéens : SP/Fansidar.....A Chloroquine.....B Amodiaquine .....C Quinine.....D Combinaison basée sur l'Artémisinine....E Autre antipaludéen (*à préciser*) _____ H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ...P Aspirine ..... Q Ibuprofen .....R Autre (*à préciser*) _____ X NSP .....Z	

ML8. *Vérifier ML4 et ML7: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)?*

☐ *Oui.* ⇨ *Continuer avec ML9*

☐ *No.* ⇨ *Passer à ML10*

ML9. COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (*nom*) A-T-IL COMMENCE A PRENDRE (*nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7*) ? *S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut présenter tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés.* *Enregistrer le code du jour où l'antipaludéen a été donné.*	Même jour ..... 0 Le jour suivant ..... 1 2 jours après la fièvre ..... 2 3 jours après la fièvre ..... 3 4 jours ou plus après la fièvre..... 4 NSP 8	
ML9A. OU AVEZ-VOUS REÇU LE *(nom de l'antipaludéen à ML4 ou ML7) ?* Si plus d'un antipaludéen est mentionné à ML4 ou ML7, il faut se référer au premier antipaludéen mentionné à ML4 ou, si aucun antipaludéen n'est mentionné à ML4, il faut se référer au premier antipaludéen mentionné à ML7.	Secteurs médicaux publics Hôpital gouvernemental……..11 Centre de santé gouvernemental……12 Poste de santé gouvernemental…..…..13 Agent de santé communautaire...……...14 Clinique mobile/communautaire…… …15 Autre public (*à préciser*) ……..…16 Secteurs médicaux privés Clinique/Hôpital privé(e)..……..21 Médecin privé……..……..22 Pharmacie privée…….……23 Clinique mobile…… ……..…...24 Autre médical privé (*à préciser*)…….……..26 Autre source Parent ou ami…….……31 Boutique……..……32 Guérisseur traditionnel……...33 Autre (*à préciser*)……...96 NSP.....98	
ML9B. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LE (*nom de l'antipaludéen à ML4 ou ML7*) ? Si plus d'un antipaludéen est mentionné à ML4 ou ML7, il faut se référer au même antipaludéen mentionne ci-dessus à ML9A.	Monnaie locale __ __ __ __ Gratuit…….……9996 NSP…….9998	
ML9C. SI PAYE, COMMENT JUGEZ-VOUS CE PRIX ?	Abordable …… 1 Cher …… 2	
ML10. EST-CE QUE (*NOM*) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	2⇨MODU-LE SUIV. 8⇨MODU-LE SUIV.
ML11.DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL LA MOUSTIQUAIRE ? *Si moins de 1 mois, écrire '00'.* *Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.*	Mois ..... __ __ Plus de 24 mois..... 95 Pas sûre..... 98	

ML12. QUELLE EST LA MARQUE DE CETTE MOUSTIQUAIRE ? *Si l'enquêtée ne connaît pas la marque de la moustiquaire, montrer des images sur carte, ou si possible observer la moustiquaire.* MOUSTIQUAIRES PERMANENTES : *Marque A* *Marque B* MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES : *Marque C* *Marque D* AUTRES MOUSTIQUAIRES : *Marque E* *Marque F*	Moustiquaire permanente : Marque A..... 11 Marque B..... 12 Moustiquaire imprégnée : Marque C ..... 21 Marque D ..... 22 Autre moustiquaire : Marque E..... 31 Marque F..... 32 Autre moustiquaire (*à préciser Marque*) _____ 36 NSP Marque..... 98	11⇨MODULE SUIV. 12⇨MODULE SUIV. 21⇨ML14 22⇨ML14
ML13. QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP /pas sûre..... 8	
ML14. DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA (ES) MOUSTIQUAIRE(S), EST-CE QUE VOUS L'AVEZ (LES AVEZ) TREMPEE(S) OU PLONGEE(S) DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ELOIGNER LES MOUSTIQUES OU LES INSECTES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	2⇨MODULE SUIV. 8⇨MODULE SUIV.
ML15. COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIERE FOIS ? *Si moins de 1 mois, écrire '00'.* *Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard*	Mois ..... __ __ Plus de 24 mois..... 95 Pas sûre/NSP..... 98	

MODULE SUR LA VACCINATION										IM
Si une carte de vaccination est disponible, copiez dans IM2-IM8 les dates de chaque type de vaccin ou de dose de vitamine inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 seront posées seulement quand il n'y a pas de carte de vaccination disponible.										
IM1.Y A-T-IL UNE CARTE DE VACCINATION POUR (*nom*)?		Oui, vue .....1 Oui, pas vue .....2 Non.....3								2⇨IM10 3⇨IM10
(a) Copier les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir de la carte. Écrire '44' dans la colonne 'jour' si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.		Date de vaccination								
		JOUR		MOIS		ANNÉE				
IM2. BCG	BCG									
IM3A. POLIO A LA NAISSANCE	VPO0									
IM3B. POLIO 1	VPO1									
IM3C. POLIO 2	VPO2									
IM3D. POLIO 3	VPO3									
IM4A. DTCOQ1	DPCOQ1									
IM4B. DTCOQ2	DPCOQ2									
IM4C. DTCOQ3	DPCOQ3									
IM5A. HÉPB1 (OU DTCOQHB1)	(DTCOQ)H1									
IM5B. HÉPB2 (OU DTCOQ HB2)	(DTCOQ)H2									
IM5C. HEPB3 (OU DTCOQHB3)	(DTCOQ)H3									
IM6. ROUGEOLE (OU MMR)	ROUGEOLE									
IM7. FIEVRE JAUNE	FJ									
IM8A. VITAMINE A (1)	VITA1									
IM8B. VITAMINE A (2)	VITA2									
IM9. EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LA CARTE, EST-CE QUE (*nom*) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION? Enregistrer' Oui' seulement si l'enquêtée mentionne BCG, VPO 0-3, DTCoq 1-3, Hépatite B 1-3, Rougeole, vaccin de Fièvre Jaune, ou des suppléments de Vitamine A.		Oui.....1 (Insister sur le type de vaccin et enregistrer '66' dans colonne correspondante au jour en IM2 à IM8B). Non.....2 NSP.....8								1⇨IM19 2⇨IM19 8⇨IM19
IM10. EST-CE QUE (*nom*) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?		Oui.....1 No.....2 NSP.....8								2⇨IM19 8⇨IM19

IM11. EST-CE QUE (*nom*) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'EPAULE QUI LAISSE, GENERALEMENT, UNE CICATRICE?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
IM12. EST-CE QUE (*nom*) A REÇU UNE VACCINATION SOUS FORME « DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES - COMME LA POLIO ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	 2⇨IM15 8⇨IM15
IM13. QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE, JUSTE APRES LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIERES SEMAINES) OU PLUS TARD ?	Juste après la naissance (dans les 2 semaines).....1 Plus tard.....2	
IM14. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DE LA POLIO A T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois.....__ __	
IM15. EST-CE QUE (*nom*) A REÇU UNE « VACCINATION DTCOQ » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE A LA CUISSE OU A LA FESSE- POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? (DONNEE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	 2⇨IM17 8⇨IM17
IM16. COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois.....__ __	
IM17. EST-CE QUE (*nom*) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU MMR - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
IM18. EST-CE QUE (*nom*) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE **9** MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? (DONNEE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LA ROUGEOLE).	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAIT, SI (*nom*) A PARTICIPE A L'UNE DES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT: IM19A. *DATE/TYPE DE CAMPAGNE A* IM19B. *DATE/TYPE DE CAMPAGNE B* IM19C. *DATE/TYPE DE CAMPAGNE C*	O N NSP *Campagne A*.....1 2 8 *Campagne B*.....1 2 8 *Campagne C*.....1 2 8	

IM20. *Y a-t-il un autre enfant qui vit dans le ménage dont l'enquêtée est la mère/gardien(ne) ?*
Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8.

☐ *Oui.* ⇨ *Fin du présent questionnaire ; et puis*
Passer au QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS pour l'administrer à l'enfant éligible suivant.

☐ *Non.* ⇨ *Fin de l'interview. Remercier l'enquêté(e) de sa collaboration.*

Si cet enfant est le dernier enfant éligible dans le ménage, passer au MODULE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE.

MODULE SUR L'ANTHROPOMETRIE		**AN**
Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le mesureur pèse et mesure chaque enfant. Inscrire ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.		
AN1. Poids de l'enfant.	Kilogrammes (kg) ..... __ __ . __	
AN2. Taille de l'enfant. Vérifier l'âge de l'enfant en UF11: ☐ Enfant âgé de moins de 2 ans. ⇨ Mesure de la taille (en position allongée). ☐ Enfant âgé de 2 ans ou plus. ⇨ Mesure de la taille (en position debout).	Taille (cm) Position allongée ..... 1 __ __ __ . __ Taille (cm) Position debout..... 2 __ __ __ . __	
AN3. Code d'identification du mesureur.	Numéro de code ..... __ __	
AN4. Résultat des mesures.	Mesuré ..... 1 Absent ..... 2 Refus..... 3 Autre (*à préciser*) _____ 6	

AN5. *Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?*

☐ *Oui. ⇨ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant.*

☐ *Non. ⇨ Fin de l'interview avec ce ménage. Remercier tous les participants de leur collaboration.*

Rassembler tous les questionnaires de ce ménage et vérifier que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page. Inscrire le nombre de questionnaires remplis sur la page du Panneau d'Identification du Ménage.

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité - Travail

MICS

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME

PANNEAU D'INFORMATION DE L'HOMME	**ML**
Ce questionnaire doit être administré à chaque homme âgé de 15 à 59 ans (voir colonne HL6A de la feuille d'enregistrement du ménage). Remplir une fiche pour chaque homme éligible. *Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le nom et numéro de ligne de l'homme dans l'espace ci-dessous. Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.*	
ML1. Numéro de grappe : ___ ___ ___ ___	ML2. Numéro de ménage : ___ ___
ML3. Etes vous Monsieur (Nom) : (N'inscrivez pas le nom)	ML4. Numéro de ligne de l'homme : ___ ___
ML5.Nom et numéro de code l'enquêteur : _____ ___ ___	ML6. Jour/Mois/Année de l'interview : ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___
ML7. Résultat de l'interview de l'homme :	Rempli .....1 Pas à la maison .....2 Refusé .....3 Rempli partiellement .....4 Incapacité .....5 Autre (*à préciser*) _____ 6

Présenter vos salutations à l'homme, si vous ne l'avez pas déjà fait :

NOUS SOMMES DU MINISTERE DE L'ECONOMIE, DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 15 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES. D'AILLEURS, VOUS N'ETES PAS OBLIGEE DE REPONDRE AUX QUESTIONS AUXQUELLES VOUS N'AVEZ PAS ENVIE DE REPONDRE, ET VOUS POUVEZ ARRETER L'ENTRETIEN A TOUT MOMENT. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?.

Si l'enquêté vous donne la permission, commencez l'interview. Si l'homme n'est pas d'accord pour continuer, il faut le remercier, compléter ML7 et passer à l'interview suivante. Discuter ce résultat avec votre contrôleur pour une autre visite.

ML8. EN QUEL JOUR , MOIS ET ANNEE ETES-VOUS NE ?	Date de naissance : Jour ..... __ __ NSP jour ..... 98 Mois ..... __ __ NSP mois ..... 98 Année ..... __ __ __ __ NSP Année 9998	
ML9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge (en années révolues) ..... __ __	

ML10. AVEZ-VOUS FREQUENTE L'ECOLE ?	Oui ..... 1 Non 2	 2⇨ML14
ML11. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT : PRIMAIRE, SECONDAIRE OU SUPERIEUR ?	 Primaire..... 1 Secondaire..... 2 Supérieur ..... 3 Programme non-formel 6	 6⇨ML13
ML12. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVE A CE NIVEAU ?	Classe..... __ __	
ML13. *Vérifier ML11:* ☐ *Secondaire ou plus ⇨ Passer au Module Suivant* ☐ *Primaire ou programme non-formel ⇨ Continuer avec ML14*		
MN14. MAINTENANT, JE VOUDRAIS QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. *Montrer les phrases à l'enquêtée.* *Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insister :* POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ? *Exemple de phrases pour le test d'alphabétisation :* *1. L'enfant lit un livre.* *2. Les pluies sont en retard cette année.* *3. Les parents doivent prendre soin de leurs enfants.* *4. Le travail des champs est dur.*	Ne peut pas lire du tout.. ..... 1 Peut lire certaines parties..... 2 Peut lire toute la phrase ..... 3 Pas de carte dans langue qui convient _____ 4 *(à préciser la langue)* Aveugle/muet, problème de vue/audition ... 5	

MODULE SUR L'UNION/MARIAGE		**MA**
MA1 A . ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UNE FEMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui, actuellement marié ..... 1 Oui, vit avec une femme..... 2 Oui, vit avec plus d'une femme.....3 Non, pas en union 4	1⇨MA2A 2⇨MA2A 3⇨MA1B 4⇨MA7A
MA1B. AVEC COMBIEN DE FEMMES VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?	Nombre ____ ____ NSP 98	SI PLUS D'UNE FEMME PASSER A MA2B
Si l'enquêté vit avec une femme MA2 A. QUEL AGE A EU VOTRE FEMME A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? *Si l'enquêté vit avec plus d'une femme* MA2 B. QUEL AGE A EU VOTRE PLUS JEUNE FEMME A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années révolues..... __ __ NS 98	
MA3A. *D'après le questionnaire ménage, écrire seulement le numéro de ligne de chaque femme/partenaire déclarée à la question MA1B . Si une femme/partenaire ne vit pas dans le ménage, enregistrer à chaque fois '00' dans les cases correspondent à cette femme/partenaire. Le nombre de cases remplies doit être égal au nombre de femmes et de partenaires déclarées à MA1B.*		
MA3B ☐ *Si l'enquêté n'a qu'une seule femme, poser :* S'IL VOUS PLAIT, DITES-MOI LE NOM DE VOTRE FEMME/PARTENAIRE? ☐ *Si Si l'enquêté a plus d'une femme poser :* S'IL VOUS PLAIT, DITES-MOI LE NOM DE VOS FEMMES ET DES PARTENAIRES AVEC QUI VOUS VIVEZ. COMMENCEZ PAR CELLE, QUI A ETE LA PREMIERE AVEC QUI VOUS AVEZ VECU ?	*Reportez seulement le numéro de ligne du ques Ménage correspondant à la femme/partenaire* ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐	
MA3C. *Vérifier MA3B* ☐ *Si une seule femme/partenaire, continuer avec* MA4A ☐ *Si deux femmes/partenaires ou plus, passer à* MA4B		
MA4A. AVEZ-VOUS CONTRACTE UN MARIAGE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UNE FEMME, UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une fois..... 1 Plus d'une fois..... 2	
MA4B. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS MARIE LA PREMIERE FOIS, OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE LA PREMIERE FOIS AVEC UNE FEMME ?	Mois ..... __ __ NSP le mois ..... 98 Année..... __ __ __ __ NSP l'année 9998	
MA5A. *Vérifier MA4B :* ☐ *Le mois et l'année de mariage/union sont connus ? ⇨ Passer à MA8A* ☐ *Le mois ou l'année de mariage/union n'est pas connu(e) ? ⇨ Continuer avec MA6A*		
MA6A. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIERE FEMME/PARTENAIRE ?	Âge en années révolues..... __ __	PASSEZ A MA8A
MA7A. AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UNE FEMME ?	Oui, a contracté un mariage ..... 1 Oui, a vécu avec une femme..... 2 Non 3	3⇨MA8A
MA7B. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUF, DIVORCE OU SEPARE ?	Veuf ..... 1 Divorcé ..... 2 Séparé.....3	

MA8A. QUELLE EST VOTRE OCCUPATION OU METIER ?		
MA8D. QUELLE EST VOTRE RELIGION ?	Catholique ..... 1 Protestant ..... 2 Musulman ..... 3 Autre religion (*à préciser*)…… 6 Pas de religion 7	
MA8C. QUELLE EST VOTRE ETHNIE ?	Ethnie_____	

MODULE SUR LE VIH/SIDA		HA
HA1A. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE QUELQUE CHOSE D'AUTRE. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DU VIRUS VIH OU D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui ..... 1 Non 2	 2⇨MODULE SUIVANT
HA2A. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
HA3A. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU PAR DES MOYENS SURNATURELS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
HA4A. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LES RISQUES D'AVOIR LE VIRUS SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ON A DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
HA5A. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN SE FAISANT PIQUER PAR DES MOUSTIQUES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
HA6A. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN S'ABSTENANT DE RAPPORTS SEXUELS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
HA7A. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
HA7B. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA SI L'ON REÇOIT UNE INJECTION PAR PIQURE AVEC UNE AIGUILLE QUI A ETE DEJA UTILISEE PAR QUELQU'UN D'AUTRE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
HA8A. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
HA9A. EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE : HA9AA. AU COURS DE LA GROSSESSE ? HA9BB. PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? HA9CC. PENDANT L'ALLAITEMENT ?	Oui Non NSP Au cours de la grossesse .....1 2 8 Pendant l'accouchement .....1 2 8 Pendant l'allaitement 1 2 8	
HA10A. D'APRES VOUS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE OU NON A CONTINUER A ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA11A. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA12A. SI UNE PERSONNE DE VOTRE FAMILLE DEVIENT INFECTEE PAR LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, VOUDRIEZ-VOUS QUE SON ETAT SOIT GARDE SECRET OU NON ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA13A. SI QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE CONTRACTAIT LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, SERIEZ-VOUS PRET A PRENDRE SOIN DE LUI OU D'ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA15A. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui ..... 1 Non 2	 2⇨HA18A
HA15B. QUAND AVEZ-VOUS ETE TESTE POUR LA DERNIERE FOIS ?	Moins d'un an…… 1 Entre12 et 23 mois…… 2 Deux ans et plus……3 Ne Sait Pas……8	
HA16A. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui ..... 1 Non 2	

HA17A. AVIEZ-VOUS DEMANDE VOUS-MEME A LE FAIRE, VOUS L'A-T-ON PROPOSE ET VOUS AVEZ ACCEPTE OU BIEN ETAIT-IL IMPOSE?	A demandé le test ..... 1 Proposé et accepté ..... 2 Imposé 3	1⇨MODU-LE SUIV. 2⇨MODULE SUIVANT 3⇨MODULE SUIVANT
HA18A. EN CE MOMENT, CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU L'ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui ..... 1 Non 2	
HA19. CERTAINS HOMMES SONT CIRCONCIS, ETES-VOUS CIRCONCIS ?	Oui ..... 1 Non 2	

MODULE SUR L'EXCISION		**FG**
FG1A. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui ..... 1 Non 2	1⇨FG16A
FG2A. DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE A COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨MODU-LE SUIV.
FG16A. PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE ?	Maintenue ..... 1 Disparaître..... 2 Cela dépend..... 3 NSP 8	

MODULE SUR LA FISTULE		
FI1. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE FISTULE OBSTETRICALE (MALADIE DE L'URINE) ? SI « NON », DEMANDER : AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UN CAS D'UNE FEMME QUI PERDAIT DE L'URINE ET/OU DEFEQUAIT CONTINUELLEMENT A LA SUITE D'UN ACCOUCHEMENT ?	OUI…… ……1 NON……..……2	2⇨MODULE SUIVANT
FI2A .QUELLES SONT SELON VOUS, LES CAUSES DE CETTE MALADIE ?	SORCELLERIE OU ENVOUTEMENT MYSTIQUE….A MAUVAIS SORTS……B TROP JEUNE POUR ACCOUCHER……C TROP VIEILLE POUR ACCOUCHER……..D TROP MAIGRE POUR SUPPORTER UNE GROSSESSE……E TROP D'ACCOUCHEMENTS SUCCESSIFS ……..F MALADIES FREQUENTES DURANT LA GROSSESSE……..G ACCOUCHEMENT D'UN GROS BEBE……H ACCOUCHEMENT A DOMICILE SANS ASSISTANCE MEDICALE…… I VOLONTE DE DIEU……J AUTRES (Préciser) ……X NE SAIT PAS……Y	
FI2B .QUELLES SONT SELON VOUS LES PRICIPALES MANIFESTATIONS DE CETTE MALADIE?	AMAIGRISSEMENTCONTINU……..…….A PERTE INVOLONTAIRE DES URINES……..B PERTE INVOLONTAIRE DES SELLES……C PERTE INVOLONTAIRE DES URINES ET DES SELLES……..D CONSTAMMENT MOUILLEES……..E ODEURS NAUSEABONDES……..……..……F INFIRMITE LOCOMOTRICE RELATIVE……..…..G AUTRES (Préciser) ……..X NE SAIT PAS……Y	
FI3. PEUT-ON SOIGNER, SELON VOUS, CETTE MALADIE ET EN GUERIR?	OUI……1 Non ……2 NSP……8	

FI4.SELON VOUS, PEUT-ON PREVENIR LES FISTULES EN ADOPTANT LES COMPORTEMENTS SUIVANTS ? FI4A. EVITER LES MARIAGES PRECOCES DES ADOLESCENTES DE MOINS DE 18 ANS FI4B. ENCOURAGER LA SCOLARISATION DE LA JEUNE FILLE FI4C. EVITER LES GROSSESSES PRECOCES FI4D.EVITER LES GROSSESSES TROP NOMBREUSES FI4E.EVITER LES GROSSESSES TROP RAPPROCHEES FI4F. AUTRE (*A PRECISER*) _____	Oui Non NSP 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	
	Oui Non NSP	
FI5. SELON VOUS, PEUT-ON PREVENIR LES FISTULES EN ADOPTANT LES COMPORTEMENTS SUIVANTS EN CAS DE GROSSESSE? FI5A. FAIRE DES CONSULTATIONS PRENATALES DANS UN CENTRE DE SANTE FI5B. ACCOUCHER EN MILIEU HOSPITALIER OU DANS UNE MATERNITE FI5C. FAIRE DES CONSULTATIONS POSTNATALES FI5D. PARTICIPER AUX SEANCES DE PLANIFICATION FAMILIALE FI5E. EVITER DE FAIRE DES TRAVAUX MENAGERS TRES DURS (CORVEE D'EAU, DE BOIS, ETC.) FI5F. EVITER DE PRENDRE DES POTIONS MEDICAMENTEUSES TRADITIONNELLES	1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	
FI6. CONNAISSEZ-VOUS DES FEMMES QUI SOUFFRENT OU QUI ONT SOUFFERT DE LA FISTULE	OUI.....1 NON.....2	
FI7. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR L'ATTITUDE QUE DEVRAIT AVOIR, SELON VOUS, CERTAINES PERSONNES ENVERS UNE FEMME QUI A UNE FISTULE. FI7A. QUELLE DEVRAIT ETRE SELON VOUS L'ATTITUDE DE SON EPOUX ? FI7B. QUELLE DEVRAIT ETRE SELON VOUS L'ATTITUDE DE	Compassion…….1 Rejet……..2 Divorce/Séparation…….3 Appui…….4 Indifférence……5 Autre (préciser) ……..6	

SES ENFANTS ?	Compassion……1 Rejet……..2 Appui……3 Indifférence……..4 Autre (préciser) ……...6	
FI7C. QUELLE DEVRAIT ETRE SELON VOUS L'ATTITUDE DES AUTRES MEMBRES DE SA FAMILLE ?	Compassion……1 Rejet……..2 Appui……3 Indifférence……..4 Autre (préciser) ……...6	
FI7D. QUELLE DEVRAIT ETRE SELON VOUS L'ATTITUDE DES AUTRES MEMBRES DE LA COMMUNAUTE ?	Compassion……1 Rejet……..2 Appui……3 Indifférence……..4 Autre (préciser) ……...6	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE		
DV1A. PARFOIS UN MARI EST CONTRARIE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL LEGITIME QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :	Oui Non NSP	
DV1AA. SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	1 2 8	
DV1BB. SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	1 2 8	
DV1CC. SI ELLE ARGUMENTE AVEC LUI ?	1 2 8	
DV1DD. SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	1 2 8	
DV1EE. SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	1 2 8	
POUR D'AUTRES RAISONS A SPECIFIER : _____	1 2 8	

MODULE SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL		**SB**
VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. Avant de continuer l'interview, faites tout votre possible pour vous trouver en privé.		
SB0A. *Vérifier ML9: Âge de l'enquêté entre 15 et 24 ans ?* ☐ *Âge 25-59.* ⇨ *Fin de l'interview* ☐ *Âge 15-24.* ⇨ *Continuer avec SB1A*		
SB1A. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRECERTAINS PROBLEMES DE LA VIE DES JEUNES ? L'INFORMATION QUE VOUS FOURNISSEZ RESTERA STRICTEMENT CONFIDENTIELLE. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS PREMIERS RAPPORTS SEXUELS (SI VOUS EN AVEZ-EUS) ?	N'a jamais eu d'activité sexuelle.....00 Age en années ..... __ __ 1ère fois en commençant à vivre avec (1er) mari/partenaire.....95	0⇨MODULE SUIVANT
SB2A. IL Y A COMBIEN DE TEMPS QUE VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? *Enregistrer en 'nombre d'années' seulement si les derniers rapports ont eu lieu il y a un an ou plus. Si 12 mois ou plus, la réponse doit être enregistrée en années.*	Nombre de jours..... 1 __ __ Nombre de semaines ..... 2 __ __ Nombre de mois ..... 3 __ __ Nombre d'années ..... 4 __ __	4⇨MODULE SUIVANT
SB3A. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui.....1 Non.....2	
SB4A. QUEL TYPE DE LIEN AVEZ-VOUS AVEC LA FEMME AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? *Si la femme est 'petite amie' ou 'fiancée', demander :* VOTRE PETITE AMIE/ FIANCEE VIVAIT-ELLE AVEC VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS AVEC ELLE? *Si 'Oui', encercler 1. Si 'non', encercler 2.*	C'est ma femme / partenaire cohabitante ... 1 C'est mon amie ……2 C'est ma fiancée.....3 C'est une rencontre occasionnelle.....4 Autre (*à préciser*) _____6 Oui.....1 Non……..2	1⇨SB6A

SB5A. QUEL EST L'AGE DE CETTE PERSONNE? *Si la réponse est NSP , insister :* A PEU PRES QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire ..... __ __ NSP 98	
SB6A. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC QUELQU'UN D'AUTRE ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨MODULE SUIVANT
SB7A. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE FEMME, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui ..... 1 Non 2	
SB8A. QUEL TYPE DE LIEN AVEZ-VOUS AVEC CETTE PERSONNE ? *Si la femme est 'petite amie' ou 'fiancée', demander :* VOTRE PETITE AMIE/ FIANCEE VIVAIT-ELLE AVEC VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS AVEC ELLE? *Si 'Oui', encercler 1. Si 'non', encercler 2.*	C'est ma femme / partenaire cohabitante... 1 C'est mon amie ……2 C'est ma fiancée ..... 3 C'est une rencontre occasionnelle ..... 4 Autre (*à préciser*) _____ 6 Oui ..... 1 Non……..2	1⇨SB10A
SB9A. QUEL AGE A CETTE PERSONNE? *Si la réponse est NSP , insister :* A PEU PRES QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire ..... __ __ NSP 98	
SB10A. MIS A PART CES DEUX FEMMES, AVEZ- VOUS EU DES RELATIONS SEXUELLES AVEC QUELQU'UN D'AUTRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨FIN DE L'INTERVIEW
SB11A. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE FEMMES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RELATIONS SEXUELLES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Nombre de partenaires..... __ __ NSP……..98	