

**REPUBLIQUE FEDERALE ISLAMIQUE
DES COMORES**

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

DIRECTION GENERALE DU PLAN

**ENQUETE A INDICATEURS MULTIPLES
(MICS 2000)**

RAPPORT FINAL (1^{er} DRAFT)

Février 2001

P R E F A C E

La République Fédérale Islamique des Comores, représentée par le Chef de l'Etat, a signé la Déclaration et le Plan d'Action pour les Enfants adoptés par le Sommet Mondial pour les Enfants (SME), tenu à New York en septembre 1990. Elle s'est ainsi engagée à réaliser les objectifs arrêtés alors, mais également à procéder à un suivi régulier pour en évaluer les progrès.

En raison d'un contexte politique plutôt difficile, seule cette évaluation, au terme de la décennie, a été réalisée, sur la base de l'Enquête à Indicateur Multiple (MICS, selon les initiales en anglais). Ce Rapport présente les résultats de cette évaluation qui mesure les progrès accomplis, à travers les modules retenus par le SME comme essentiels pour la survie et le développement de l'enfant. A titre d'exemple, on citera ici comme particulièrement significatives, la vaccination, la prise en charge d'affections médicalement bénignes, mais mortelles dans certains pays dont les Comores, la préservation de certaines carences nutritionnelles préjudiciables au développement de l'enfant... D'autres aspects tout aussi importants sont également pris en compte comme la lutte contre toutes les formes d'exploitation des enfants, et notamment par le travail, la jouissance d'un habitat sain, l'accès à une eau salubre, et surtout le droit à une éducation de base. Il ne s'agit là que de quelques points parmi les plus importants visés par le Plan d'Action.

Comme cette enquête vient d'être menée pour la première fois, elle ne peut prétendre à la perfection, malgré toute l'application et tous les soins dont elle a été l'objet. De ce fait, certaines de ses données doivent être traitées avec quelque précaution. C'est ce qui a été fait ici, en toute rigueur méthodologique, avec le souci constant de la fiabilité et de la cohérence. C'est ainsi que, lorsque cela s'est avéré nécessaire, d'autres sources que le MICS et émanant des secteurs d'activité concernés ont été exploités, s'ils étaient récents et s'ils répondaient aux critères de pertinence et de fiabilité. Dans cet ordre d'idée et pour les mêmes raisons, des aménagements ont été réalisés en amont de l'enquête pour adapter, dans certains cas, le questionnaire aux réalités locales.

Dans tous les cas, le Rapport ne se contente pas de fournir des résultats ; il les analyse, les interprète pour en tirer des conclusions, et surtout pour formuler des recommandations qui doivent aider les décideurs à poursuivre plus efficacement leurs efforts pour atteindre les objectifs fixés.

Si ce travail a été réalisé, et s'il est, de surcroît, conforme au but qui lui est fixés, il le doit au concours précieux et constant d'un certain nombre des Partenaires des Comores qui méritent tous d'être cités pour leurs contributions multiformes. Il s'agit du PNUD, du FNUAP, de l'OMS, du CARE International, de la Coopération française, et bien entendu, de l'UNICEF, la cheville ouvrière de tout cet ouvrage. L'équipe technique du Plan, maîtresse d'œuvre de l'entreprise, ainsi que le groupe multisectoriel à l'origine du Rapport méritent également d'être remerciés.

LE DIRECTEUR GENERAL DU PLAN

Table des matières

<u>P R E F A C E</u>	1
<u>Table des matières</u>	2
<u>RESUME DU RAPPORT</u>	5
<u>I. INTRODUCTION</u>	10
<u>II.1. Organisation générale de l'enquête.</u>	13
<u>II.2. Plan de sondage</u>	13
<u>II.3 Questionnaires.</u>	14
<u>II.4. Collecte des données.</u>	15
<u>II.5 Exploitation des données</u>	15
<u>III. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ET QUALITE. DES DONNEES.</u> ..	16
<u>III.1 Taux de couverture des ménages et des enquêtés.</u>	16
<u>III.2 La distribution par âge des enquêtés</u>	17
<u>III.3 Qualité des données par module du questionnaire.</u>	20
<u>III.4 Caractéristiques des ménages et des enquêtés</u>	21
<u>IV/ LES RESULTATS.</u>	25
<u>A1 MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE.</u>	25
<u>A2 MORTALITE MATERNELLE.</u>	26
<u>B. EDUCATION.</u>	30
<u>B.1. L'enseignement préélémentaire ou (préscolaire).</u>	30
<u>L'école coranique.</u>	31
<u>l'école coranique rénovée.</u>	31
<u>les classes d'éveil.</u>	32
<u>les centres préscolaires.</u>	32
<u>Les écoles maternelles.</u>	32
<u>Evaluation des résultats.</u>	32
<u>Les contraintes dans le développement du préscolaire.</u>	34
<u>B.2. L'éducation de base.</u>	35
<u>Evaluation des résultats obtenus durant la décennie</u>	36

<u>Les contraintes</u>	41
<u>B.3. L’alphabétisation des personnes âgées de 15 ans et plus.</u>	42
<u>C. HABITAT, EAU ET ASSAINISSEMENT.</u>	46
<u>C.1 Habitat et confort.</u>	46
<u>Caractéristiques de l’habitat</u>	46
<u>Possession des éléments de confort</u>	47
<u>C.2 Eau</u>	48
<u>Etat de la situation en 2000</u>	50
<u>Evolution durant la décennie</u>	53
<u>C.3 Assainissement</u>	57
<u>D. MALNUTRITION DES ENFANTS.</u>	62
<u>D.1. Politiques en matière de nutrition</u>	62
<u>D.2. Etat nutritionnel des enfants de moins de cinq ans.</u>	63
<u>D.5. Allaitement maternel</u>	69
<u>D.3. Consommation du sel iodé et Supplémentation en vitamine A.</u>	75
<u>Consommation du sel iodé</u>	75
<u>Supplémentation en vitamine A</u>	77
<u>D.4. Poids et Taille à la naissance des enfants.</u>	80
<u>E. SANTE DE L’ENFANT.</u>	83
<u>E.1. Programme Elargi de Vaccination (PEV)</u>	83
<u>E.2. Maladies Diarrhéiques.</u>	89
<u>E.3. Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA).</u>	93
<u>E.4. Le Paludisme.</u>	99
<u>F. VIH-SIDA ET SANTE DE LA REPRODUCTION.</u>	103
<u>F.1. Connaissance et transmission du HIV/SIDA.</u>	103
<u>F.2 Santé de la reproduction.</u>	113
<u>la planification familiale</u>	114
<u>Protection contre le tétanos néonatal.</u>	117
<u>Soins prénatals</u>	118
<u>Assistance à l’accouchement</u>	119
<u>G. LES DROITS DE L’ENFANT</u>	121

<u>G.1. Enregistrement des naissances.</u>	122
<u>G.2. Orphelinat et conditions de vie des enfants dans les ménages.</u>	124
<u>G.3. Le travail des enfants</u>	129
<u>LISTE DES TABLEAUX</u>	135
<u>RÉSUMÉ DES INDICATEURS</u>	137

RESUME DU RAPPORT

A1. Mortalité des enfants de moins de cinq ans.

La méthode de Brass d'estimation indirecte de la mortalité des enfants a été appliquée aux données de la MICS des Comores. Compte tenu des distorsions assez importantes déjà mentionnées au sujet des données¹, les estimations ci-dessous présentées sont juste des ordres de grandeurs pour l'ensemble du pays et pour le milieu rural qui compte les deux tiers de la population totale. Les estimations sont les suivantes :

- Le quotient de mortalité infantile est de 59 pour 1000 pour l'ensemble des Comores et de 62 pour 1000 pour le milieu rural.
- Le quotient de mortalité juvénile est de 15 pour 1000 pour l'ensemble du pays et de 17 pour 1000 pour le milieu rural.
- Le quotient de mortalité infanto-juvénile est de 74 pour 1000 pour l'ensemble des Comores et de 77 pour 1000 pour le milieu rural.

Ces estimations se rapportent à l'année 1998.

A2. Mortalité maternelle.

L'estimation indirecte fournit un taux de 517 décès maternels sur 100 000 naissances, qui représente une moyenne couvrant une longue période, centrée approximativement sur 12 ans avant l'enquête, soit 1988. En comparant avec Madagascar, le niveau de la mortalité maternelle est presque équivalent : l'enquête EDS de 1997 Malgache a montré que le taux de mortalité maternelle se situe entre 500 à 600 décès maternels pour 100 000 naissances durant la période 1980-1990. Ce niveau élevé du taux de mortalité maternelle pourrait s'expliquer par les conditions socio-sanitaires des femmes en âge de procréation. Nombreuses sont les mères qui n'ont pas accès à des services de soins de santé modernes. Selon les données de EDS réalisé aux Comores en 1996, on a estimé à 57% les femmes qui accouchent en dehors de tout établissement sanitaire. En plus les données du MICS ont montré que 38 % d'entre elles accouchent avec l'aide de personnes non qualifiées, certains sans aucune aide.

B. Education.

A l'accession des Comores à l'indépendance, des objectifs nouveaux ont été assignés au système éducatif, dont la scolarisation universelle au niveau de l'éducation de base. A cet effet, des efforts considérables ont été mis en œuvre, principalement dans le domaine des constructions scolaires et dans celui de la formation des maîtres. L'enquête MICS et les statistiques du Ministère de l'Education Nationale permettent d'évaluer les résultats obtenus.

Au niveau de l'éducation préscolaire, les taux de fréquentations sont bas, de l'ordre de 14,3%, selon l'enquête MICS qui a certainement pris en compte des enfants fréquentant des établissements autres que les classes maternelles proprement dites. En effet, pour celles-ci, le taux Brut de scolarisation n'est que de 2,4%. Ces établissements autres concernent essentiellement les écoles coraniques qui accueillent la quasi-totalité des enfants de l'âge de 4 ans à la puberté. Ces chiffres traduisent une réelle désaffection pour cet enseignement encore mal perçu tant par les familles que par les Autorités. Son développement est possible dans le

¹ Voir analyse de la répartition par année d'âge de la population en page ...

cadre de « l'école coranique rénovée », combinant enseignement coranique et éducation préscolaire.

Les résultats obtenus au niveau de l'éducation de base sont plus importants, avec un taux net d'inscription évalué à 60,2% en 1999, le taux brut s'élevant à 78,7%. Selon l'enquête MICS, entre l'île de la Grande Comore (31,2%) et celle d'Anjouan (28,1%), les taux de fréquentation sont proches, par rapport à Mohéli (43,1%) Un écart similaire existe entre les milieux rural et urbain. Sauf à Mohéli, ce taux de fréquentation est plus élevé pour les garçons que pour les filles, sans que l'écart ne dépasse les cinq points. De manière générale, les performances du système sur le plan quantitatif sont plutôt décevantes. Ils le sont encore plus sur le plan qualitatif : seul moins du quart des élèves admis en première année achèvent ce cycle de base de 6 ans.

En matière d'alphabétisation, le taux est évalué à 59,1% pour les personnes âgées de 15 ans et plus. Ce taux, relativement élevé pour la sous-région, est surtout remarquable, en l'absence de toute véritable politique définie en la matière. De fait, c'est à l'école coranique qui accueille la quasi-totalité des enfants que l'on doit cette performance. Le vrai problème non encore résolu concerne la langue et la graphie à adopter. Alphabétisés en comorien, avec l'utilisation des lettres arabes, les Comoriens ne tirent qu'un profit limité et non instrumentalisé de leur aptitude. Le problème de l'alphabétisation dans une langue étrangère (l'arabe, mais surtout le français) doit donc être posé.

C. Habitat, Eau et Assainissement.

Habitat.

La MICS révèle que l'habitat comorien est encore conditionné par l'utilisation de matériaux locaux dans des conditions précaires. Pour l'ensemble des ménages enquêtés, 23% des maisons ont des murs en paille et 30% des murs en tôle. Près d'un quart des maisons ont un toit en paille et une maison sur trois a un sol en terre battue.

En outre, 36% des ménages comoriens ne possèdent aucun des éléments de confort contre 1,3% en possession de tous ces éléments de confort.

On note une disparité remarquable entre le milieu urbain par rapport au milieu rural, au profit du milieu urbain surtout pour les éléments suivants : électricité, téléphone, réfrigérateur et TV/vidéo.

Eau.

Si dans les îles de Mohéli et d'Anjouan l'eau des robinets et des bornes fontaines suffisent à satisfaire les besoins de la population, en revanche, les normes de qualité ne sont plus du tout respectées sur l'ensemble des réseaux d'adduction. De ce fait, les épidémies de typhoïdes sont fréquentes dans ces deux îles.

Dans l'île de la Grande Comore, les problèmes d'accès à l'eau à boire ne posent, en ce qui concerne les normes de quantité, que de façon très épisodique, en relation avec les aléas climatiques. Ici, 75% de la population utilise l'eau de pluie (eau de citerne) comme source d'eau à boire. Pour ce qui est des normes de qualité, un problème réel se pose en milieu rural de l'île où il n'y a pas de réseau d'adduction et où les conditions de stockage des eaux de pluie ne sont que très rarement conformes aux normes de qualité admises.

Assainissement.

79% des Comoriens utilisent encore les latrines traditionnelles pour le traitement et l'évacuation des excréta. Seulement 2% de la population, quasi-exclusivement en milieu urbain, utilise des toilettes avec chasse d'eau. La situation n'a pas connu une réelle évolution par rapport aux données du Recensement de 1991. Il n'existe pas d'importantes disparités entre les milieux urbain et rural.

D. Malnutrition des Enfants.

Malnutrition.

La situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans ne cesse de s'aggraver au fil de temps et se caractérise ainsi.

Insuffisance pondérale.

- 25,4% pour la forme modérée et 8,5% pour la forme sévère (niveau en dessous de 3 Ecart-Types E.T)
- Les groupes d'âge des 12-23 mois et 24 – 35 mois sont les plus affectés avec respectivement 30% et 29%.

Retard de croissance.

- 42,3% des enfants souffrent de sa forme modérée et 23,3% de la forme sévère.
- Ce sont les enfants en milieu rural (45,4%) et ceux résidant à Anjouan (53%) qui accusent le plus de retard de croissance.
- Le groupe d'âge des 12 – 23 mois est le plus touché par la forme chronique de cette malnutrition.

Emaciation.

- 11,5 % des enfants de 0 à 59 mois sont affectés.
- Les enfants du milieu urbain sont beaucoup plus touchés que ceux du milieu rural (16% contre 10%).

Allaitement maternel.

- 24,3% des enfants de 0 – 3 mois sont exclusivement nourris au sein.
- Pour 34,3% des enfants, l'introduction de l'alimentation de complément à l'âge de 6–9 mois semble respectée.
- 65% des enfants sont sevrés à partir de 9 mois.
- La poursuite de l'allaitement pour les 12–15 mois et 20– 23 mois tend à la baisse en passant respectivement de 65% à 45%.

Consommation du sel iodé.

- 82% des ménages consomment du sel iodé à plus de 15 PPM.
- A Anjouan, on a enregistré une couverture de 91% qui dépasse celle recommandée à 90%.

Supplémentation en Vitamine A.

- 12% des enfants de 6 à 59 mois ont eu une dose de vitamine A pendant les 6 derniers mois précédant l'enquête et
- 13% des femmes ont reconnu avoir eu une dose de vitamine A avant que leur bébé n'atteigne 8 semaines d'âge.

Insuffisance pondérale à la naissance.

- 27,23% des enfants naissent avec un faible poids à la naissance, et cela pour plusieurs raisons. Mais il semble que, de manière générale, la sous-alimentation des mères avant et pendant la grossesse soit l'un des premiers et principaux facteurs responsables de cet état.

E. Initiative (PCIME) Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance.

En dépit d'une situation toujours préoccupante, la MICS montre une certaine amélioration de l'état de santé des enfants. Toutefois, cette tendance rassurante appelle des réserves, en raison

de certaines singularités consécutives à des biais liés à toute enquête (erreurs de mesures et erreurs de sondage). Si les résultats concernant la vaccination sont tout à fait acceptables, il n'en est pas de même pour les pathologies courantes comme les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et le paludisme. En effet, la MICS montre un taux de couverture vaccinale de 69% qui corrobore les données des études antérieures (EDS 96). Avec la bonne implantation en postes de vaccination qui existe, ce taux pourrait être amélioré s'il n'y avait pas les contraintes liées aux ruptures répétées et prolongées des antigènes et de la chaîne du froid. Autrement dit, les objectifs visant à éradiquer la poliomyélite et à éliminer le tétanos néonatal sont du domaine du possible.

F. VIH/SIDA.

Connaissance, attitudes et pratiques vis-à-vis du HIV/SIDA.

Selon la MICS 2000, la population féminine du groupe des 15- 49 ans a entendu parler du VIH/ SIDA (87,2%) mais seuls 21% connaissent les trois moyens de prévention. Ce pourcentage est encore plus faible (18,5%) au niveau des adolescentes de 15 à 19 ans).

La situation est très préoccupante dans l'île d'Anjouan où 70,1% des personnes interrogées, ne connaissent aucun moyen de prévention du VIH.

Si 53,3% des femmes savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut être infectée, très peu connaissent les trois conceptions erronées sur la transmission du VIH (15,9%).

Ce sont les femmes qui ont un niveau d'éducation secondaire et plus qui expriment le plus une attitude discriminatoire vis-à-vis des séropositifs(59,2%).

Si très peu de femmes (33,2%) connaissent un endroit où on effectue le test, seules 11,2% s'y rendent, et une forte proportion (76,70%) reviennent pour être informées des résultats.

SANTÉ REPRODUCTIVE.

Planification familiale.

Le pourcentage des femmes en union ou mariées qui ont déclaré utiliser une méthode contraceptive au cours de l'enquête MICS/2000 a été évalué à 25,8%. Ce sont les injections qui viennent en première position (8,9%) des trois méthodes les plus utilisées, suivies de la pilule (8,3%) et de l'abstinence périodique (2,8%). Il y a une progression du taux de prévalence de la contraception moderne qui passe de 11% (EDSC/96) à 19,2% (MICS 2000).

Protection contre le tétanos néonatal.

Près d'une femme sur deux (46,3%) est protégée contre le tétanos. Par contre, il n'y a qu'une infime partie (28%) des femmes enquêtées qui a reçu les cinq doses de vaccins antitétaniques qui leur confèrent une protection à vie. La différence entre les femmes du milieu urbain (50,3%) et celles du milieu rural (44,5%) est très peu importante.

Soins prénatals.

Un peu plus de sept femmes sur dix (74,3%) ayant eu une naissance survenue au cours de la dernière année qui a précédé la MICS/2000 ont reçu des soins prénatals d'un personnel de santé qualifié (médecin, sage femme, infirmière et sage femme de l'AM). Les accoucheuses traditionnelles ont dispensé des soins prénatals à 12,6% des femmes de 15 à 49 ans et 4,4% les ont reçus d'une parente ou d'une amie. 7% des femmes enceintes n'ont pas eu des soins prénatals, durant la même période.

Assistance à l'accouchement

Plus d'une femme sur trois (43%) ayant eu une naissance survenue au cours de l'année qui a précédé l'enquête MICS/2000 a été assistée au cours de son accouchement par une sage femme. Si on considère l'ensemble du personnel de santé, ce taux est de 62,8% (il était de

52% lors de l'EDSC/96). Ce sont les femmes non instruites qui sollicitent le plus l'assistance des accoucheuses traditionnelles lors de leur accouchement (31,8%).

G. DROITS DES ENFANTS.

Enregistrement des naissances.

L'enquête a révélé que 84% des naissances sont enregistrés. Sur l'ensemble des îles, 16% des enfants de 0-4ans n'émargent pas dans le fichier de l'état civil. Les taux d'enregistrement par île sont les suivants : Grande Comore : 90,2%, Mohéli, 76,5%, Anjouan, 74,7% .

Il résulte de l'enquête que les contraintes à l'origine du non-enregistrement sont réparties comme suit :

- 33% ne se sont pas prononcés sur le point de savoir s'ils ont enregistré ou non leurs enfants.
- 32% estiment que le coût de l'opération est trop élevé.
- 15% estiment que le centre d'enregistrement est loin du lieu de résidence.
- 11% ignorent l'acte d'enregistrement.
- 6% ne veulent pas payer l'amende pour retard dans l'enregistrement.
- 3% ignorent le lieu d'enregistrement.

Toutes ces raisons expliquent que bon nombre des parents renoncent à assurer l'enregistrement de leurs enfants.

Orphelinat et Conditions de vie.

Les données de la MICS montrent que 6,4% des enfants de 0-14 ans ne vivent pas avec leurs parents biologiques. Ce pourcentage est de 0,8% pour ceux dont les deux parents sont décédés. Dans l'ensemble, en cas de séparation du couple, les enfants vivent plus avec leurs mères (12%) qu'avec leur père (2,6%).

Le travail des enfants.

L'enquête sur le travail des enfants a permis de quantifier le phénomène et de donner quelques caractéristiques du travail des enfants. Au niveau national, 36,7% des enfants âgés de 5-14 ans travaillent actuellement. Parmi eux :

- 13,8% exercent un travail non-rémunéré,
- 1,3% exercent un travail rémunéré,
- 44,3% des enfants âgés de 5-14 ans exercent un travail domestique de moins de 4 heures par jour et
- 2,1% travaillent plus de 4 heures par jour.
- 27,7% de cette catégorie d'enfants, travaillent dans les propriétés ou les affaires familiales.

I. INTRODUCTION

Les Comores, archipel volcanique de 2240 Km², sont formées de quatre îles : la Grande-Comore, Anjouan, Mohéli et Mayotte (encore sous tutelle française) Elles sont situées dans le canal de Mozambique, à égale distance de Madagascar et du continent africain. Sa population, au niveau des trois îles administrées par La République Fédérale Islamique des Comores, est estimée à 549 000 habitants en l'an 2000. Dans sa composition comme dans sa dimension culturelle, elle porte la marque de la diversité de son peuplement qui est d'origine africaine et arabo-persane. Le pays a accédé à l'indépendance en 1975.

Plus de 25 années après l'indépendance, l'heure n'est pas à l'optimisme, s'agissant de la situation générale qui prévaut dans le Pays, comme nous le verrons à travers ce Rapport. En effet, basé sur les données recueillies par l'enquête à indicateurs multiples MICS 2000, ce document met en évidence les performances mitigées, voire faibles, du Pays, par rapport notamment aux objectifs fixés par le Sommet Mondial pour les Enfants (SME). Et pourtant, les atouts et les potentialités ne manquent pas au Pays...

Avec un sol d'origine volcanique fertile, un régime pluviométrique et hydrographique favorable, un climat plutôt clément permettant la culture d'une grande variété de produits qui vont des fruits tropicaux, des épices, des plantes à parfum, aux cultures maraîchères et céréalières, les Comores pourraient développer une économie agricole performante, d'autant que pour certains de ces produits, notamment l'ylang-ylang, la vanille, le clou de girofle et le coprah, elles disposent même d'un milieu physique exceptionnellement favorable. Et que dire de la beauté de ses sites naturels miraculeusement préservés et qui constituent pour le secteur du tourisme des atouts qui ne demandent qu'à être exploités dans le respect de leur diversité et de leur richesse qui restent à découvrir. Sans compter qu'il suffirait de peu pour que le Pays puisse tirer profit de cette autre richesse que sont les hommes. En effet, avec une population jeune saine et dynamique, structurée en associations culturelles et de développement, des cadres souvent bien formés et motivés, une culture ancienne et vivante, cultivant les vertus de tolérance et de paix, les Comores disposent d'atouts non négligeables et porteurs d'espoir...

Malheureusement, depuis son accession à l'indépendance, le Pays accumule les calamités de tous ordres qui sont autant d'obstacles dans la voie du développement. Et d'abord, cette indépendance inachevée, en raison du maintien sous la tutelle française de l'île de Mayotte, situation sans nul doute à l'origine des mouvements séparatistes récurrents qui déchirent le Pays, et y perpétuent le climat d'instabilité politique considéré comme l'une des causes principales du recul du Pays dans de nombreux domaines. La crise politique et institutionnelle ouverte en 1997 par les séparatistes de l'île d'Anjouan, est là, si besoin était, pour illustrer les effets négatifs liés aux atteintes à l'unité et à l'intégrité du Pays. Durant ces trois dernières années, en effet, tous les secteurs économiques et sociaux ont été lourdement pénalisés au détriment de la population, et plus au détriment des enfants, premières victimes de la détérioration des services de santé et d'éducation. Cette crise sociale sans précédent a de toute évidence touché plus Anjouan que les autres îles, qui ne sont pas pour autant épargnées.

Comme cela est démontré par toutes les données disponibles sur les indicateurs sociaux, de manière générale, les progrès réalisés dans les années 80 stagnent, quand ils ne sont pas en régression. L'Etat, privé de ressources, doit se contenter d'assurer son propre fonctionnement, sans toujours y parvenir... Les grèves qui paralysent périodiquement le service public, principalement les secteurs sociaux de la santé et de l'éducation sont là pour nous rappeler que même les salaires des agents de l'Etat ne sont plus payés régulièrement.

Ces causes politiques se doublent de déséquilibres structurels qui aggravent la situation et compliquent la recherche de solution au sous-développement et contre la pauvreté, comme on

va le voir, et d'abord au niveau de l'économie. Caractérisée par un secteur agricole peu productif et un secteur tertiaire hypertrophié, c'est une économie peu diversifiée et manquant de compétitivité. Le secteur agricole, qui emploie 80 % de la population active et fournit la totalité des recettes d'exportation (90%), est en crise. En effet, la production, destinée uniquement à l'exportation et limitée à un nombre réduit de cultures spéculatives (vanille, girofle et ylang-ylang principalement) est fortement tributaire des variations de leurs cours sur le marché international et des avancées technologiques en matière de produits de synthèse de substitution (la vanilline entre autres). La production vivrière, pratiquée avec des techniques agricoles archaïques et inadaptées occasionne des dégâts considérables sur l'environnement, et se révèle incapable de satisfaire les besoins nutritionnels d'une population plutôt jeune dans sa grande majorité. Cette situation a pour conséquence le recours massif aux importations de denrées alimentaires qui, avec les produits pétroliers, épuisent les faibles recettes d'exportation.

Ainsi, le faible niveau de développement des activités productives, la dégradation des cours des matières premières, les dégâts causés à un environnement déjà fragile par une population toujours plus nombreuse et toujours aussi inconsciente dans sa relation avec le milieu naturel, tout cela explique largement la dramatique crise économique et sociale qui frappe le pays.

Dans ces conditions, il était sans doute très indiqué de tenter d'établir un bilan social sur la décennie, et très opportunément, l'enquête multisectorielle MICS nous donne l'opportunité de procéder à cet exercice en fournissant et la méthode et les outils appropriés.

En effet, dans le cadre du Sommet Mondial pour les Enfants tenu en 1990 au siège des Nations Unies à New York, les Etats participants, dont la République Fédérale Islamique des Comores, se sont engagés à réaliser, à l'horizon 2000, les objectifs arrêtés en faveur de la protection, de la survie, et du développement de l'enfant, conçus désormais comme des impératifs, relevant de l'ordre juridique. Ces objectifs, auparavant limités principalement aux domaines de la santé, de l'éducation et de la nutrition, intègrent désormais d'autres secteurs qui concernent son environnement matériel (l'habitat), socio-familial (la situation de la mère), et juridique (respect des droits reconnus et protection contre toutes les formes d'exploitation). Mais ce qui constitue la nouveauté et l'originalité de la nouvelle approche, c'est qu'elle fonde désormais en droit ce qui, auparavant, était conçu et énoncé en termes de besoins. C'est précisément dans cet esprit qu'a été élaborée et adoptée en 1989 la Convention Relative aux Droits de l'Enfant, assortie de plusieurs recommandations, notamment celle de procéder, au terme de la décennie, à une évaluation des progrès accomplis par rapport aux objectifs fixés par le Sommet Mondial pour les Enfants et par la Convention.

Conformément à cette recommandation, le Gouvernement et plusieurs Organisations de coopération compétentes, en particulier l'UNICEF, ont décidé de joindre leurs efforts pour établir ce bilan.

Sur le plan méthodologique, c'est la technique de l'Enquête à indicateurs multiples (MICS, selon les initiales en langue anglaise) qui a été recommandée et retenue par les Autorités, et cela pour plusieurs raisons. En règle générale, les enquêtes portent sur un secteur d'activités et se pratiquent selon une périodicité plus ou moins régulière, plus ou moins longue. Comme les objectifs du SME concernent plusieurs secteurs qui doivent simultanément fournir des données, seule la MICS satisfait à ces exigences. Elle permet aussi aux pays en voie de développement qui n'ont pas la possibilité de réaliser régulièrement des enquêtes de couverture ou d'évaluation d'impact, de disposer, à un moment précis de données fiables qui leur permettent de prendre les décisions qui s'imposent. Enfin, en acceptant d'adopter une méthode uniformisée pour la collecte des données, les Pays se donnent la possibilité de procéder à des comparaisons significatives entre eux...

La conception technique et la mise en œuvre de l'enquête ont été confiées à la direction de la statistique (Direction Générale du Plan) en collaboration avec les départements techniques des secteurs de l'éducation, de la santé et de la justice.

Le Rapport comprend trois parties principales. La première décrit la méthodologie de l'enquête, en présentant le plan d'échantillonnage, le questionnaire et enfin la collecte des données. A l'occasion, on a procédé à un exposé des problèmes méthodologiques rencontrés et expliqué les adaptations introduites pour tenir compte de la spécificité du milieu. De même, des explications sont fournies pour rendre compte de certaines données qui paraissent biaisées ou aberrantes, en fonction de critères pertinents explicités dans d'autres sources, ou en fonction de défaillances constatées dans le déroulement de l'enquête. Les difficultés techniques et matérielles rencontrées ont été également exposées.

La deuxième partie analyse les caractéristiques de l'échantillon et la qualité des données.

Et dans la troisième et dernière partie, sont présentés les résultats obtenus, par secteurs et surtout par modules qui coïncident chacun avec les objectifs du Sommet pour les Enfants.

II. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.

II.1. Organisation générale de l'enquête.

Dans le cadre du suivi des objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants (SME) tenu à New York en 1990, le Gouvernement comorien et l'UNICEF ont entrepris en décembre 1999 d'organiser l'évaluation des résultats obtenus durant la décennie 1990-2000. A cet effet, ils ont tenu des réunions d'information, de concertation et de mobilisation avec leurs partenaires du développement social qui ont accepté d'apporter leurs contributions pour le succès de cet exercice, suivant la répartition ci-après:

- UNICEF : appui technique et financement de la majeure partie de l'enquête.
- PNUD : collecte des données à Mohéli et financement d'une partie de l'analyse des données.
- OMS : impression d'une partie des documents techniques(questionnaires...).
- FNUAP : impression d'une partie des documents techniques.
- CARE International : éléments fongibles pour le secrétariat.
- Mission Française de Coopération : Fourniture du papier.

La conception technique et la mise en œuvre de l'enquête ont été confiées à la Direction de la Statistique (Direction Générale du Plan) en collaboration avec les départements techniques des secteurs de l'éducation, de la santé et de la justice. La Direction de la Statistique a élaboré un document de planification de la MICS prévoyant :

- La création d'un comité technique inter-sectoriel pour assurer en temps utile l'adaptation et la validation du questionnaire, la formation des enquêteurs et l'analyse des données.
- L'équipement à acquérir (matériel informatique, matériel anthropométrique etc.),
- Le chronogramme des activités des différentes phases de l'enquête,
- Les besoins en personnel d'exécution aux différents niveaux (enquêteurs, contrôleurs...),
- Les besoins en moyens logistiques (véhicules, carburant...).

II.2. Plan de sondage

Les Comores ont réalisé une EDS² (Enquête Démographique et de Santé), mais comme cette dernière date de 1996, il s'est avéré nécessaire de réactualiser les données à travers l'enquête MICS, selon un sondage stratifié, à deux degrés, en grappes.

Les statistiques sociales disponibles, notamment celles de l'EDS/1996, montrent que le secteur de résidence (Urbain/Rural) a un impact notable sur la situation socio-sanitaire des enfants et des femmes. Pour cette raison, le secteur de résidence (urbain et rural) a été utilisé comme variable de stratification du pays.. L'enquête vise à fournir des estimations pour l'ensemble du pays et pour chacune de ces deux strates.

Dans chaque strate, en utilisant comme base de sondage la liste des Zones de Dénombrement (ZD) du recensement général de 1991, l'on a procédé à un tirage à deux degrés de la manière suivante :

- Un tirage des unités primaires de sondage équivalent aux ZD, avec une probabilité proportionnelle à la taille des ZD, en nombre de ménages. Au recensement de 1991, les ZD ont été définies par des portions de territoire d'une centaine de ménages environ.
- Un tirage systématique de 20 ménages dans chaque ZD-échantillons avec probabilité égale. La liste des ménages de chaque ZD a été actualisée avant le tirage des ménages.

² Enquête similaire à la MICS et dont l'échantillon peut être avantageusement utilisé pour la MICS.

La taille de l'échantillon utile a été déterminée par la procédure classique³ des MICS à 4400 ménages. Pour réaliser une bonne couverture du pays, le nombre de grappes a été fixé à 218, réparties entre les deux strates, proportionnellement à leur poids démographique⁴, soit 147 grappes en milieu rural et 71 en milieu urbain.

II.3 Questionnaires.

Trois types de questionnaires ont été utilisés :

Le questionnaire ménage. Il concerne l'habitat, les éléments de confort et quelques caractéristiques socio-démographiques des membres du ménage. Il comporte 6 modules :

- Caractéristiques de l'habitat,
- Enregistrement des membres du ménage et Orphelinat,
- Education,
- Travail des enfants,
- Eau et Assainissement,
- Sel iodé,

Le questionnaire femme. Il concerne les femmes âgées de 15 à 49 ans et comprend les 6 modules suivants :

- mortalité maternelle,
- mortalité des enfants,
- anatoxine tétanique (TT),
- santé de la mère et du nouveau-né,
- utilisation de la contraception,
- VIH/SIDA.

Ces modules permettent de déterminer les différents indicateurs liés à la santé des femmes et des enfants.

Le questionnaire enfants. Ce questionnaire bien qu'il concerne les enfants, s'adresse plus particulièrement aux mères ou aux personnes en charge des enfants dans le ménage. Il s'agit également d'un questionnaire individuel et comprend les 7 modules suivants :

- enregistrement des naissances et l'éducation préscolaire,
- vitamine A,
- allaitement,
- traitement des maladies,
- paludisme,
- vaccination,
- anthropométrie.

Ces instruments ont été développés à partir du questionnaire standard pour tenir compte du contexte comorien et des préoccupations des divers programmes. Les modifications réalisées se présentent comme suit :

A la question Q₇ du questionnaire ménage, les régions ont été remplacées par les unités administratives existantes : île, préfecture, canton, localité.

- A la question Q₈, les matériaux du sol a été remplacé par des éléments de l'habitat (toit, murs et sol).
- Dans la question Q₁₀, une sous question (Q_{10A}) a été ajoutée pour prendre en compte certains éléments de confort du ménage, permettant d'apprécier le niveau de vie des ménages.

³ Voir détails en annexe.

⁴ Environ 70% en milieu rural et 30% en milieu urbain.

- Ajout de la question (Q10B) sur le principal combustible.
- A la Q₂₀ et Q₂₂, du module Education, jardin scolaire est remplacé par préscolaire, en raison de la quasi-inexistence de ce type d'enseignement.
- Ajout à la question Q₄, du module sur la mortalité maternelle du questionnaire femme, les sous-questions Q_{4A} à Q_{4D} pour pouvoir déterminer le taux de mortalité maternelle.
- Ajout des questionnaires supplémentaires : Q₅ à Q₁₀ à la demande du Programme de la Santé de Reproduction, pour le module sur la contraception.
- Ajout à la question Q₁₇ du module sur le VIH/SIDA, des sous-questions Q_{17A} à Q_{17F} pour élargir le champ d'activités du Programme SIDA.
- La question Q₁₅ du module sur la vaccination du questionnaire enfants de moins de cinq ans, a été modifiée, et la partie concernant les campagnes de vaccination a été supprimée (au cours de la période de référence il n'y avait pas eu de campagne de vaccination).

Ces modifications ayant été effectuées, le questionnaire a été validé par la cellule de coordination et le comité technique intersectoriel.

Le questionnaire n'a pas été traduit en langue nationale. Toutefois la formation de tout le personnel de l'enquête a été réalisée en comorien.

II.4. Collecte des données.

La réalisation de l'enquête MICS a nécessité le recrutement du personnel de terrain suivant:

- Pour Mohéli : 1 superviseur, 1 chef d'équipe et 7 agents de collecte.
- Pour Anjouan : 3 superviseurs, 4 chefs d'équipe et 30 agents de collecte.
- Pour la Grande Comore : 2 superviseurs, 10 chefs d'équipes et 56 agents de collecte.

La formation a eu lieu dans la capitale de chaque île suivant le calendrier ci-après :

- A Mohéli, formation des chefs d'équipes du 26 au 27 septembre 2000 et des agents-enquêteurs du 28 septembre au 4 octobre 2000.
- A la Grande Comore, formation des chefs d'équipe du 3 au 4 octobre 2000 et des enquêteurs du 5 au 11 octobre 2000.
- A Anjouan, la formation s'est déroulée du 23 au 27 octobre 2000 pour les chefs d'équipes et du 28 octobre au 7 novembre 2000 pour les agents.

A la fin de chaque formation, deux jours étaient consacrés au test du questionnaire pour :

- évaluer son assimilation par les enquêteurs et contrôleurs,
- estimer la durée approximative de chaque interview, et identifier les difficultés qui peuvent être au niveau de l'interprétation des questions posées.

Tout comme la formation, la collecte n'avait pas démarré en même temps dans les trois îles. Elle s'est déroulée du 5 au 19 octobre à Mohéli, du 12 au 30 octobre 2000 à la Grande Comore et du 8 au 20 novembre 2000 à Anjouan.

La collecte des données a connu un certain nombre de difficultés dont les principales sont :

- un grand retard dans la mise à disposition des fonds et du matériel de terrain requis par l'équipe technique du MICS pour le démarrage des travaux,
- l'insuffisance du matériel anthropométrique (15 balances et 15 toises au lieu des 25 prévus pour chacun de ces deux équipements) par rapport aux 17 équipes (91 agents) engagées sur l'ensemble des trois îles.
- l'insuffisance des questionnaires ménage à Anjouan (12 ménages ont été enquêtés sur les 20 prévus par grappe).

II.5 Exploitation des données

L'exploitation des données a démarré avec un grand retard et s'est déroulé au début, au siège de l'UNICEF, et ensuite à la Direction de la Statistique. Elle a commencé fin octobre 2000,

après la collecte à Mohéli et s'est achevée à la fin du mois de décembre 2000. Au total, cette phase d'exploitation a comporté quatre étapes liées, à savoir :

- la vérification et codification
- la saisie et édition des données.
- l'apurement
- la tabulation

Aux Comores, on a utilisé les programmes Epi Info pour la saisie et l'apurement des données, et SPSS pour la tabulation. Toutefois, DBASE a été utilisé pour certains contrôles non prévus par les programmes EPI Info. La vérification et la codification consistaient en un contrôle d'exhaustivité de l'échantillon, un contrôle de la cohérence des données et la codification de certaines variables. Elle s'est déroulée du 21 octobre à fin novembre 2000 et a employé 20 agents et un chef d'équipe. La saisie a été réalisée par 4 équipes de 5 opérateurs supervisés par 2 chefs d'équipes qui avaient été formés et sélectionnés en même temps que les enquêteurs. Ces opérateurs avaient suivi une formation de quatre(4) jours. Cinq (5) ordinateurs avaient pu être difficilement rassemblés pour le démarrage de la saisie. L'insuffisance de l'équipement informatique n'a pas permis de respecter certaines recommandations, notamment la double saisie de 100% des questionnaires, la saisie des données parallèlement à la collecte des données...La double saisie a été réalisée à hauteur de 10 % du total des questionnaires et a concerné les questionnaires de Mohéli. L'apurement des fichiers (opération de contrôle de structures, de cohérences de données et correction des erreurs éventuelles) a été réalisé du 15 décembre 2000 au 20 janvier 2001. La tabulation quant à elle, a servi à sortir les 42 principaux tableaux nécessaires pour l'analyse des données du MICS. Elle s'est déroulée du 27 décembre 2000 au 26 janvier 2001.

L'exploitation des données a connu une autre contrainte importante : l'instabilité extrême du courant électrique et ses nombreuses coupures qui, outre les pertes de temps, détruisaient chaque jour environ 50% du travail fourni, pour les ordinateurs qui n'étaient pas munis d'onduleurs. Ceci entraînait souvent des pertes de données.

III. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ET QUALITE. DES DONNEES.

Après la présentation de la méthode, des problèmes et des adaptations liés à sa mise en œuvre et des tableaux produits pour l'analyse, on va procéder, à travers les pages qui suivent, à une évaluation de la qualité des données, puis à une présentation des principales caractéristiques socio-démographiques des répondants. Cette partie abordera successivement :

- les taux de couverture des ménages et des enquêtés,
- la qualité des données sur l'âge des répondants,
- la qualité des données par module du questionnaire,
- les caractéristiques de l'échantillon et des répondants.

III.1 Taux de couverture des ménages et des enquêtés.

La taille de l'échantillon utile a été estimée par calcul à 4400 ménages comme indiqué plus haut dans la partie méthodologie. Mais sur le terrain, particulièrement dans l'île d'Anjouan, l'échantillon prévu a été sensiblement réduit en raison de l'insuffisance des questionnaires. Le tableau 0 ci-dessous indique pour chaque île le nombre de ménages théoriquement prévu et le nombre de ménages finalement sélectionnés sur le terrain.

Tableau 0: Nombre de ménages théoriquement prévus et nombre de ménages effectivement interviewés.

Ile	Nombre prévu de ménages à sélectionner	Nombre de ménages effectivement interviewés
Mohéli	280	289
Anjouan	1760	1042
Gde comore	2360	2347
Ensemble	4400	3678 (soit 84%)

La réduction du nombre de ménages à Anjouan s'est traduite par la sélection d'une douzaine de ménages dans chaque grappe au lieu de la vingtaine prévue. En outre, à la Grande Comore, deux grappes entières n'ont pas été enquêtées pour la même raison. Le manque de 722 ménages sur l'ensemble du pays, essentiellement à Anjouan, entraîne une certaine réduction de la précision des estimations, principalement au niveau de cette île, et de manière non négligeable pour l'ensemble du pays. Partant des 3678 ménages effectivement enquêtés, les taux de réponses des ménages et des personnes enquêtés se présentent comme indiqué au tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1: Nombre de ménages et de femmes, et taux de réponse, Comores, 2000

	Urbain	Rural	Total
Ménages effectivement sélectionnés	1166	2512	3678
Ménages Occupés	1166	2512	3678
Ménages enquêtés	1165	2512	3677
Taux de réponse des ménages	99.9	100.0	100.0
Femmes Eligibles	2086	4264	6350
Femmes Interviewées	1673	3569	5242
Taux de réponse des femmes	80.2	83.7	82.6
Enfants de moins de 5 ans	1707	3893	5600
Enfants interviewés de moins de 5 ans	1504	3366	4870
Taux de réponse enfants	88.1	86.5	87.0

Ce tableau appelle trois observations : d'abord, le taux de réponses des ménages (100%) doit être nuancé par le fait que sur le terrain, des remplacements ont été faits pour les ménages où l'on ne trouvait personne après deux ou trois passages. Ces remplacements restent d'ampleur limitée, mais ils n'ont pas été systématiquement comptés et documentés. Ensuite le taux de réponses des femmes de 15-49 ans (82,6%) est plutôt bas; les 17% de non-enquêtées pourraient être spécifiques et occasionner un biais par leur absence. Mais ce biais est minimisé par le fait qu'au moins on a enquêté une femme de 15-49 ans dans chaque ménage. Enfin, le taux de réponses concernant les enfants de moins de cinq ans (87%), bien que supérieur à celui des femmes, reste insuffisant. Mais ici, on a également enquêté au moins un enfant de moins de cinq ans dans chaque ménage.

III.2 La distribution par âge des enquêtés

L'âge est une variable démographique de base essentielle dans une étude comme la MICS. Presque tous les indicateurs, en particulier ceux relatifs aux enfants, ont une grande sensibilité par rapport à l'âge et par suite, une mauvaise connaissance de celui-ci par les enquêtés affecte pratiquement tous les résultats. Les données de la MICS des Comores s'avèrent précisément

être entachée d'importantes erreurs en raison d'une mauvaise appréciation des âges. Parmi les enfants présentés comme ayant moins de cinq ans par les mères, pour 22 %, on n'a pas pu avoir la date de naissance précise.

Tableau 2: Distribution de la population des ménages par année d'âge et par sexe, Comores, 2000

Age (ans)	Masculin		Féminin		Age (ans)	Masculin		Féminin	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
0	560	4.2	497	3.6	37	101	0.8	136	1.0
1	572	4.3	489	3.5	38	139	1.0	133	1.0
2	575	4.3	516	3.7	39	75	0.6	100	0.7
3	606	4.6	626	4.5	40	280	2.1	262	1.9
4	580	4.4	574	4.2	41	51	0.4	37	0.3
5	499	3.8	378	2.7	42	116	0.9	49	0.4
6	409	3.1	443	3.2	43	46	0.3	40	0.3
7	430	3.2	385	2.8	44	47	0.4	30	0.2
8	488	3.7	420	3.0	45	162	1.2	114	0.8
9	345	2.6	352	2.5	46	47	0.4	34	0.2
10	499	3.8	424	3.1	47	65	0.5	31	0.2
11	289	2.2	256	1.9	48	58	0.4	44	0.3
12	376	2.8	329	2.4	49	50	0.4	102	0.7
13	301	2.3	310	2.2	50	231	1.7	213	1.5
14	288	2.2	366	2.6	51	23	0.2	13	0.1
15	342	2.6	415	3.0	52	51	0.4	58	0.4
16	263	2.0	364	2.6	53	30	0.2	26	0.2
17	236	1.8	302	2.2	54	37	0.3	29	0.2
18	301	2.3	341	2.5	55	81	0.6	54	0.4
19	188	1.4	241	1.7	56	38	0.3	25	0.2
20	284	2.1	452	3.3	57	17	0.1	29	0.2
21	90	0.7	149	1.1	58	32	0.2	23	0.2
22	131	1.0	276	2.0	59	18	0.1	8	0.1
23	115	0.9	217	1.6	60	168	1.3	150	1.1
24	104	0.8	146	1.1	61	7	0.1	6	0.0
25	212	1.6	313	2.3	62	22	0.2	15	0.1
26	102	0.8	183	1.3	63	9	0.1	11	0.1
27	114	0.9	220	1.6	64	12	0.1	5	0.0
28	150	1.1	246	1.8	65	52	0.4	35	0.3
29	80	0.6	127	0.9	66	9	0.1	9	0.1
30	289	2.2	432	3.1	67	8	0.1	7	0.1
31	55	0.4	87	0.6	68	10	0.1	19	0.1
32	126	1.0	174	1.3	69	5	0.0	7	0.1
33	83	0.6	115	0.8	70+	218	1.6	197	1.4
34	80	0.6	88	0.6	Manquant	461	3.5	155	1.1
35	202	1.5	212	1.5					
36	107	0.8	142	1.0	Total	13247	100.0	13813	100.0

Le tableau 2 ci-dessus qui donne la distribution des enquêtés par année d'âge et le graphique 1, ci-après, montrant la pyramide y afférente montrent ce qui suit :

- Les enfants de moins de cinq ans représentent 20,7% de la population des ménages enquêtés. Ceci va à l'encontre des estimations du recensement général de 1991 et de l'enquête EDS de 1996 qui donnent respectivement 14,6% et 14,5%. Les données de la MICS souffrent vraisemblablement d'une importante distorsion à ce niveau. Il semble que les mères aient rajeuni leurs enfants. En effet, ces trois dernières années, le pays connaît une crise sans précédent. Donc, cette distorsion pourrait s'expliquer en partie par les migrations des adultes d'Anjouan vers les autres îles.

- La pyramide par année d'âge montre au niveau des adultes d'impressionnants effets d'attraction des âges ronds, tant au niveau des hommes qu'à celui des femmes.
- Le calcul de l'indice de Whipple (Iw) pour quantifier la magnitude de l'attraction des âges ronds confirme les observations, avec $Iw=2,04$ pour l'ensemble. On estime⁵ en général que si Iw est supérieur à 1,75, les données sur l'âge sont très grossières. L'indice de MYERS, en plus des âges terminés par 0 et 5, montre une légère attraction des âges terminés par 8. Mais l'indice combiné des Nations unies montre aussi que cette distorsion pourrait s'expliquer par la taille de la population enquêtée et l'effet des migrations (Annexe A).

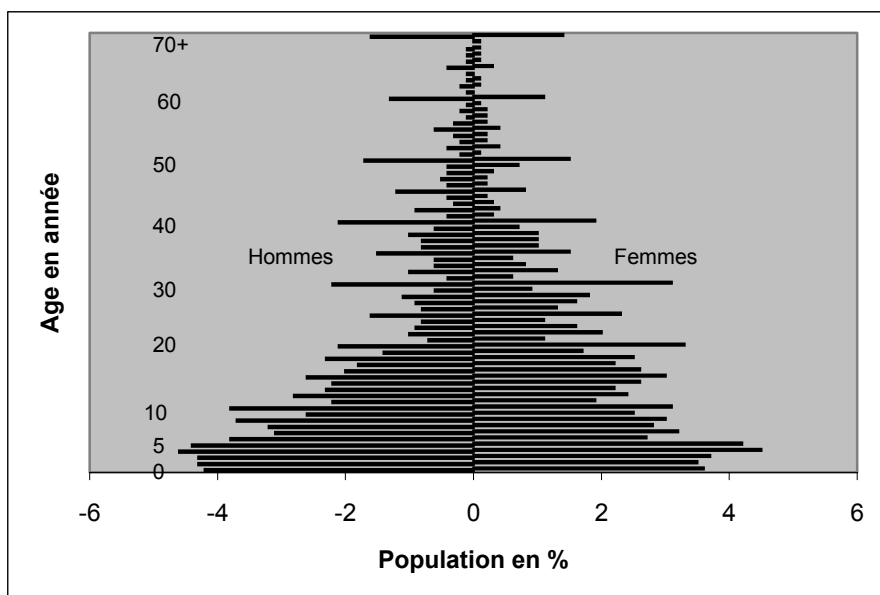


Figure 1: Pyramide par année d'âge, selon l'échantillon de la MICS des Comores.

Tableau 3: Pourcentage de cas d'informations manquantes, Comores, 2000

	Population de Référence	Pourcentage de manquant	Nombre
Niveau d'Education	Membres du ménage	3.7	10598
Classe	Membres du ménage	3.5	10564
Nombre d'heures de travail hors ménage	Les enfants âgées de 5-14 ans qui travaillent	33.1	1785
Date de naissance complète	Femmes âgées de 15-49 ans	13.3	5242
Date de la dernière dose de TT	Femmes ayant eu une naissance vivante durant l'année précédant l'enquête	15.1	384
Testées pour le VIH	Femmes âgées de 15-49 ans	1.9	4570
Date Naissance complète	Enfants de moins de 5 ans	0.0	4870
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	Enfants de moins de 5 ans	1.1	4870
Poids	Enfants de moins de 5 ans	0.0	4870
Taille	Enfants de moins de 5 ans	4.3	4870

⁵ Voir « Structures par age en Afrique » par D. Waltisperg et all. ; Groupe de Démographie Africaine ; 1983

III.3 Qualité des données par module du questionnaire.

<i>Modules du Questionnaire</i>	<i>Observations</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de l'habitat. • Eau et assainissement. • Sel iodé. 	Les données sont de qualité tout à fait acceptable, mais concernant les pourcentages de population ayant accès à l'eau potable ou à des latrines salubres, il est nécessaire de procéder à une adaptation des concepts aux réalités des Comores.
<ul style="list-style-type: none"> • Education préscolaire. • Education de base. • Alphabétisation des adultes. 	L'école coranique est une réalité omniprésente aux Comores et cette réalité a certainement influencé les données du préscolaire et de l'alphabétisation des adultes. Pour l'éducation de base, les questions ED18 et ED19 ont été mal comprises par les répondants avec 22% de non-réponse. Au moment de l'enquête, certaines écoles fonctionnaient mais d'autres étaient en vacances ou en grève. Les taux nets de fréquentation scolaire qu'on en déduit (30%) sont de loin inférieurs aux statistiques de routine du Ministère de l'Education Nationale qui donnent un Taux Net de scolarisation de 60% pour l'année scolaire 1998/1999. On a estimé plus approprié de considérer plutôt les données statistiques du ministère de l'éducation. Mais il faut noter que les grèves à répétition ont une incidence non négligeable sur la fréquentation scolaire des enfants surtout en milieu rural.
<ul style="list-style-type: none"> • Les orphelins. • Le travail des enfants. • Enregistrement des naissances. 	Données normales, mais une analyse approfondie nécessite une production de tableaux supplémentaires.
<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité des enfants. • Mortalité maternelle. 	Des distorsions dues en particulier aux mauvaises déclarations sur les âges des enquêtés font que les estimations de ces indicateurs ne représentent que des ordres de grandeur.
<ul style="list-style-type: none"> • Anatoxine tétanique. 	Données satisfaisantes: sur 5242 femmes interviewées, il y a 1247 qui ont eu une naissance dans les 12 derniers mois précédents l'enquête.
<ul style="list-style-type: none"> • Soins prénatals et assistance à l'accouchement. • PF et VIH/Sida. 	Données normales permettant d'accéder à un rapport de qualité.
<ul style="list-style-type: none"> • Vitamine A. 	Données imprécises avec 35% de non-réponses. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la question n'a pas été claire pour les enquêtées. Les enquêteurs n'avaient pas de capsules de vitamine A à la Grande comore et à Anjouan pour montrer aux femmes à titre d'illustration de la question. Mais cela pourrait s'expliquer aussi par le fait que le programme de distribution de vitamine A a cessé depuis quelques années.
<ul style="list-style-type: none"> • Allaitement maternel. 	5 % des nourrissons n'ont pas été allaités entre 0 et 1 mois. Cette proportion est très importante. Cela reflète-t-il un phénomène réel ou une mauvaise

	compréhension par les enquêtées et mauvaise interprétation des enquêteurs.
<ul style="list-style-type: none"> • Traitement des maladies des enfants (diarrhées, IRA...). • Paludisme. 	Les données sont assez claires pour les diarrhées, mais les IRA sont assimilées à la toux et le paludisme à la fièvre; ce qui induit des réponses approximatives, et des données peu fiables, difficiles à utiliser pour des comparaisons.
<ul style="list-style-type: none"> • Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois 	Données cohérentes.
<ul style="list-style-type: none"> • Mesures anthropométriques 	<p>Par rapport à la population de référence, les 4870 enfants de moins de cinq ans identifiés sont répartis comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3,5 % dont la taille ne correspond pas à l'âge donné (1); ▪ 2,5 % dont le poids ne correspond pas à la taille donnée(2) ; ▪ 17,4% présentent les deux anomalies 1&2 ci-dessus ▪ 0,1% dont le poids ne correspond pas à l'âge donné (3) ; ▪ 0,4% présentent les deux anomalies : 1&3 ▪ 4,8% présentent les deux anomalies :2&3 ▪ 5,4%présentent les trois anomalies : 1,2 &3 ▪ 66% ont tous les paramètres pour calculer les différents index anthropométriques. <p>Donc en tout ce sont 34% des enfants qui ont été exclus des calculs des indices nutritionnels pour raisons de mesures incohérentes. Les tableaux d'analyse de données portent donc sur 66 % des enfants et dans ces conditions, il n'est pas exclu qu'il y ait des biais. Le matériel anthropométrique adéquat était insuffisant en raison du grand nombre d'enquêteurs engagés. De plus, la formation était également insuffisante, en particulier à Anjouan.</p> <p>Ces données sont à prendre avec beaucoup de précautions, en particulier pour les comparaisons.</p> <p>Les 3210 enfants qui ont fait l'objet de l'analyse sont répartis comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8% à Mohéli, 31% à Anjouan et 61% en Grande Comore. ▪ 33% d'origine Urbaine et 67% d'origine rurale

III.4 Caractéristiques des ménages et des enquêtés

Le tableau 4 ci-dessous donne une répartition des ménages par caractéristiques socio-démographiques. Les points saillants sont les suivants:

- L'échantillon des ménages est urbain à 32% et rural à 68%,
- Les ménages proviennent de l'île de Ngazidja à 64%, d'Anjouan à 28% et de Mohéli à 8%.
- Le nombre moyen de résidents par ménage est de 6 pour l'ensemble du pays.

- Il y a de fortes chances de trouver dans chaque ménage au moins une femme de 15-49 ans ou un enfant de moins 15 ans ou de moins de 5 ans

Tableau 4: Distribution des pourcentages de ménages par principales caractéristiques, Comores, 2000

	Pourcentage	Nombre	Pondération
Mohéli	7,9	289	289
Anjouan	28,3	1042	1042
Grande Comore	63,8	2347	2347
Urbain	31,7	1166	1166
Rural	68,3	2512	2512
Taille du ménage			
1	0,1	5	5
2-3	4,7	172	172
4-5	21,3	785	785
6-7	28,4	1045	1045
8-9	23,4	859	859
10+	22,1	812	812
Total	100	3678	3678
Au moins 1 enfant d'âge < 15	99,6	3678	3678
Au moins 1 enfant d'âge < 5	97,0	3678	3678
Au moins 1 femme d'âge 15-49	99,5	3678	3678

La répartition des femmes de 15-49 ans par caractéristiques socio-démographiques est donnée au tableau 5. On observe essentiellement que:

- La répartition des femmes par île et par secteur de résidence est similaire à celle des ménages; ce qui est normal.
- La répartition des femmes par groupe d'âge est maximale à 15-19 ans (21,6%), minimale à 44-49 ans (5,1%), mais l'évolution entre ces extrémités est irrégulière, sans doute à cause des erreurs de déclaration sur l'âge.
- Les femmes de 15-49 ans seraient mariées à 65% et célibataires à 26%. Ces pourcentages sont sensiblement différents de ceux de EDS/1996 qui donne 54% de "mariées / en union" et 40% de célibataires.
- Parmi les femmes de 15-49 ans, 70% ont déjà mis au monde au moins une naissance vivante.
- Les femmes de 15-49 ans sont sans éducation formelle à 55%, elles ont une éducation du niveau primaire à 16% et une éducation du niveau secondaire et plus à 17 %.

Tableau 5: Distribution des pourcentages des femmes de 15-49 ans par principales caractéristiques, Comores, 2000

	Pourcentage	Nombre	Pondération
Mohéli	7,3	381	400
Anjouan	30,4	1594	1615
Grande Comore	62,3	3267	3227
Milieu de résidence			
Urbain	22,5	1179	1673
Rural	77,5	4063	3569
Age			
15-19	22,1	1157	1131
20-24	18,7	981	988
25-29	18,7	982	994
30-34	15,6	815	825
35-39	12,7	667	680
40-44	7,0	365	356
45-49	5,2	274	268
Statut matrimonial			
Marié(e)/en union	64,8	3393	3395
Etait mariée	9,1	477	476
Jamais mariée	26,1	1365	1365
A donnée naissance à des enfants			
Oui	70,3	3684	3692
Non	29,7	1557	1549
Niveau d'éducation de la mère			
Aucun	57,3	3005	2897
Primaire	19,0	994	980
Primaire	19,0	994	980
Secondaire et +	20,7	1087	1209
Secondaire et +	20,7	1087	1209
Programme non-formel	1,7	92	93
Programme non-formel	1,7	92	93
Total	100	5242	5242
Total	100	5242	5242

Quant aux enfants de moins de 5, le tableau 6 ci-dessous indique leur distribution selon des variables socio-démographiques similaires. On observe que:

- Ces enfants se composent de 51,6% de garçons et de 48,4% de filles. Cette situation est dans l'ordre des choses même si dans la population totale de l'échantillon les femmes sont majoritaires (51%).

- Leur répartition par île et par secteur de résidence est similaire à la répartition des ménages.
- La répartition par âge des enfants est atypique car elle augmente régulièrement de 0 à 3 ans de 19% à 21,8% avant de décroître à 19,4% à 4 ans. Ce phénomène est à mettre sur le compte des erreurs de déclarations d'âge.
- Parmi ces enfants de moins de cinq ans, 64% sont de mères sans instruction, 16% de mères d'instruction primaire et 16.7% de mères d'instruction secondaire et plus.

Tableau 6: Distribution des pourcentages des enfants de moins de 5 ans par principales caractéristiques, Comores, 2000

	Pourcentage	Nombre	Pondération
Masculin	51,9	2529	2515
Féminin	48,1	2341	2355
Mohéli	7,7	374	387
Anjouan	33,0	1609	1565
Grande Comore	59,3	2887	2918
Urbain	20,8	1014	1504
Rural	79,2	3856	3366
Age			
< 6 Mois	9,6	469	462
6-11 Mois	9,4	457	461
12-23 Mois	19,6	956	956
24-35 Mois	20,1	979	984
36-47 Mois	21,8	1062	1058
48-59 Mois	19,4	942	943
Niveau d'éducation de la mère			
Aucun	67,0	3264	3119
Primaire	15,3	746	777
Secondaire	14,3	697	815
Programme non-formel	2,0	95	96
Programme non-formel	2,0	95	96
Total	100,0	4870	4870

IV/ LES RESULTATS.

A1 MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE.

Le niveau et la structure de la mortalité des jeunes enfants de moins de cinq ans sont maintenant internationalement reconnus comme des indicateurs particulièrement révélateurs du niveau de développement social des Pays. Ils constituent, avec le taux d'alphabétisation des adultes et le produit national brut par habitant, les trois indicateurs entrant dans la définition de l'indice de développement humain du PNUD. De plus en plus, les pays s'efforcent de mesurer ces indicateurs au moins deux ou trois fois par décennie. Aux Comores, au cours des dix dernières années, la mortalité des jeunes enfants a été mesurée au niveau national dans trois enquêtes :

- Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1991,
- L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 1996,
- L'enquête à indicateurs multiples (MICS) en 2000.

La MICS a recueilli, à travers son module sur la mortalité des enfants, des données permettant de calculer les parités moyennes des femmes par groupe d'âge et la proportion d'enfants décédés par groupe d'âge des femmes (cf Tableau 7). La méthode de Brass, classique parmi les méthodes indirectes d'estimation de la mortalité des enfants dans les pays à statistiques imparfaites, a ensuite été mise en œuvre. Cette technique utilise les parités moyennes des femmes par groupe d'âge et la proportion d'enfants décédés pour calculer les indicateurs de mortalité des enfants (voir les tableaux des deux pages suivantes). Cette méthode a été également appliquée aux données du recensement général de 1991 sur la mortalité.

Tableau 7: Nombre moyen d'enfants nés vivants (CEB) et proportion d'enfants décédés par âge de la mère, Comores, 2000

	Nombre moyen des CEB	Proportion décédée	Nombre de femmes
Age (ans)			
15-19	0,370	0,033	1157
20-24	1,514	0,068	981
25-29	2,927	0,067	982
30-34	4,531	0,080	815
35-39	6,010	0,098	667
40-44	6,984	0,096	365
45-49	6,987	0,145	274
Total	3,235	0,089	5242

L'application de la méthode de Brass, avec les mêmes hypothèses qu'au recensement de 1991, donne les résultats repris dans le tableau 8 ci-après pour l'ensemble du pays et pour le milieu rural qui compte les 2/3 de la population totale. (Il est apparu hasardeux de tenter des

estimations sur de sous populations plus réduites : population urbaine ou populations par sexe...).

Tableau 8: Taux de mortalité infantile et Taux de mortalité infanto-juvénile, Comores

	Taux de mortalité infantile	Taux de mortalité infanto-juvénile (des moins de 5 ans)	Quotient de mortalité juvénile 4q1
Milieu rural	62 pour 1000	77 pour 1000	17 pour 1000
Total	59 pour 1000	74 pour 1000	15 pour 1000

Date de Référence 1998

La taille de l'échantillon n'a pas permis de calculer les indicateurs pour le milieu urbain.

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 1, 9

Pour comparaison, voici les résultats fournis par les enquêtes précédentes :

<i>Quotients</i>	<i>RGPH/1991</i>	<i>EDS/1996</i>
Quotient de mortalité infantile	86 pour 1000	77 pour 1000
Quotient de mortalité juvénile	48 pour 1000	29 pour 1000
Quotient de mortalité infanto-juvénile	130 pour 1000	104 pour 1000

Cependant, compte tenu des insuffisances mentionnées sur les données⁶, il convient de considérer les données de la MICS juste comme des ordres de grandeur.

A2 MORTALITE MATERNELLE.

Chaque année plus d'un demi million de femmes meurent dans le monde des suites d'une grossesse ou d'un accouchement, alors que l'utilisation des moyens actuels permettrait de prévenir la majorité de ces décès. Ainsi, là où les ressources et l'engagement nécessaires existent, l'application des connaissances actuelles sur les soins maternels et la planification familiale parviennent généralement à réduire les taux de mortalité.

Aux Comores, selon les estimations de l'UNICEF/OMS, la mortalité maternelle était de l'ordre de 500 à 950 décès maternels pour 100 000 naissances.

Pour la décennie, le Gouvernement comorien, avec le concours de ses partenaires, plus particulièrement l'UNICEF, le FNUAP, l'OMS et le PNUD, avait pour objectifs de :

- Réduire de moitié le taux de mortalité maternelle ;
- Faciliter l'accès de tous les couples à l'information et aux services permettant d'éviter les grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives et trop nombreuses ;
- Faciliter l'accès de toutes les femmes enceintes à des soins prénatals, à l'assistance adéquate d'un personnel de santé qualifié pendant l'accouchement et à des services d'orientation-recours pour les grossesses à haut risque et les urgences obstétricales.

⁶ Voir partie III : Qualité des données et caractéristiques des répondants

Au cours de l'enquête MICS, on a collecté des informations concernant la survie des sœurs des enquêtées. A chaque femme enquêtée, on a posé quatre questions sur la survie de ses sœurs :

- Combien avez-vous de sœurs (issues de votre mère) qui ont atteint l'âge de 15 ans, y compris celles qui sont aujourd'hui décédées ?
- Combien, parmi vos sœurs ayant atteint l'âge de 15 ans, sont en vie aujourd'hui ?
- Combien, parmi vos sœurs ayant atteint l'âge de 15 ans, sont aujourd'hui décédées ?
- Combien, parmi vos sœurs décédées sont mortes lorsqu'elles étaient enceintes, durant l'accouchement ou durant la période de 6 semaines suivant l'accouchement ?

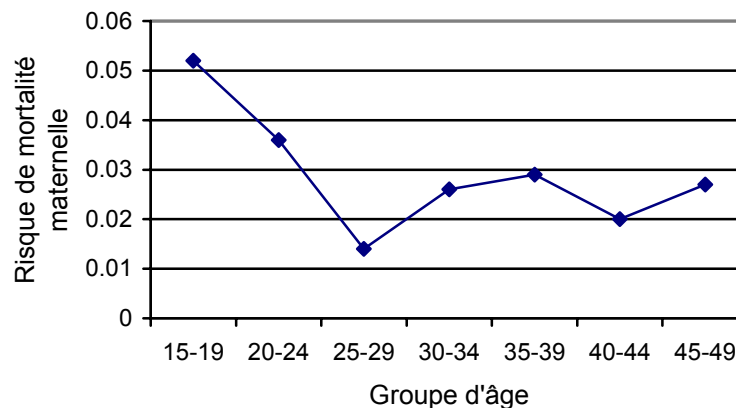
Ces informations nous permettent d'estimer le niveau de la mortalité maternelle en utilisant la méthode indirecte (Graham et al, 1989). C'est la première estimation du taux de mortalité maternelle sur base d'enquête nationale. Cette méthode estime le risque, pour toutes les sœurs, de décéder de causes maternelles durant la période de procréation. L'estimation du niveau de la mortalité maternelle est le reflet des conditions de mortalité qui correspondent à une période dont le milieu se situerait, approximativement à 12 ans avant l'enquête, soit en 1988. L'échantillon permettant d'utiliser cette méthode doit comprendre de 3000 à 6000 femmes.

Estimation indirecte de la mortalité maternelle

Les données sont agrégées par groupe quinquennal d'âge des enquêtées. Pour chaque groupe d'âges, les informations sur le nombre de décès maternels parmi toutes les sœurs de 15 ans et plus et sur le nombre de sœurs/unités d'exposition au risque, sont utilisées pour estimer le risque de décéder sur la durée de vie par cause maternelle. Il convient cependant de dire que l'estimation faite n'est qu'un ordre de grandeur.

Le profil théorique de la structure du risque de mortalité maternelle par groupe d'âge des femmes est régulier avec des maximums aux âges où la femme court le plus de risques de décès maternel (bas âges et âges élevés : moins de 20 ans et plus de 35 ans) et le minimum entre 20 et 34 ans, où la femme a la maturité maternelle. Le profil de la MICS est anormalement irrégulier aux âges élevés entre, 40 et 49 ans, sans doute en raison de la mauvaise déclaration de l'âge.

Figure 2 : Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie



L'estimation indirecte de la mortalité maternelle est présentée au tableau 8a de la page suivante. Les estimations du risque de décéder sur la durée de vie pour cause maternelle,

varient de 0,014 à 0,052 selon le groupe d'âge. Quand on considère l'ensemble des enquêtées, le risque de décès maternel sur la durée de vie est égal à 0,026 ; ce qui veut dire qu'une femme sur 26 court le risque de décéder pour cette cause, pendant les âges de procréation. Cette valeur peut être transformée en une estimation du taux de mortalité maternelle (décès maternels pour cent mille naissances vivantes). L'estimation centrée à environ 12 ans avant l'enquête soit 1988, est de 517 pour cent mille.

L'estimation indirecte fournit ainsi un taux de 517 décès maternels sur 100 000 naissances, ce qui représente une moyenne couvrant une longue période, située approximativement à 12 ans avant l'enquête, soit 1988. En comparant avec Madagascar, le niveau de la mortalité maternelle est presque équivalent. En effet, selon l'enquête EDS malgache de 1997, le taux de mortalité maternelle se situe entre 500 à 600 décès maternels pour 100 000 naissances durant la période 1980-1990. Ces niveaux élevés du taux de mortalité maternelle pourraient s'expliquer par les conditions socio-sanitaires des femmes en âge de procréer. Nombreuses sont les mères qui n'ont pas accès à des services de soins de santé modernes pour des raisons financières. Selon les données de l'enquête EDS de 1996, 57 % les femmes accouchent en dehors de tout établissement sanitaire. De plus, aujourd'hui, les données de la MICS montrent que 38% d'entre elles accouchent avec l'aide de personnes non qualifiées, certains sans aucune aide.

Tableau 8a : estimation indirecte de la mortalité maternelle

Groupe d'âge	Nbre de femmes enquêtées	Nbre de sœurs de 15 ans ou plus	Nbre de sœurs ajustés*	Nbre de sœurs décédées	Nbre de décès maternels	Facteur d'ajustement pour exposition	Unité de risque ajustée	Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie	Proportion de décès maternels
15-19	1083	1787	4148	127	23	0.1070	443,9	0,052	18,1
20-24	954	2136	4959	140	37	0.2060	1021,5	0,036	26,4
25-29	959	2241	5202	133	25	0.3430	1784,4	0,014	18,8
30-34	790	1855	1855	149	24	0.5030	933,1	0,026	16,1
35-39	662	1616	1616	179	31	0.6640	1073,0	0,029	17,3
40-44	344	741	741	84	12	0.8020	594,3	0,020	14,3
45-49	257	575	575	77	14	0.9000	517,5	0,027	18,2
Total	5049	10966	19096	889	166		6368	0,026	18,7

* Le nombre de sœurs dans les trois premiers groupes d'âges a été ajusté en multipliant le nombre d'enquêtées par le nombre moyen des sœurs chez les enquêtées de 30 ans et plus.

Le taux de mortalité maternelle (TMM)

$TMM = (1 - [1 - RDV]_{ISF}^{\frac{1}{5,1}}) * 100000$, où ISF est l'indice synthétique de fécondité (5,1 enfants / femme, EDS, 96) et le RDV est le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie.

$TMM = (1 - [1 - 0,026]_{5,1}^{\frac{1}{5,1}}) * 100000 = 517$ pour cent mille naissances

B. EDUCATION.

Depuis leur accession à l'indépendance en 1975, les Comores ont entrepris une série de réformes tendant à adapter l'enseignement aux réalités socio-économiques nationales et de faire de ce secteur un des leviers du développement. Les objectifs les plus importants restent ceux retenus dans la Réforme de l'Education arrêtée en 1976, en coopération avec l'UNESCO et l'UNICEF, et dont les grandes orientations s'inspiraient du concept « d'éducation communautaire ou éducation de base », développé par ces deux institutions, en concertation avec un certain nombre de pays de la sous-région de l'Afrique de l'Est. Ce concept vise notamment à :

- donner à tous les enfants la possibilité de recevoir une éducation de base destinée à les adapter activement à leur milieu physique et humain, qu'ils doivent connaître et maîtriser pour savoir le transformer.
- faire de la communauté de base une communauté éducative, participant activement à la formation et à l'éducation des enfants.
- ouvrir l'école à la société et en faire un pôle de développement.

On peut dire que ces grandes orientations servent depuis de référence à toutes les réformes entreprises et influencent le contenu des lois et règlements en vigueur.

En conformité avec ces orientations, et pour répondre à la forte demande d'éducation en croissance continue, les efforts ont porté principalement sur :

- le renforcement des capacités institutionnelles,
- les constructions et les équipements scolaires, essentiellement au niveau du primaire,
- la formation des enseignants,
- le développement de l'enseignement technique et professionnel.

Pour la clarté du Rapport, on retiendra que deux systèmes éducatifs distincts sont en vigueur aux Comores, et que chaque enfant peut les suivre, parallèlement ou successivement. Il s'agit d'une part de, l'enseignement coranique traditionnel introduit par l'islam, et d'autre part, de l'enseignement moderne, d'inspiration et de conception françaises. Le système éducatif s'organise sur quatre niveaux qui sont :

- l'enseignement préélémentaire,
- l'enseignement élémentaire ou éducation de base,
- l'enseignement secondaire et
- l'enseignement supérieur.

Compte tenu du cadre fixé à ce rapport, seuls les deux premiers niveaux seront traités.

B.1. L'enseignement préélémentaire ou (préscolaire).

L'objectif 26 du SME porte sur « l'expansion des activités de développement du jeune enfant, y compris les interventions appropriées à faible coût axées sur la collectivité et sur la

famille ».En ce domaine du préscolaire, voici les principaux programmes et actions qui ont été entrepris.

L'école coranique.

C'est la plus vieille institution d'éducation du Pays. Elle accueille encore- la quasi-totalité des enfants comoriens de l'âge de 3-4 ans jusqu'à la puberté, et même au-delà. Dans sa forme traditionnelle toujours en vigueur, elle échappe à tout contrôle de l'Etat et fonctionne sous l'autorité du seul maître coranique. Pour se faire une idée de l'importance de cette institution, on retiendra qu'en 1999, selon les estimations statistiques du Ministère de l'Education, elle accueillait 95 440 élèves, tous âges confondus, dont 49% de filles. Le taux brut de scolarisation s'établissait alors à 180,3% pour les garçons et à 177,7% pour les filles, au niveau des trois îles. En raison de son poids démographique, et du fait qu'elle est pratiquement la seule structure d'accueil pour les enfants de 3 à 5 ans visés par la MICS, il est indiqué d'en faire état, même si ses activités ne coïncident pas avec celles généralement organisées pour les jeunes enfants de cet âge.

Fonctionnant en symbiose avec la communauté, l'école coranique apparaît à beaucoup d'observateurs comme un modèle possible d'enseignement démocratique, notamment, grâce à sa présence effective sur l'ensemble de toutes les localités, grâce surtout à son mode de recrutement sans discrimination aucune, ni sociale, ni économique, grâce enfin à la mission qu'elle s'était assignée et réussie de scolarisation universelle. Mais la grande considération dont elle jouit tient en grande partie à sa mission première de structure d'intégration sociale par l'éducation islamique.

Les enfants y apprennent à lire le coran et les opuscules de base sur les pratiques culturelles que le maître traduit de l'arabe au comorien. Mais, à travers l'enseignement religieux qui y est dispensé, les enfants apprennent aussi de fait les valeurs culturelles de la communauté en même temps que leur pratique. Dans la plupart des cas, les enfants apprennent aussi à écrire les caractères arabes, de sorte que par un phénomène de transfert -non programmé- ceux qui ont fréquenté l'école coranique peuvent communiquer par écrit en transcrivant le comorien avec les caractères arabes. L'enseignement se fait en langue comorienne, et dans de très rares cas, en arabe.

Depuis la réforme de l'enseignement de 1976, les Autorités nationales ont pris conscience de l'avantage qu'il y avait à intégrer cet enseignement dans le système public, en y introduisant les activités d'éveil pour les jeunes du préscolaire qui y sont inscrits, tout en maintenant sa vocation religieuse. C'est de cette réflexion qu'est né le concept d'école coranique rénovée.

L'école coranique rénovée.

Pour développer un enseignement préscolaire accessible au grand nombre, cette formule est sans doute la plus pertinente et la plus prometteuse. Retenue déjà en 1977 par l'Etat comme susceptible d'assurer l'enseignement préscolaire à tous les enfants concernés, l'école coranique traditionnelle a fait l'objet de grands débats lors de la Table Ronde Nationale sur l'Education et l'Alphabétisation et à l'occasion des Etats Généraux de l'Education tenus en 1994 à Moroni. A ces deux occasions, les participants ont tous soutenu l'idée de confier aux écoles coraniques les missions d'un enseignement préscolaire adapté au contexte et à la vocation de cette institution.. L'unanimité s'était faite d'autant plus aisément que le Ministère

de l'Education avait présenté les résultats obtenus dans la phase expérimentale de cette formule, phase qui s'est déroulée de 1982 à 1987, dans 24 écoles coraniques pilotes réparties sur les 3 îles, grâce à l'appui de l'UNICEF.

Mais cette option ne connut jamais le développement qu'elle méritait. En effet, en contrepartie des efforts d'apprentissage, d'adaptation, et de mise en œuvre des nouveaux savoir-faire requis, les maîtres coraniques demandèrent à devenir des salariés de l'Etat. Et devant l'importance de la dépense, celui-ci a reculé, enterrant du même coup un projet qui, à ce jour, n'a rien perdu de sa pertinence...

les classes d'éveil.

C'est dans le prolongement de la Table Ronde Nationale de 1990 qu'elles furent expérimentées, de 1990 à 1994. D'une durée d'une année, elles étaient conçues pour assurer aux enfants de 5-6 ans une transition d'adaptation entre l'école coranique et l'enseignement primaire à l'accès duquel ils devaient être préparés. Mais pour des raisons en grande partie financières, l'expérimentation a été interrompue. Il faut dire aussi que la Loi d'Orientation de 1994 qui ramenait de 7 à 6 ans l'âge d'entrée à l'école élémentaire rendait caduque l'application de cette formule.

les centres préscolaires.

Contrairement aux formules précédentes qui sont le fait de l'Etat, ces établissements sont de conception communautaire. Elles se veulent une synthèse harmonieuse entre l'école coranique traditionnelle et l'école maternelle moderne, tout en étant, par leur implantation comme par leur coût, beaucoup plus accessibles que les écoles maternelles. Mais à l'expérience, il faut reconnaître, qu'en réalité, elles sont loin d'être à la portée des familles modestes. De fait, leur véritable intérêt et leur originalité sont d'avoir su prendre en compte la priorité que la grande majorité des parents accordent à la formation religieuse de leurs jeunes enfants.

Les écoles maternelles.

D'introduction très récente, et très largement influencées par le système éducatif français, elles sont pratiquement privées, urbaines, et relativement chères. Leur nombre est très restreint, et elles sont essentiellement localisées dans les villes principales. Elles organisent les activités d'éveil propres à leur vocation et adaptées aux enfants de 3 à 5 ans. De fait, ces institutions sont très marginales dans le système, et sont l'apanage de familles plutôt aisées qui choisissent ce type d'école avant tout pour assurer à leur progéniture une initiation aussi précoce que possible au maniement du français, dont la maîtrise est considérée comme indispensable à toute réussite scolaire. C'est dire que peu de familles comprennent l'atout capital que représente le préscolaire pour l'éveil et l'épanouissement des enfants.

Evaluation des résultats.

Après cette revue de toutes les formules et actions en faveur de l'enseignement préscolaire, voici les résultats obtenus, selon l'enquête de la MICS, sont présentés au Tableau 9 suivant.

Tableau 9: Pourcentage des enfants âgés de 36-59 mois qui fréquentent une forme organisée de programme d'éducation pré-scolaire, Comores, 2000

	Fréquentent un Programme d'éducation préscolaire	Nombre d'enfants
Masculin	13,42	1013
Féminin	15,25	992
Mohéli	9,80	154
Anjouan	9,01	734
Grande Comore	18,44	1116
Urbain	24,21	421
Rural	11,70	1584
Age		
36-47 Mois	9,94	1062
48-59 Mois	19,26	942
Niveau d'éducation de la mère		
Aucun	11,24	1421
Primaire	15,48	251
Secondaire et plus	27,88	262
Programme non-formel	25,70	48
Total	14,32	2004

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants=> Numéro 26

Comme il apparaît dans ce tableau, 14,3% d'enfants âgés de 36 à 59 mois fréquentent un établissement d'enseignement préscolaire conforme au standard pédagogique propre à ce type d'institution. Le taux des filles, évalué à 15,2%, est supérieur à celui des garçons, 13,4%, sans que l'on puisse réellement interpréter cette différence comme l'expression d'un renversement de tendance dans les traditions familiales en matière de scolarisation. Entre l'île de la Grande Comore, 18,4% et les autres îles créditées respectivement de 9,8% pour Mohéli et 9% pour Anjouan, la différence est assez significative. Cela s'explique par le fait que c'est sur cette île que se trouve Moroni, la Capitale qui concentre la quasi-totalité de la population appartenant à la classe politique, administrative et économique privilégiée, capable de prendre en charge les droits d'écolage. La distribution de ce taux entre le milieu urbain 24% et le milieu rural 11,7% au détriment de ce dernier, tend à confirmer cette réalité. Seuls 9,9% des enfants âgés de 3 ans (37 à 47 mois) fréquentent le préscolaire, tandis que pour leurs aînés âgés de 48 à 59 mois, ce taux est relativement plus élevé, puisqu'il passe à 19,3%.

Enfin, on peut noter que le taux des enfants scolarisés est plus élevé (27,9%) quand la mère a atteint une scolarité du niveau du secondaire, contre (15,5%) quand la mère n'a atteint que le niveau du primaire. Ces chiffres tendent à montrer que plus le niveau d'instruction de la mère est élevé, plus le taux de fréquentation des enfants l'est aussi.

Nous pensons que ces résultats doivent être pondérés. En effet, si l'on appliquait à la lettre la définition du préscolaire tel que fixée par le questionnaire de l'enquête MICS, on devrait ne tenir compte que des enfants qui fréquentent les seules « écoles maternelles ». Or, selon le

questionnaire, on peut penser que dans leurs réponses, les mères ont sans doute tenu compte beaucoup plus de la fréquentation d'un établissement d'enseignement par leur enfant que du type de cet établissement.

On peut donc raisonnablement considérer que les chiffres donnés peuvent concerner des établissements autres que les écoles maternelles. Par ailleurs, les statistiques officielles corroborent cette hypothèse, comme cela apparaît dans le tableau ci-après, extrait du Bilan de l'Education Pour Tous à l'an 2000 établi par le Ministère de l'Education Nationale.

Tableau 9a : Taux bruts de scolarisation dans les programmes d'éveil et de protection de la petite enfance (PEE) de type communautaire et maternel par sexe.

Région	Taux brut de scolarisation dans les PEE privés et communautaires.			Indice Parité F/M	Taux brut de scolarisation dans les PEE privés			Indice parité F/M
	MF	M	F		MF	M	F	
Grande Comore	224,7	222,5	227,1	1,0	2,9	2,9	2,9	1,0
Mohéli	144,2	158,4	129,6	0,8	1,3	1,1	1,4	1,2
Anjouan	141,2	144,0	138,2	1,0	2,2	2,0	2,3	1,1
Comores	179,0	180,3	177,7	1,0	2,4	2,3	2,5	1,1
Zone rurale	209,9	212,9	206,9	1,0	0,3	0,1	0,5	3,9
Zone Urbaine	108,2	108,5	107,8	1,0	7,2	7,3	7,1	1,1

Source : Enquête réalisée en 1999, Direction Générale de la Planification, Ministère de l'Education Nationale.

Ce tableau montre que le taux brut de scolarisation dans les classes maternelles proprement dites n'est que de 2,4%, ce qui semble plus près de la réalité, comme c'est le cas aussi pour la distribution par zone qui traduit bien le caractère quasi-urbain de ces institutions, 7,2%, contre 0,7% pour les zones rurales. La parité est pratiquement réalisée avec un léger retard des garçons (2,3%), contre 2,5% pour les filles.

Pour se faire une idée de l'évolution toute relative de l'éducation préscolaire, on notera aussi que le taux brut de scolarisation ne croît que très faiblement passant de 1% en 1995 à 2,4% en 1999, selon les données du Ministère de l'Education Nationale. Si l'on se réfère aux résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1991, on doit même reconnaître que ce taux, estimé alors à 5,2%, est en baisse.

Dans tous les cas, ces résultats tendent à montrer que l'éducation préscolaire au sens strict ne constitue pas une préoccupation majeure pour les Autorités, puisque à ce jour, il n'existe pas un seul établissement préscolaire public, ni de programmes nationaux, ni de projet de formation des maîtres requis...

Les contraintes dans le développement du préscolaire.

Pour expliquer cet état de l'éducation préscolaire, les explications ci-après peuvent être avancées.

- Méconnaissance par les familles du rôle de cet enseignement pour l'épanouissement de la personnalité de leurs enfants.
- Priorité des parents pour l'éducation islamique qu'ils souhaitent aussi précoce que possible, au détriment du préscolaire proprement dit.
- Droits d'inscription et d'écologie encore relativement élevé.

A ces arguments d'ordre social, il en est d'autres, plus politique et institutionnel comme :

- La connaissance toute relative par les Autorités du rôle positif de cet enseignement sur les performances scolaires des élèves, et donc sur l'amélioration du rendement interne du système.
- L'insuffisance des ressources financières de l'Etat. Comme on l'a vu, le principal obstacle à la mise en place et à la généralisation du préscolaire, dans le cadre de l'école coranique rénovée, notamment, est d'abord d'ordre financier. En effet, l'Etat ne dispose pas des ressources nécessaires au paiement des salaires des maîtres coraniques recyclés, ni pour institutionnaliser la création des classes d'éveil, ni pour prendre en charge les centres préscolaires.
- Le manque de suivi dans les programmes qui ne dépassent pas le stade de l'expérimentation ou s'arrêtent une fois épuisées les ressources allouées par des partenaires extérieurs, principalement l'UNICEF.
- Par ailleurs, compte tenu du niveau intellectuel souvent bas des maîtres coraniques, ceux-ci, dans leur grande majorité, ne disposent pas des compétences requises pour leur recyclage. Du coup le Ministère de l'Education se trouvait de fait dans la nécessité de procéder à des recrutements avec des coûts qui dénaturaient complètement le projet initial.
- La concentration de ces établissements en milieu urbain.

En conclusion, on peut noter que les efforts entrepris pour développer l'enseignement préélémentaire, plus qu'embryonnaire, sont freinés par des contraintes multiples, en grande partie liées à la pénurie de ressources. Dans ces conditions, on doit s'attendre à voir perdurer la situation présente qui fait de l'école préélémentaire un luxe cher, réservé à quelques citoyens privilégiés...

Pour changer cet état de fait, il est hautement souhaitable de travailler à la réforme de l'école coranique, conformément au concept « d'école coranique rénovée » défini par le Ministère de l'Education Nationale.

B.2. L'éducation de base.

Communément appelée « enseignement primaire ou élémentaire », elle constitue le deuxième niveau du système éducatif comorien. Elle comprend six années d'études réparties en trois cycles de deux années chacune. Elle accueille les enfants de 6 à 11-14 ans. Elle est prise en charge quasi-intégralement par l'Etat qui a sur elle une tutelle et une autorité totales, contrairement au préscolaire. Depuis 1980, mais surtout depuis ces dix dernières d'années, on assiste à un développement rapide des écoles privées appréciées pour leur fonctionnement continu et régulier, contrairement aux écoles publiques victimes de trop nombreuses grèves.

Depuis l'indépendance en 1975, les Autorités du pays ont pris une conscience claire de l'importance qu'il convient d'accorder à ce niveau du système éducatif, et ont cherché à se donner tous les moyens requis pour atteindre les objectifs fixés, dont la scolarisation universelle, ainsi que le stipule la Loi N°80-007 relative à l'Education en son article 2, : « Tout enfant a droit à une formation élémentaire de base... ». Cet objectif rejoint l'un de ceux retenus par le Sommet Mondial pour les Enfants, à savoir « accès universel à l'éducation de base et maintien à l'école primaire d'au moins 80% des enfants d'âge scolaire, tout en réduisant les disparités filles/garçons ».

Les moyens déployés sont politiques, juridiques, institutionnels, humains et matériels. Et il faut reconnaître que depuis 1980, et déjà en 1977, des efforts exceptionnels ont été accomplis pour atteindre cet objectif. En l'occurrence, on peut véritablement parler d'une mobilisation

générale impliquant les pouvoirs publics, les communautés de base, les Institutions Financières Internationales, principalement la Banque Mondiale qui se sont amplement investis dans le financement des infrastructures scolaires, sans oublier la coopération bilatérale, française notamment, en matière d'assistance technique.

Evaluation des résultats obtenus durant la décennie

Grâce à ces efforts, des progrès ont été réalisés ces dix dernières années, qu'on peut évaluer, notamment, à partir des données sur l'évolution des taux bruts d'admission.. La pertinence de ce taux tient au fait qu'il traduit le niveau global d'accès à l'éducation de base, et surtout le degré de satisfaction de la demande d'éducation.

Tableau 10a : Evolution des taux bruts d'admission au niveau national par sexe.

	1988/89	1989/90	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99
MF	66,3	67,3	76,1	90,2	78,6	79,1	81,4	95,3	78,4	92,4	78,7
M	74,8	79,0	84,5	99,9	86,2	83,7	87,9	102,6	79,2	94,4	83,3
F	58,3	55,3	67,5	80,2	70,8	74,3	74,8	87,8	77,6	85,4	73,9
M/F	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	0,9	0,9

Source : Enquête réalisée en 1999, Direction Générale de la Planification, Ministère de l'Education Nationale.

Ce tableau 10a ci-dessus montre que de 1988/89 à 1998/99, le taux brut d'admission est passé de 66,3% à 78,7% pour les trois îles. Au terme de la période, on note que ce taux est relativement plus élevé pour les garçons (83,3%) que pour les filles, 73,9%. Mais ce qui est remarquable c'est la forte progression de ce dernier chiffre qui n'était que de 58,3% en 1988/89.

Mais d'autres indices donnent des résultats mitigés, pour certains indicateurs des performances du système. Ces indicateurs ont été choisis, notamment pour pouvoir établir des comparaisons relativement pertinentes avec les résultats de l'enquête MICS. Il s'agit, d'une part, du Taux Net de Scolarisation (TNS) qui mesure de fait le pourcentage d'inscrits dans l'enseignement primaire ayant l'âge officiel requis, par rapport à la population correspondante, et d'autre part, le taux de déperdition.

Tableau 10b : Evolution des taux nets de scolarisation par sexe au niveau national

	1988/89	1989/90	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99
MF	62.0	63.6	63.2	64.5	66.2	63.9	65.9	51.2	60.4	60.3	60.2
M	67.5	73.4	69.1	70.2	71.5	70.3	71.0	55.7	65.1	65.1	64.9
F	56.2	53.2	57.0	58.5	60.6	57.4	60.5	46.6	55.3	55.3	55.4
M/F	0.8	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8	0.9	0.8	0.8	0.8	0.9

Source : Enquête réalisée en 1999, Direction Générale de la Planification, Ministère de l'Education Nationale.

Les variations dans le temps de ce taux traduit bien la relativité des progrès accomplis, puisque de fait, le Taux Net de Scolarisation (ou d'Inscription) a régressé, passant de 62,0% en 1988/89 à 60,2% en 1998/1999. Elles montrent également le retard des filles 55,4% par rapport aux garçons 64,9% en matière d'admission dans le primaire. Signalons que pour

l'exploitation des résultats de l'enquête, nous recommandons de retenir ce Taux Net d'Inscription de 60,2%, à la place du Taux Net de Fréquentation (31,2), fourni par le Tableau N°10 ci-après de la MICS. Ce choix s'explique par des considérations en rapport avec le traitement du questionnaire relatif à ce module, mais également et surtout en raison du fait que ce taux est reconnu pour être un indicateur très important de l'évaluation de la fin de la décennie, pour autant qu'il soit récent, ce qui est le cas ici.

Mais ce qui est encore plus inquiétant, c'est le faible rendement interne du système, comme le montre le tableau ci-après, établi selon la méthode dite de « cohorte reconstituée. ».

Tableau 10c : Survivants par année d'études par sexe avec ou sans redoublement au niveau national

Niveau d'études	CP1	CP2	CE1	CE2	CM1	CM2
Survivants avec/sans redoublement MF	1000	780	663	509	402	319
Survivants avec/sans redoublement M	1000	775	656	516	422	326
Survivants avec/sans redoublement F	1000	782	669	503	387	312
Survivants sans redoublement MF	1000	565	374	228	153	104
Survivants sans redoublement M	1000	573	383	241	169	114
Survivants sans redoublement F	1000	558	367	218	141	96

Source : Enquête réalisée en 1999, Direction Générale de la Planification, Ministère de l'Education Nationale.

L'analyse des données montre que seuls 31,9% des élèves admis en première année du primaire (CP1) accèdent à la classe du CM2, terme du cycle de 6 années, après un redoublement au moins. Ce chiffre est plus élevé pour les garçons (32,6%) que pour les filles (31,2%), ce qui signifie que les filles sont les plus nombreuses à ne pas achever le cycle. Mais ce qui traduit le mieux le très mauvais rendement interne du système, c'est le taux de 10% qui représente la proportion des élèves qui atteignent le CM2 sans redoublement.

Pour compléter cette analyse de l'Education de base, il est proposé de l'examiner maintenant, à travers les résultats obtenus dans le cadre de l'enquête MICS qui cherche à évaluer des indicateurs que ne prennent pas en compte les statistiques standard de l'éducation nationale. En l'occurrence, il s'agit ici du Taux de Fréquentation.

L'analyse du taux de fréquentation de l'éducation de base pour les élèves âgés de 6 à 12 ans donne les indications ci-après :

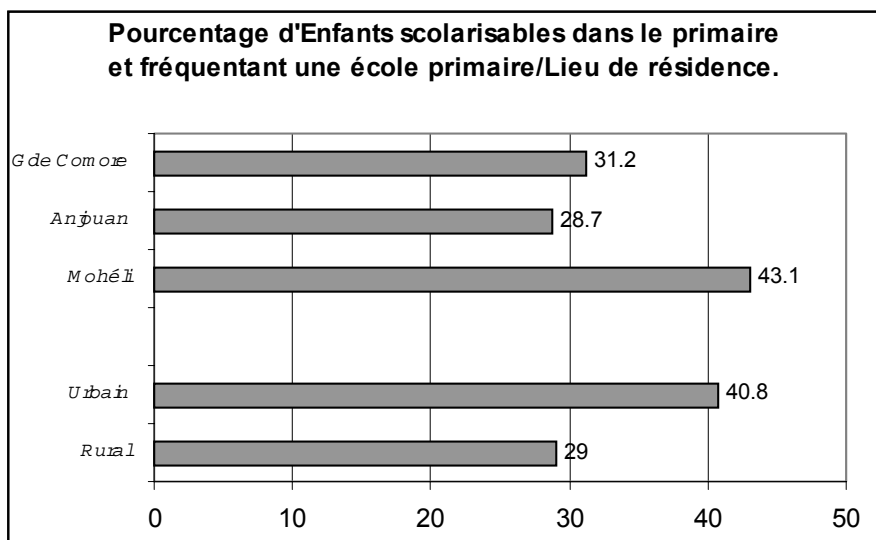
Aux Comores, 31,2% des enfants scolarisables dans l'éducation de base fréquentent un établissement scolaire correspondant. En zone urbaine, ils sont 40,8% à être dans ce cas, contre 29,0% en milieu rural. Quand on examine ce taux par rapport aux îles, on constate qu'il est relativement plus élevé à Mohéli (43,1%) qu' en Grande Comore (31,2%) ou Anjouan (28,1%). Entre les filles et les garçons, respectivement crédités de 31,1% et 31,3% sur le plan national, il n'y a presque pas de différences.

Tableau 10: Pourcentage des enfants d'âge scolaire (primaire) qui fréquentent l'école primaire, Comores, 2000

	Masculin		Féminin		Total	
	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre
Mohéli	45,9	256	40,0	235	43,1	490
Anjouan	29,3	961	26,8	918	28,1	1879
Anjouan	29,3	961	26,8	918	28,1	1879
Grande Comore	30,2	1695	32,3	1545	31,2	3240
Grande Comore	30,2	1695	32,3	1545	31,2	3240
Urbain	42,3	537	39,2	513	40,8	1050
Rural	28,8	2374	29,2	2185	29,0	4559
Rural	28,8	2374	29,2	2185	29,0	4559
Age						
6 ans	17,5	416	17,5	450	17,5	866
7 ans	23,9	442	26,4	396	25,1	838
7 ans	23,9	442	26,4	396	25,1	838
8ans	27,1	512	33,6	439	30,1	951
8ans	27,1	512	33,6	439	30,1	951
9 ans	36,5	346	33,1	358	34,8	704
9 ans	36,5	346	33,1	358	34,8	704
10 ans	38,4	515	37,1	446	37,8	961
10 ans	38,4	515	37,1	446	37,8	961
11 ans	43,8	299	36,8	267	40,5	566
11 ans	43,8	299	36,8	267	40,5	566
12 ans	36,3	380	36,9	341	36,6	722
12 ans	36,3	380	36,9	341	36,6	722
Total	31,3	2911	31,1	2697	31,2	5608

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 6

Figure 3: Pourcentage d'enfants scolarisables dans le primaire fréquentant une école primaire



L'autre indicateur visé par la MICS concerne le taux d'enfants scolarisés dans l'éducation de base, admis en 1^{ère} année, et qui atteignent la 6^{ème} année, terme du cycle. Les résultats de l'enquête sont repris dans le tableau 11 ci-après.

Tableau 11: Pourcentage des enfants entrant en première année du primaire qui éventuellement arrivent en 5^{ème} année, Comores, 2000

	% de réussite du CP1 au CP2	% de réussite du CP2 au CE1	% de réussite du CE1 au CE2	% de réussite du CE2 au CM1	% de réussite du CP1 au CM1
Masculin	61,8	66,2	78,3	69,1	22,1
Masculin	61,8	66,2	78,3	69,1	22,1
Masculin	67,4	69,9	75,5	75,6	26,9
Masculin	67,4	69,9	75,5	75,6	26,9
Mohéli	73,5	64,3	72,5	83,9	28,7
Anjouan	45,9	54,4	62,1	59,7	9,3
Anjouan	45,9	54,4	62,1	59,7	9,3
Grande Comore	67,3	72,3	82,0	72,2	28,8
Grande Comore	67,3	72,3	82,0	72,2	28,8
Urbain	65,0	59,7	60,8	74,7	17,6
Rural	64,4	70,8	82,9	70,5	26,7
Rural	64,4	70,8	82,9	70,5	26,7
Total	64,5	67,9	76,9	71,8	24,2

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 6

Le pourcentage des enfants en première année qui vont éventuellement atteindre la 5^{ème} année du primaire est calculée comme le produit de 4 probabilités

- La probabilité que l'enfant en 1^{er} année se rendra éventuellement en 2^{ème} année
- La probabilité que l'enfant en 2^{ème} année se rendra éventuellement en 3^{ème} année
- La probabilité que l'enfant en 3^{ème} année se rendra éventuellement en 4^{ème} année
- La probabilité que l'enfant en 4^{ème} année se rendra éventuellement en 5^{ème} année

Exemple : La probabilité que l'enfant en 1^{er} année se rendra éventuellement en 2^{ème} année est :

- Le nombre d'enfants qui sont en 2^{ème} au moment de l'enquête (ED 20=2, 02) et qui étaient en 1^{ère} l'an dernier (ED22=2, 01)

Divisé par

- Le nombre d'enfants qui étaient en 1^{ère} l'an dernier (ED22=2, 01) et qui ont gradué au 2^{ème} ou qui ne sont plus à l'école cette année (ED20=2, 02)

Les enfants qui reprennent la première année n'entrent pas dans le calcul car on ignore s'ils peuvent passer ou non à l'année suivante. Le calcul des autres probabilités est similaire : le nombre d'enfants qui sont passés d'une année à une autre divisé par le nombre de ceux qui sont admis ou exclus à cette année. Les 4 probabilités sont ensuite multipliées pour obtenir la probabilité cumulée pour qu'un enfant atteigne la 5^{ème} année parmi ceux qui entrent en 1^{ère} année.

Au niveau national, 24,2% des élèves admis en 1^{ère} année, sont susceptibles d'atteindre la cinquième années de l'éducation de base. Les enfants en milieu rural (26,7%), sont plus nombreux à réussir cette performance que ceux du milieu urbain (17,6). Au niveau de chaque île, Mohéli avec 28,7% est presque en égalité avec la Grande Comore (28,8%) très loin devant Anjouan créditée de seulement 9,3%. C'est aux derniers niveaux du cycle que les taux de passage sont les plus élevés (76,9% et 71,8%) contre 64,5% pour le passage de la 1^{ère} à la 2^{ème} année, et 67,9% pour le passage de la 2^{ème} à la 3^{ème} année de l'éducation de base.

On peut noter qu'à quelques exceptions près, ces résultats traduisent la situation telle qu'elle ressort à partir des critères retenus par le Ministère de l'Education Nationale, à condition d'admettre que les mauvaises performances conjoncturelles d'Anjouan influent négativement sur les résultats globaux. On peut considérer par exemple que si le taux d'élèves anjouanais atteignant la dernière année n'était pas, de façon tout à fait exceptionnelle si bas, (9,3%), le

taux moyen pour l'ensemble des îles (24,2%) se serait rapproché du taux de 31,9%, calculé sur la base de la méthode de la cohorte reconstituée, ce qui renforce le constat établi sur le très mauvais rendement du système.

Autre élément concordant avec les données du Ministère de l'Education, la meilleure performance toute relative de Mohéli sur ce point.

La question urgente que l'on est en droit de se poser est de savoir ce que deviennent ces milliers d'enfants que rejette ainsi chaque année le système éducatif, dans une situation de quasi-absence de toute autre structure formelle ou non formelle d'encadrement. Il faut ajouter aussi que le gâchis ainsi constaté n'est pas seulement quantitatif, mais aussi qualitatif. En effet, en raison du caractère purement livresque des enseignements dispensés, l'élève fréquentant ces établissements ne bénéficie d'aucun de ces modules d'éducation pratiques et orientés vers son intégration active à son milieu naturel et humain qu'il est invité à transformer, suivant les objectifs de l'éducation de base. Et pourtant ces programmes existent, et dans leur grande majorité, ils ont été expérimentés avec succès.

Il semble en tout cas, qu'au vu des résultats mitigés obtenus, les Autorités sont désormais plus modestes, c'est à dire plus réaliste, dans leurs objectifs et surtout dans leurs prévisions. C'est ainsi que le Plan directeur de l'Education prévoit qu'à moyen terme (2005), le taux net de scolarisation devait passer de 60,2% à 78%, avec un effort soutenu pour éliminer ou du moins réduire très sensiblement, les disparités régionales, locales et génériques éventuelles. Quant à la scolarisation universelle prévue pour l'an 2000, au début de la précédente décennie, on espère l'atteindre en 2015. Mais si les tendances identifiées n'étaient pas renversées, la bataille est encore loin d'être gagnée.

Les contraintes

Si en dépit des efforts réels et soutenus et des déclarations et engagements répétés en faveur de la scolarisation universelle au niveau de l'éducation de base, les résultats obtenus sont encore trop loin des objectifs, c'est en raison d'obstacles et de contraintes multiples, d'ordre tant structurel que conjoncturel, et dont les plus importants sont repris ci-après.

- La pression démographique.
- L'insuffisance des ressources financières qui limitent la construction des salles de classe, l'acquisition des moyens didactiques collectifs ou individuels, tout en empêchant toute politique de rémunération attractive des instituteurs ;
- Le poids insoutenable de la dette dont le non-paiement a entraîné le gel dramatique du financement des programmes sociaux, notamment ceux de l'éducation durant ces cinq dernières années.
- L'instabilité politique qui a de graves répercussions sur le fonctionnement des administrations, notamment celle de l'éducation nationale.
- La crise séparatiste de l'île d'Anjouan qui a sérieusement affecté les secteurs sociaux, plus particulièrement au niveau de cette île.
- La crise sociale sur fond de grèves répétées des enseignants qui réclament le paiement des arriérés des salaires.
- L'instabilité chronique des enseignants prêts à changer de fonction à la première occasion.
- La pauvreté qui gagne du terrain et empêche des familles de plus en plus nombreuses d'inscrire ou de maintenir leurs enfants à l'école.

De fait, les espoirs raisonnables d'atteindre les objectifs fixés tiennent dans la véritable mobilisation des communautés qui manifestent un engagement sans précédent en faveur de la scolarisation de leurs enfants. Ils tiennent aussi à la politique de décentralisation et de

responsabilisation à l'ordre du jour dans les travaux en cours pour l'élaboration d'une nouvelle constitution de la République. Ils tiennent enfin au maintien, et plutôt au renforcement de la coopération internationale, bi et multilatérale.

B.3. L'alphabétisation des personnes âgées de 15 ans et plus.

La recherche d'informations relatives à cet indicateur traduit l'intérêt jamais démenti de la communauté internationale pour le traitement de ce qu'elle considère comme un des fléaux caractéristiques du sous-développement : l'analphabétisme. Cette appréciation ne semble pas entièrement partagée par les Autorités, sauf durant la période de « la révolution culturelle » comorienne de 1975 à 1978, où l'alphabétisation était une priorité nationale, soutenue et encouragée comme telle, avec des succès indéniables. On peut dès lors comprendre pourquoi, en dehors de cette période, l'administration se contente tout au plus d'accompagner les programmes financés par les organisations internationales, et pourquoi en règle générale, ces programmes, si pertinents soient-ils, s'épuisent définitivement en même temps que les financements qui les soutenaient. De fait, le traitement de l'analphabétisme aux Comores, relève plus de la littérature administrative que d'un engagement effectif contre ce fléau, considéré et combattu comme tel par de nombreuses organisations internationales gouvernementales ou non. Aux Comores, on peut notamment citer l'UNESCO, l'UNICEF, le FNUAP, CARE qui appuient des associations culturelles ou communautaires locales engagées avec plus ou moins de conviction dans la lutte ... Et si les résultats sont, somme toute honorables, on le doit plus à la scolarisation quasi-universelle obtenue au niveau de l'école coranique qu'à l'efficacité de ces actions limitées, partielles et intermittentes ici et là. En réalité, il n'y a pas encore de véritable politique en la matière et pour les raisons suivantes :

- Sur le plan culturel, les Comores restent un pays de tradition orale.
- Comme tout le monde est censé être passé par l'école coranique, tout le monde est censé savoir lire et écrire, du moins les caractères arabes. En conséquence, nul ne se sent vraiment analphabète ou du moins ne peut s'accepter comme tel. C'est une attitude peu propice aux campagnes d'alphabétisation, surtout lorsqu'elles se proposent d'utiliser pour cela les lettres arabes. De plus, on est en droit de s'interroger sur l'intérêt d'être alphabétisé en caractères arabes et dans la langue comorienne, quand cela ne peut servir, tout au plus, qu'aux échanges épistolaires privés, en l'absence de toute autre finalité possible ou de tout support pour l'expression écrite utile.
- De fait, tous les écrits à caractère public, de quelque intérêt et de quelque nature que ce soit sont rédigés en français. En conséquence, seule l'alphabétisation dans cette langue permettrait à l'individu d'en tirer profit. C'est cette « alphabétisation utile » que nous recommandons.

Mais pour se faire une idée plus précise de la situation, examinons les résultats obtenus à partir des données actuellement disponibles.

En 1991, le Recensement Général de la Population et de l'Habitat estimait le taux d'alphabétisation dans au moins une des langues, comorienne ou française, à 61,36%, pour les personnes âgées de 12 ans et plus. Ce taux était plus élevé en ville, 70,45% qu'en milieu rural où il chute à 57,4%. En général les femmes étaient présentées comme moins alphabétisées (57,92), que les hommes (64,99%). Ces chiffres relativement élevés pour la sous-Région, et en l'absence de toute politique suivie et d'envergure, s'expliquent par la fréquentation quasi générale de l'école coranique par tous les enfants. A titre de comparaison, si l'on se réfère aux

seuls alphabétisés en français, et parmi la tranche d'âge des personnes âgées de 15 à 25 ans, et qui avaient donc le maximum de chance d'avoir fait l'école primaire, ce taux tombe à 26,53%. L'enquête MICS, donne des résultats qui ne démentent pas les tendances constatées précédemment, comme cela apparaît dans ce tableau.

Tableau 12: Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui est alphabétisée, Comores, 2000

	Masculin			Féminin			Total		
	Alphabétisés	Ne sait pas	Nombre	Alphabétisés	Ne sait pas	Nombre	Alphabétisés	Ne sait pas	Nombre
Mohéli	60,7	6,7	476	45,7	11,6	481	53,2	9,2	957
Anjouan	60,4	17,6	1435	49,6	15,9	2074	54,0	16,6	3509
Anjouan	60,4	17,6	1435	49,6	15,9	2074	54,0	16,6	3509
Grande Comore	66,9	14,1	4058	57,3	15,6	4738	61,8	14,9	8796
Grande Comore	66,9	14,1	4058	57,3	15,6	4738	61,8	14,9	8796
Urbain	71,9	12,3	1969	60,9	13,3	2365	65,9	12,8	4334
Rural	61,4	15,4	4000	51,3	16,5	4928	55,8	16,0	8928
Rural	61,4	15,4	4000	51,3	16,5	4928	55,8	16,0	8928
Age									
Age									
15-24	71,6	16,0	2054	66,4	14,1	2903	68,5	14,9	4957
25-34	72,9	10,4	1291	61,6	10,8	1985	66,0	10,6	3276
25-34	72,9	10,4	1291	61,6	10,8	1985	66,0	10,6	3276
35-44	65,5	11,9	1164	45,6	15,0	1141	55,6	13,4	2305
35-44	65,5	11,9	1164	45,6	15,0	1141	55,6	13,4	2305
45-54	55,4	15,6	754	26,8	23,8	664	42,0	19,5	1418
45-54	55,4	15,6	754	26,8	23,8	664	42,0	19,5	1418
55-64	40,8	17,3	404	23,3	27,6	326	33,0	21,9	730
55-64	40,8	17,3	404	23,3	27,6	326	33,0	21,9	730
65+	38,1	22,5	302	15,7	31,0	274	27,4	26,6	576
65+	38,1	22,5	302	15,7	31,0	274	27,4	26,6	576
Total	64,9	14,4	5969	54,4	15,4	7293	59,1	15,0	13262

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 7

La population alphabétisée comprend toutes les personnes dans le ménage déclarées en mesure de lire 'facilement ou avec difficulté' (EM = 1, 2). L'indicateur est calculé pour les personnes âgées de 15 ans ou plus. En calculant le pourcentage de personnes alphabétisées, le dénominateur inclut toutes les personnes dans le ménage indépendamment du fait que leur statut d'alphabétisation est déclaré ou non (c'est-à-dire, les réponses 'ne sait pas' font partie du dénominateur).

Plus de la moitié de la population âgée de 15 et plus serait alphabétisée à hauteur de 59,1%. Ce chiffre concerne les alphabétisés dans l'une des deux langues comorienne ou française, d'où l'importance relative de ce chiffre. La comparaison par île est largement favorable à la Grande Comore (61,8), contre (53,2%) à Mohéli, et (54,0%) à Anjouan. De même le milieu urbain (65,9%) est plus favorisé que le milieu rural (55,8%). Le taux d'hommes alphabétisés est plus élevé (64,9%) que celui des femmes (54,4%).(12 b). Enfin, on constate que dans tous les cas, le taux d'alphabétisation tombe avec l'âge des personnes, passant de 65,8% pour les 15-24 ans, à 27,4% pour les 65 ans et plus.

Ces taux d'alphabétisation, relativement satisfaisants, cachent une réalité qui tend à leur enlever toute signification et toute efficacité. En effet, pour tirer un vrai profit de l'alphabétisation, il faut que celle-ci soit un instrument permettant à l'individu de réussir et de s'épanouir dans la mesure de ses potentialités. Les Comoriens alphabétisés dans leur langue ne tirent qu'un avantage limité de cet état. Rien dans la société ne leur permet d'investir effectivement cette compétence, même pas dans l'accès à un seul journal imprimé. Dans sa

vie quotidienne sous ses aspects les plus ordinaires, comme lire l'étiquette d'un produit, un prospectus médical, un formulaire administratif, etc., son handicap reste entier, et le problème de son alphabétisation aussi. Il faudrait donc pousser plus loin l'enquête sur l'alphabétisation, pour évaluer ses aspects psycholinguistiques (la méconnaissance du français est souvent un facteur de sous-estimation de soi), et pour connaître les souhaits des personnes pour les encourager à s'alphabétiser dans la langue qui réponde au mieux à leurs attentes et à leurs intérêts.

C. Habitat, Eau et Assainissement.

C.1 Habitat et confort.

La nature des matériaux de construction des murs, du sol et du toit des maisons ainsi que les éléments de confort dans l'habitat constituent des caractéristiques qui permettent d'apprécier le niveau de vie des populations qui occupent ces maisons. Comme ces caractéristiques ont également et surtout une influence sur l'état de santé des membres du ménage, elles se sont été prises en compte dans l'enquête MICS qui fournit des résultats intéressants sur l'état actuel de l'habitat comorien.

Caractéristiques de l'habitat.

Les murs.

Les murs des maisons comoriennes sont construits en dur (parpaing, pierre et béton), en tôle, en planche, en terre battue, en matière végétale (paille ou feuilles de cocotier) ou en matériaux mixtes. Dans l'ensemble, 35% des maisons sont construites en dur et presque autant en tôle (30%). Près d'un quart (23,7%) des murs sont en matière végétale et seulement 7,6% sont en terre.

Les disparités, suivant le milieu, montrent que plus de la moitié des murs des maisons urbaines sont en dur (54%), contre seulement un tiers en milieu rural (30%). De plus, il y a deux fois moins de maisons avec des murs en tôle en milieu urbain qu'en milieu rural. Les murs en végétale sont relativement plus importants en milieu rural (25%) qu'en milieu urbain (15%). Par ailleurs, il existe d'importantes disparités suivant les îles. En effet, les murs en terre sont caractéristiques de l'habitat de Mwali (48,7% des maisons), contre 8,3% à Ndzouani et 1,7% à Ngazidja. Les murs en tôle sont caractéristiques de Ngazidja (46% des maisons), contre 2,9% à Mwali et 2,4% à Ndzouani. Les murs en matière végétale caractérisent plus les maisons à Ndzouani (36%) que celles des autres îles où ils ne représentent que 20%.

Comparées aux données fournies par le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1991, celles fournies par la MICS montrent une évolution significative de la nature des matériaux utilisés dans la construction des murs : on constate en effet un net recul des murs en matière végétale au profit des murs en tôle et en maçonnerie.

Le sol.

La nature du sol des maisons est un facteur important pour l'hygiène des personnes qui les occupent. En général, les sols sont en ciment (57,8%), en terre battue (32,7%), à carrelage plastique ou céramique (2%).

Deux tiers des maisons en milieu urbain ont un sol en ciment contre un peu plus de la moitié en milieu rural.

Au niveau des îles, on constate que le sol en terre battue caractérise plus les maisons à Anjouan (44,8%) que dans les deux autres îles (27%). Près des deux tiers des maisons en Grande Comore ont un sol en ciment contre moins de la moitié à Anjouan, et deux cinquièmes à Mohéli.

Durant les dix dernières années et par rapport aux données du recensement de 1991, le pourcentage des maisons avec un sol en ciment a progressé de façon significative, passant de 38% en 1991 à 57% en 2000, aux dépens des sols en terre battue. Le pourcentage des maisons ayant un sol en carrelage est resté toujours faible (2%).

Le toit.

Le toit des maisons comoriennes est en matière végétale (paille ou feuilles de cocotier), en tôle, en béton traditionnel, en béton armé ou mixte. Ce dernier cas caractérise les maisons dans lesquelles deux ou plusieurs pièces sont couvertes de toits relevant de l'un ou l'autre de ces matériaux.

En 2000, la tôle couvre 46,4% des toits des maisons et se positionne loin devant le béton et la paille ou les feuilles de cocotier qui représentent chacun 23% des toits. Ainsi, les autres matériaux, y compris le béton traditionnel, ne sont que très faiblement représentés. Il existe deux fois plus de toits en béton en milieu urbain (39%) qu'en milieu rural (19%). Inversement, il y a plus de toits en tôle en milieu rural qu'en milieu urbain et il y a presque autant de toits en matière végétale dans les deux milieux. Les toits en tôle sont caractéristiques des maisons de la Grande Comore (63%), contre 25% à Mohéli et 15% à Anjouan. Les toits en matière végétale sont caractéristiques des maisons de Mohéli (60%) contre 37% à Anjouan et 12% en Grande Comore. Les maisons à Anjouan sont couvertes à 40% de toits en béton et presque autant de toits en paille. Durant la décennie et en comparaison avec les données du recensement de 1991, le pourcentage des maisons avec des toits en matière végétale a diminué de moitié au profit des toits en tôle et en béton.

En conclusion, on peut noter que l'habitat comorien est conditionné par le contexte socio-économique et l'environnement naturel. L'utilisation pour la construction de matériaux locaux à base végétale, caractérisés par la précarité, est encore répandue : on note que 23% des murs et près du quart des toits des maisons sont en paille ou en feuilles de cocotier. Un tiers (1/3) des maisons ont un sol en terre battue. Ce sont là les matériaux utilisés par les ménages pauvres. L'utilisation de la tôle pour le toit (30% des maisons) offre un meilleur confort grâce à une plus grande étanchéité. Les murs en tôle, jugés d'un standing plus élevé par les populations à faibles revenus, sont d'un confort plus discutable.

Dans l'ensemble, malgré une relative amélioration de la situation, l'habitat comorien est encore caractérisé par la précarité et l'inconfort qui ont probablement une incidence sur la santé de l'enfant et sur la mortalité infantile et juvénile.

Possession des éléments de confort

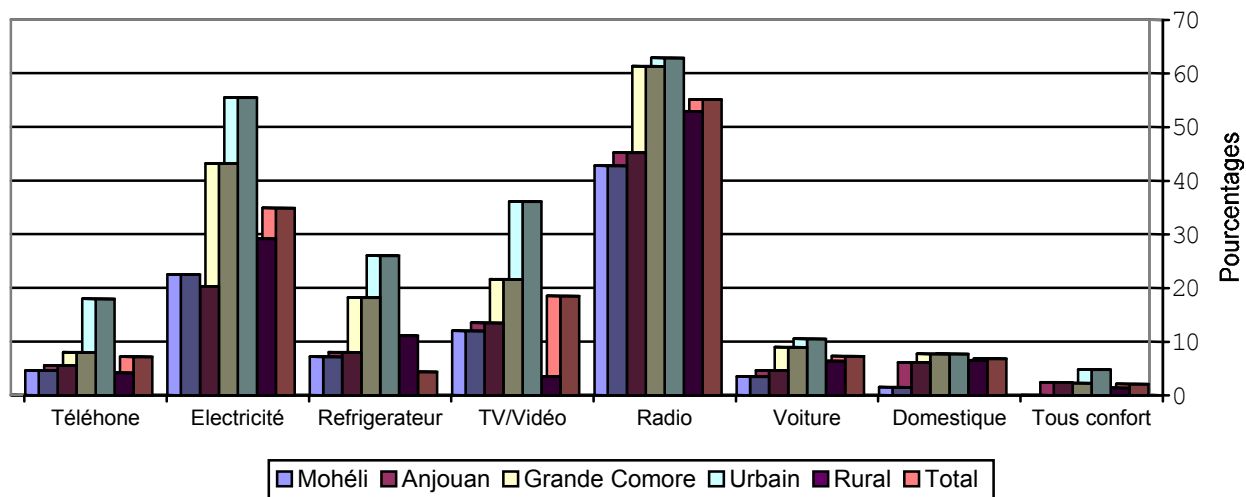
L'enquête a permis de recueillir des informations sur la possession des éléments de confort des ménages. Ces éléments sont les suivantes : le téléphone, l'électricité, le réfrigérateur, la radio, le téléviseur, la voiture et les services d'un domestique.

Dans l'ensemble du pays et en considérant globalement la totalité des éléments de confort à l'exception des services d'un domestique, 1,3% des ménages possède tous les éléments, avec pratiquement deux fois plus de ménages urbains (1,9%) que de ménages ruraux (1,1%). D'une façon générale, près de deux fois plus de ménages en Grande Comore ont plus d'éléments de confort que ceux des deux autres îles. La situation à Anjouan est presque comparable à celle qui prévaut à Mohéli. 36% des ménages ont déclaré ne posséder aucun de ces éléments de confort.

En matière de principal combustible pour la cuisson, le bois reste en tête avec 83% des ménages contre 7,6% pour le pétrole. Le pourcentage de ménages qui utilise le gaz ou le charbon est négligeable. Les disparités sont importantes suivant le milieu. 28% des ménages urbains utilisent du pétrole contre 1,7% des ménages ruraux. Inversement, il y a plus de ménages ruraux qui utilisent le bois (88,7%) contre 62% de ménages urbains.

Le tableau ci-après donne la répartition de ces éléments de confort selon l'île et le milieu de résidence.

Figure 4 : Pourcentages des ménages qui possèdent les éléments de confort, 2000



L'évolution de la possession des éléments de confort entre 1991 et 2000 se présente comme l'indique le tableau ci-après. Le pourcentage de ménages possédant un téléviseur, une ligne téléphonique, ou un réfrigérateur, est multiplié par quatre. Celui des ménages possédant une voiture a été multiplié par 7, pour la même période. Ce rythme soutenu dans la possession des éléments de confort retenus est en grande partie lié au transfert au Pays de fonds et de biens par la diaspora comorienne. Enfin, il faut signaler que 36% des ménages n'ont aucun des éléments de confort retenus...

<i>Elément de confort</i>	<i>RGPH/1991</i>	<i>EDS/1996</i>	<i>MICS/2000</i>
Radio	36.3	50.4	55
Télévision	4.4	9.9	18.5
Téléphone	1.7	3.2	7.2
Réfrigérateur	3.8	8.7	14.4
Voiture	1.1	4.7	7.3
Aucun		48.7	36.5

C.2 Eau

Une eau de boisson potable est une nécessité de base pour une bonne santé. Une eau insalubre peut être un vecteur important pour plusieurs maladies comme le choléra, la typhoïde, la schistosomiase... L'eau de boisson peut également être contaminée par une pollution chimique, physique et radiologique avec des effets néfastes sur la santé de l'homme.

A côté des maladies associées, l'accès à l'eau peut être également source de contraintes lourdes pour les femmes et les enfants, surtout en milieu rural où ils sont responsables du transport de l'eau, parfois sur des longues distances.

La loi No 94-37/AF promulguée en 1994 et portant code de l'eau reconnaît le droit pour la population d'avoir accès à une eau potable pour la consommation. Elle définit, en son article 3, les caractéristiques bactériologiques et chimiques de l'eau destinée à la consommation.

L'accès à l'eau potable fait l'objet de programmes d'investissements mis en œuvre pour rechercher, valoriser et exploiter les ressources en eau. Dans la deuxième moitié des années 80, un programme de recherche et d'évaluation des eaux souterraines de la Grande Comore, financé par le PNUD, a permis de réaliser 44 puits de reconnaissance répartis sur la zone

côtière de l'île. Parmi ces puits, 24 présentent une salinité inférieure à 3g/l, dont 17 qui répondent aux normes de l'OMS, soit une salinité inférieure à 2g/l. Le résultat de ce programme a permis de réaliser au début de la décennie quatre petits réseaux d'adduction dans certaines agglomérations de la Grande Comore. Il s'agit du :

- Réseau de Foubouni dont la construction, à partir du puits ONU3, a commencé en 1989 avec la contribution de l'UNICEF. Il alimente des bornes-fontaines, des branchements privés et des institutions publiques (écoles, dispensaires, mosquées).
- Réseau de Ntsaoueni construit à partir du puits ONU33 en 1992 et qui alimente les localités de Ntsaoueni et de Domoni
- Réseau de l'hôtel Galawa construit à partir du puits ONU27 qui permet d'alimenter non seulement l'hôtel mais aussi quelques 2500 habitants aux alentours avec des bornes-fontaines.
- Réseau de Bangoikouni, financé par le FADC en 1997.

Certains des puits réalisés par le programme PNUD sont exploités par les communautés locales avec des moyens d'exhaure manuels, solaires ou thermiques. Sur l'ensemble des 24 puits exploitables, dont la salinité est acceptable, 51% ne sont pas en exploitation en 1997 et 31% sont défectueux (Projet Infrastructure, Eau et Assainissement, 1999).

Sur l'ensemble du pays, la plupart des réseaux d'adduction d'eau , en particulier ceux des grandes agglomérations, ont été réalisés à partir des années soixante, jusqu'à la fin des années 80. Durant la décennie 90, sur l'ensemble du pays, il n'y a pas eu d'importants projets de développement de nouvelles infrastructures de captage, de transport et de distribution. L'essentiel des travaux réalisés consistait à rétablir l'eau lorsqu'elle manque de couler dans le robinet ou bien la mise en place de petits réseaux d'adduction villageoise. Cette activité de maintenance et de réparation est importante en raison de l'état de délabrement d'un certain nombre de réseaux. Durant les dix dernières années, les réalisations en matière d'eau ont été faites par les communautés villageoises avec le concours financier du Fonds d'Appui au Développement Communautaire (FADC), alimenté par la Banque Mondiale ou par des ONGs, françaises, principalement.

Evaluer la population ayant accès à une eau potable pose un problème délicat aux Comores en raison, d'une part, de l'absence de données sur la qualité de l'eau et, d'autre part, de la définition même de l'eau salubre telle qu'utilisée dans l'enquête MICS.

Traditionnellement, l'accès à l'eau potable est déterminé en fonction des informations communiquées par le fournisseur des services d'accès à l'eau. Or, aux Comores comme dans la majorité des pays en voie de développement, ces données sont incomplètes, fragmentaires d'une part, et d'autre part, les données des petits systèmes d'adduction communautaire ne sont pas comptabilisées. L'évaluation de l'accès à l'eau potable ne peut donc pas se faire suivant cette méthode.

Devant cette situation, une nouvelle approche a été développée pour évaluer l'accès à l'eau potable. Il s'agit d'une « approche utilisateur » qui se fait suivant une démarche en trois étapes.

- La première étape consiste à déterminer la source de l'eau à boire. Cette source est un facteur critique parce que la qualité de l'eau varie d'une source à une autre, et parce que la connaissance de la source permet de mieux cibler la planification et la mise en place des améliorations de la qualité de l'eau. Cette étape permet aussi de calculer rapidement le taux de couverture en eau de boisson à partir des sources salubres, en utilisant les données d'enquête qui ont l'avantage d'être collectées chez le consommateur final.

- La deuxième étape consiste à évaluer la qualité de l'eau pour chaque type de source en mesurant les niveaux de contamination bactériologique et chimique. Aux Comores, soit ces mesures ne sont pas faites de façon systématique, soit elles ne sont pas disponibles.
- La troisième étape consiste à évaluer les normes de quantité.

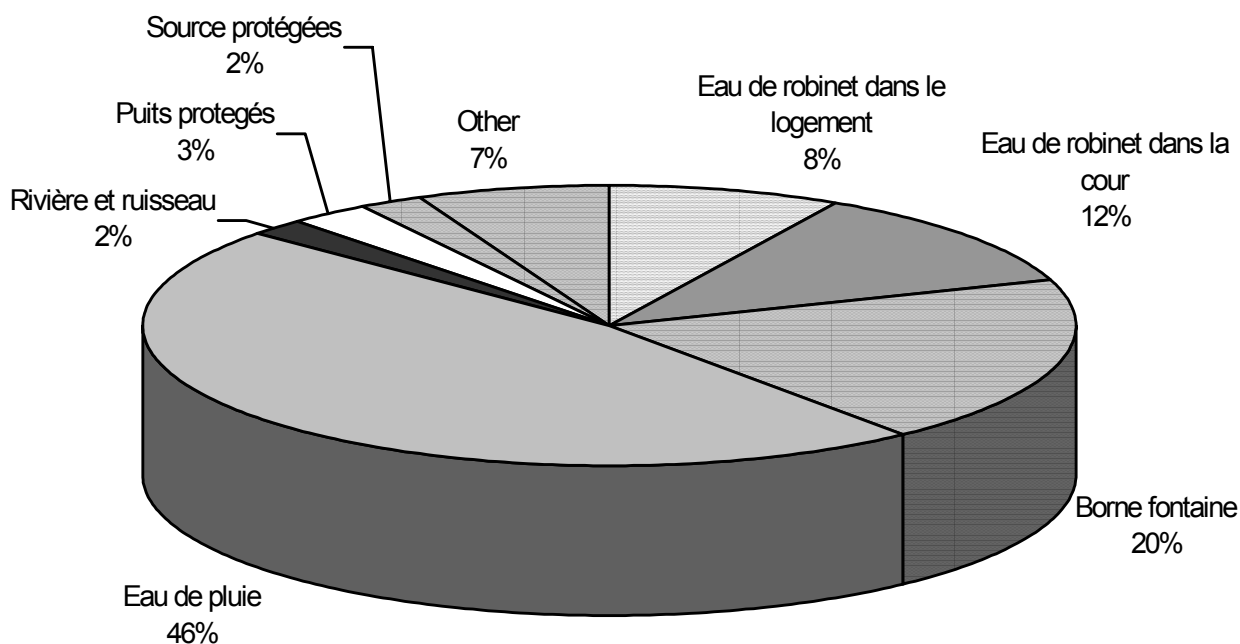
Dans ce Rapport, l'objectif visé est d'analyser uniquement le taux d'accès à l'eau, à partir des principales sources d'approvisionnement. L'avantage de cette démarche étant de pouvoir développer des programmes par type de source d'eau. Le questionnaire de la MICS ne prend pas en compte les normes qualitatives et quantitatives de l'eau à boire des ménages.

Etat de la situation en 2000

Le questionnaire de la MICS a permis de calculer les pourcentages de population et de ménages ayant accès aux différentes sources d'eau suivantes : robinet dans le logement, robinet dans la cour, borne-fontaine publique, puits propre, puits protégé, source protégée, eau de pluie, eau en bouteille, puits non protégé, source non protégée, marée, rivière, ruisseau, camion-citerne, autres et « Ne Sait Pas » (NSP)

Le Tableau 13 qui suit indique que l'eau à boire est utilisée dans les ménages dans des proportions variables et provient d'origines différentes, comme cela est présenté sur la figure 5 ci-dessous.

Figure 5 Distribution des pourcentages de population par source d'eau à boire



En 2000 et au niveau national, les sources d'approvisionnement en eau de boisson les plus utilisées sont la récupération des eaux de pluie pour 47,2% de la population et la borne-fontaine qui occupe la deuxième position et concerne 19,7% de la population, en considérant que l'eau des citernes provient de la récupération des eaux de pluie. Le robinet dans la cour ou dans la maison occupe respectivement la troisième et la quatrième position avec 11,6% et 8,2% de la population. L'approvisionnement en eau dans les rivières représente 2,1% de la population. D'une façon générale, au niveau national, la proportion de la population utilisant l'eau de robinet et celle utilisant l'eau de pluie est la plus importante et totalise 86,5% de la population.

Tableau 13: Pourcentage de population utilisant une source d'eau à boire salubre, Comores, 2000

	Principales sources d'eau															Total avec eau à boire salubre (1-7) *	Nombre de personne
	Eau du robinet dans le logement	Eau de la cour	Borne fontaine	Nombre de personnes	Puits protégé	Source protégée	Eau de pluie/citerne	Eau en bouteille	Puits non protégé	Source non protégée	Mare, ruisseau ou fleuve	Camion citerne, vendue	Autre	Manquant	Total		
Mohéli	1,2	26,3	35,9	0,3	3,0	0,0	2,2	0,0	2,4	0,7	10,9	0,0	16,8	0,3	100,0	69,0	2234
Anjouan	20,8	24,5	43,9	0,2	0,0	0,7	0,5	0,0	0,0	3,7	4,1	0,1	0,2	1,5	100,0	90,5	8139
Grande Comore	3,0	3,4	5,9	1,4	3,5	2,9	75,6	0,2	1,8	0,3	0,0	0,0	0,6	1,4	100,0	95,5	16911
Urbain	20,7	23,6	24,6	2,0	3,8	0,4	15,5	0,1	0,2	0,3	0,2	0,1	7,1	1,4	100,0	90,4	5868
Rural	4,7	8,3	18,3	0,6	2,0	2,4	55,9	0,1	1,6	1,6	2,6	0,1	0,4	1,3	100,0	92,2	21416
Total	8,2	11,6	19,7	0,9	2,4	2,0	47,2	0,1	1,3	1,3	2,1	0,1	1,8	1,3	100,0	* 91,8	27284

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 4

Ce tableau est basé sur les réponses à ES1. *Eau à boire salubre* est définie comme: eau de robinet dans le logement ou la cour, une borne fontaine, un puits à pompe, un puits protégé, une source protégée, ou eau de pluie (ES = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Les personnes vivant dans des ménages qui utilisent une de ces sources d'eau à boire sont classées comme des personnes ayant accès à l'eau à boire salubre.

L'information sur la source d'approvisionnement en eau à boire provient du questionnaire sur le ménage, mais le tableau des données sur les personnes et non sur les ménages. Afin de calculer les données du tableau, chaque ménage a été pondéré (c'est-à-dire, multiplié) par le nombre de personnes dans le ménage.

* Aux Comores, la qualité de l'eau de robinet n'est pas toujours salubre. Parce que l'eau de robinet dans les îles de Mohéli et d'Anjouan provient des eaux de surface qui ne subissent pas de traitement ni bactériologique, ni chimique. Et il n'est pas possible, sans des études de terrain plus précises, de déterminer la part des réseaux d'adduction d'eau qui répondent aux critères de salubrité. De même, l'eau de pluie utilisée de façon importante dans l'île de la Grande Comore est stockée sur une longue période dans des conditions qui ne sont pas conformes aux normes de salubrité. Cependant, ce tableau offre l'avantage de présenter la répartition des différentes sources d'eau de boisson utilisées par la population, ce qui permettra de planifier les investissements par rapport à l'importance de ces sources.

Cependant, cette répartition des différentes sources d'eau à boire selon les ménages n'est pas uniforme sur l'ensemble du pays et elle varie d'une façon très importante suivant le milieu de résidence (figure 6), d'une part et suivant les régions ou les îles (figure 7) d'autre part. En milieu urbain, l'eau de robinet est utilisée par 44,3% de la population et représente la source d'eau à boire la plus importante. 20,7% de cette population dispose d'un robinet dans la maison et 23,6% en dispose dans la cour. La borne-fontaine, représentant la source d'eau à boire pour 19,7% de la population, est relativement plus utilisée que la récupération des eaux de pluie. Néanmoins, ces dernières constituent encore une source importante en milieu urbain puisqu'elle est utilisée par 15,2% de la population.

Contrairement au milieu urbain, en milieu rural, la récupération des eaux de pluie représente la première source d'eau de boisson utilisée par plus de la moitié de la population (55,9%), suivie par la fontaine publique (18,3% de la population). Le robinet dans la cour et le robinet dans la maison concernent respectivement 4,7 et 8,3% de la population, alors que les puits, les rivières et les sources ne représentent, respectivement que 4,6%, 2,6% et 4%.

Suivant les îles, les sources d'eau à boire varient de façon très marquée.

Dans l'île d'Anjouan, le robinet dans la maison ou dans la cour, est le mode de consommation le plus utilisée (45,3% de la population), dont 24,5% avec un robinet dans la cour et 20,4% avec un robinet dans la maison. Le pourcentage des utilisateurs des bornes-fontaines est aussi importante que celui des utilisateurs des robinets (43,9%).

Figure 6: Distribution des pourcentages de population par type de source d'eau à boire suivant le milieu urbain/rural

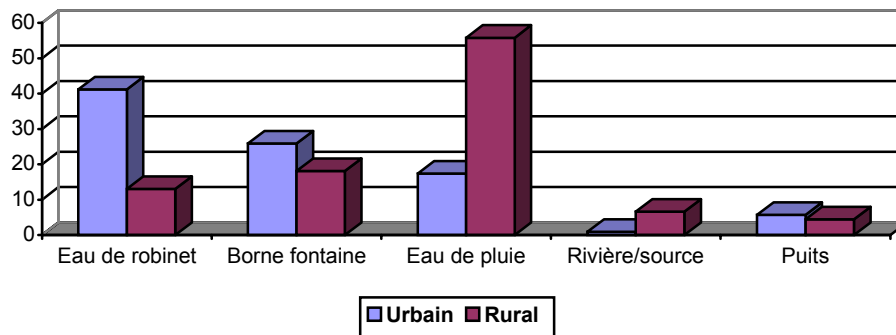
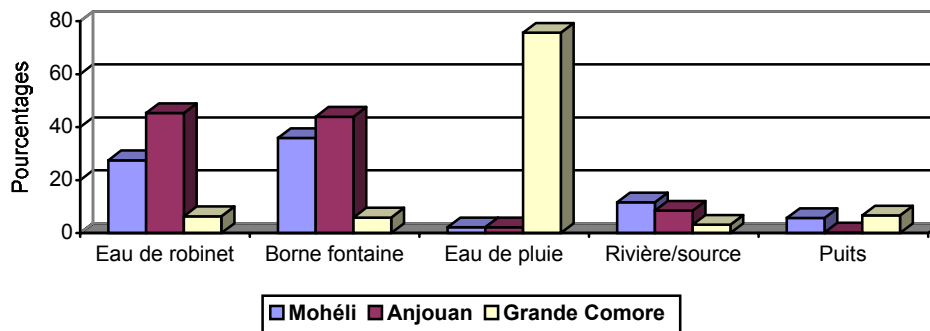


Figure 7: Distribution des pourcentages de population par source d'eau à boire suivant les régions (Iles)



Les eaux de source, toutes catégories confondues, protégées et non protégées, et les ruisseaux représentent quasiment le reste des sources d'eau à boire utilisées (8,5% de la population).

La situation à Mohéli est proche de celle qui prévaut à Anjouan. Dans l'île de Mohéli, la source d'eau de boisson la plus utilisée est la fontaine publique pour 35,8% de la population, suivie par le robinet dans la cour pour 26,3%. Contrairement à Anjouan, seulement 1,2% de la population utilise le robinet dans la maison comme source d'eau à boire. Les rivières et les ruisseaux représentent la source d'eau à boire pour 10,9% de la population. Il convient de noter que pour une part non négligeable de la population (16,8%), la source d'eau à boire n'a pas été déterminée. Les puits protégés et non protégés représentent une part modeste des sources utilisées (2,4% de la population).

L'île de la Grande Comore connaît une situation complètement différente de celle des deux autres îles. Ici, 75,6% de la population utilisent l'eau de pluie stockée dans les citernes comme source d'eau à boire, tandis que 5,9% utilisent la borne fontaine. Seulement 3% de la population utilise le robinet dans la maison et 5,4% le robinet dans la cour. Dans cette île, l'utilisation de puits et de sources protégées, ou non, reste négligeable, même comparée aux autres îles, avec respectivement 3,2% et 5,6%.

Cette répartition s'explique par la nature hydrogéologique du pays qui détermine la nature des ressources en eau disponibles. Les sources en eau souterraine ont été partiellement évaluées (PNUD) en Grande Comore où il n'existe pratiquement pas d'eau de surface. Dans cette île, le bilan hydrique fourni donne :

- Un coefficient de ruissellement estimé à 5%,
- Un coefficient de pluie efficace de 57%,
- Un débit moyen de nappes important (23 m³ par jour et par mètre de côte linéaire).

Il n'y a pas de bilan hydrique global réalisé à Anjouan et à Mohéli, mais dans ces deux îles les volumes des eaux de ruissellement sont plus importants et les eaux de surface suffisent à couvrir les besoins des populations.

En termes de qualité, si nous nous conformons aux normes SPSS de la MICS, l'eau de robinet, la fontaine publique, l'eau de pluie, les puits et les sources protégés avec pompe doivent être considérés comme des sources d'eau salubre, et utilisées par 91,4% de la population. Ce pourcentage élevé de population ayant accès à une source d'eau à boire salubre est très loin de refléter la réalité de la situation. Cette incohérence s'explique par le manque de pertinence des normes définies pour qualifier l'eau salubre, par rapport à la situation spécifique des Comores. Par exemple, contrairement aux normes définies dans la MICS et selon lesquelles l'eau de robinet est salubre, ce n'est pas le cas à Anjouan et à Mohéli où il s'agit de captage d'eaux de surface qui ne subissent aucun traitement, ni physique, ni bactériologique ni chimique. Dans le meilleur des cas, un dégrilleur non entretenu est utilisé pour éliminer les particules solides grossières. De plus, il n'existe pas de périmètre de protection autour des ouvrages de captage laissés dans un complet abandon.

D'un autre côté, l'eau de pluie stockée dans les citernes non couvertes, première source d'eau à boire à en Grande Comore, ne peut être comptée comme source d'eau salubre et doit être considérée comme une source non protégée. Une évaluation faite en 1993 indique que la très grande majorité des citernes familiales sont mal conçues, et mal entretenues (UNICEF, 1993). De plus, en l'absence d'un système de suivi de la qualité des eaux à Anjouan et à Mohéli, il est extrêmement difficile de savoir qualitativement la part des réseaux de distribution qui répondent à un instant donné aux normes de potabilité. Compte tenu de ces facteurs, il n'est pas possible dans le cadre de cette enquête de déterminer de façon adéquate le pourcentage exact de population ayant véritablement accès à l'eau potable.

Evolution durant la décennie

Durant la décennie 90, un certain nombre d'enquêtes et d'études (essentiellement le Recensement Général de la Population et de l'Habitat en 1991 et l'Enquête Démographique et

de Santé en 1996) ont été réalisées aux Comores et ont fourni des données fiables sur l'état de l'eau et de l'assainissement. Leur comparaison avec celles de la MICS 2000 permet de montrer dans quel sens évolue la situation.

Tableau 13a: Evolution durant la décennie de la distribution des pourcentages de population par source d'eau à boire

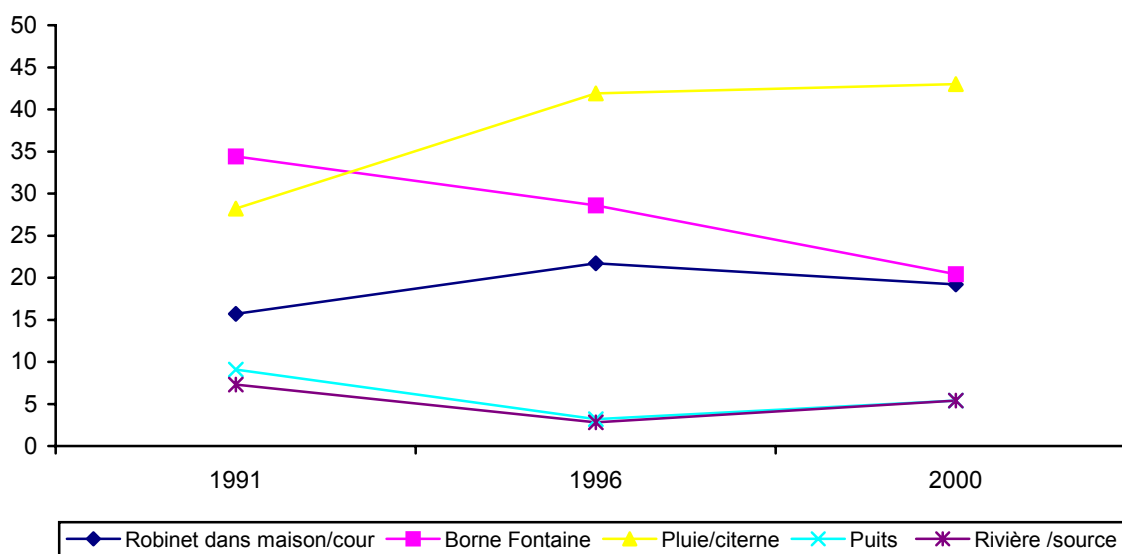
Année	Robinet dans maison/cour	Borne Fontaine	Pluie/citerne	Puits	Rivière /source
1991 /RGPH	15.7	34.4	28.2	9.1	7.3
1996 /EDS	21.7	28.6	41.9	3.2	2.8
2000 /MICS	19.2	20.4	43	5.4	5.4

Jusqu'ici, l'accès à l'eau est exprimé en pourcentage de la population, conformément aux critères retenus par le Sommet Mondial pour les Enfants. Pour pouvoir établir des comparaisons pertinentes, il convient de travailler sur des indicateurs homogènes, et en l'occurrence, convenir d'appliquer à la MICS les critères retenus pour le Recensement Général de la Population et de l'Habitat et l'Enquête Démographique et de Santé, à savoir, le taux d'accès à l'eau salubre en pourcentage des ménages. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de variations significatives selon qu'il est exprimé en pourcentage de population ou en pourcentage des ménages.

Durant la décennie, on note comme cela est apparaît sur la figure 8 ci-après, une forte progression de l'utilisation par les ménages de l'eau de pluie. Cette source d'eau est plus utilisée en 2000 avec 47,5% des ménages contre 28,2% en 1991. Ce qui correspond à un taux d'accroissement moyen d'utilisation des eaux de pluie de 2,1% par an. Le pourcentage des ménages ayant accès à l'eau courante à domicile (dans la maison ou dans la cour) a faiblement progressé, passant de 15,7% en 1991 (RGPH, 1996) à 19,2% des ménages en 2000, au niveau national, soit une augmentation moyenne de 0,38% par an.

Dans le même temps, l'accès à l'eau des ménages par les bornes fontaines a connu une baisse significative. De 34,4 en 1991 (RGPH, 1996), ce taux est passé à 19,8% en 2000, ce qui correspond à une diminution de 1,7% par an.

Figure 8: Tendances nationales durant la décennie de la distribution des pourcentages de population par source d'eau à boire



Le pourcentage de population utilisant un puits comme source d'approvisionnement en eau a connu une diminution relativement importante passant de 9,1% en 1991 à 6% en 2001.

Suivant le milieu de résidence (figure 9 de la page suivante), les tendances dans l'utilisation des différentes sources d'eau à boire ne sont pas les mêmes. En milieu urbain, l'utilisation de la borne fontaine a nettement diminué durant la décennie. Le pourcentage de ses usagers est passé de 46,2% en 1991 à 34,9% en 1996, puis a continué sa régression pour arriver à 25,9% en 2000. Cette diminution s'est faite à un rythme moyen de 2,25%, faisant passer cette source de la première à la deuxième position des sources d'eau à boire, entre 1991 et 2000.

Le robinet dans la maison ou dans la cour a connu une progression à un rythme moyen de 0,9% par an, passant de 33% en 1991 à 41,2% en 2000. Cette source d'eau occupe la première position des sources d'eau à boire en milieu urbain.

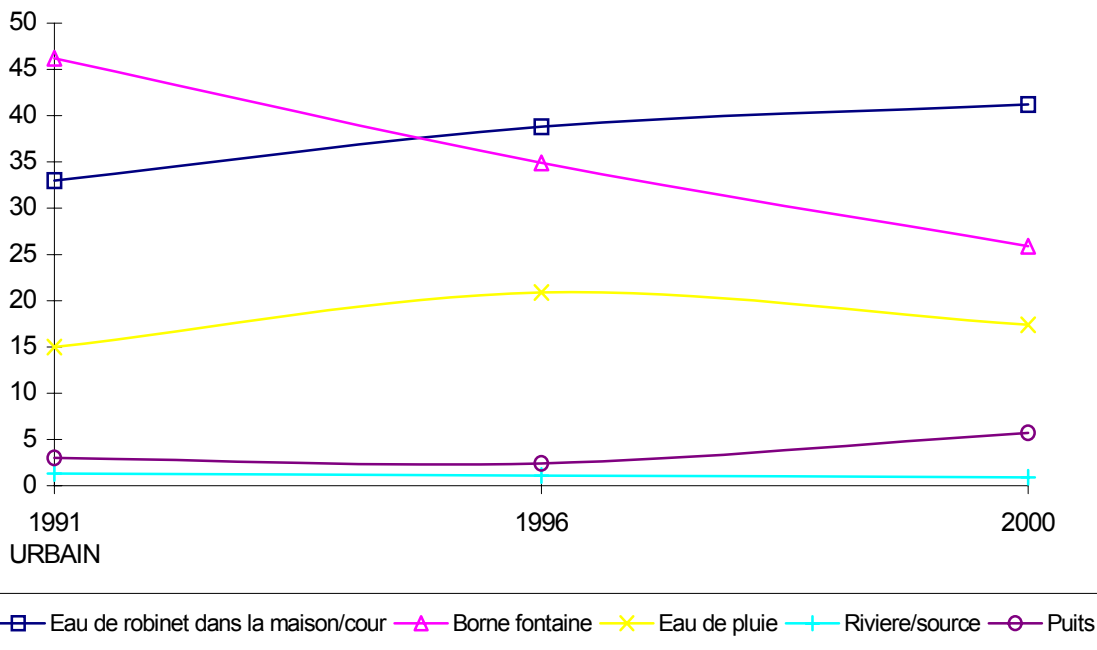
L'eau de pluie a connu une hausse relative entre 1991 et 1996 tout en restant en 3^{ème} position. En milieu rural, la borne-fontaine qui était la première source d'eau pour 33,8% des ménages en 1991 a connu une forte baisse, au rythme moyen de 1,7% par an, durant la décennie. Actuellement, elle est la source d'eau pour 18,1% des ménages. Inversement, l'utilisation de l'eau de pluie a enregistré une forte hausse au rythme moyen de 3% par an. Cette source, devenue de loin la première pour l'eau à boire est utilisée par 55,8% des ménages en 2000, contre 28% en 1991. Durant la décennie 90, l'accès à l'eau des ménages par le robinet dans la maison/cour n'a pas connu de changement significatif en milieu rural.

L'augmentation du pourcentage de la population utilisant l'eau de pluie comme source d'eau à boire s'explique par le manque de projet d'installation de nouveaux réseaux d'adduction surtout en milieu rural, dans l'île de la Grande Comore, ainsi que par l'arrêt des travaux d'extension des réseaux existants et des installations des bornes-fontaines dans l'ensemble du pays pour faire face aux besoins liés à la croissance démographique. Les réseaux d'adduction de Foubouni et Ntsaoueni mis en place au début de la décennie ne desservent qu'une part très faible de la population.

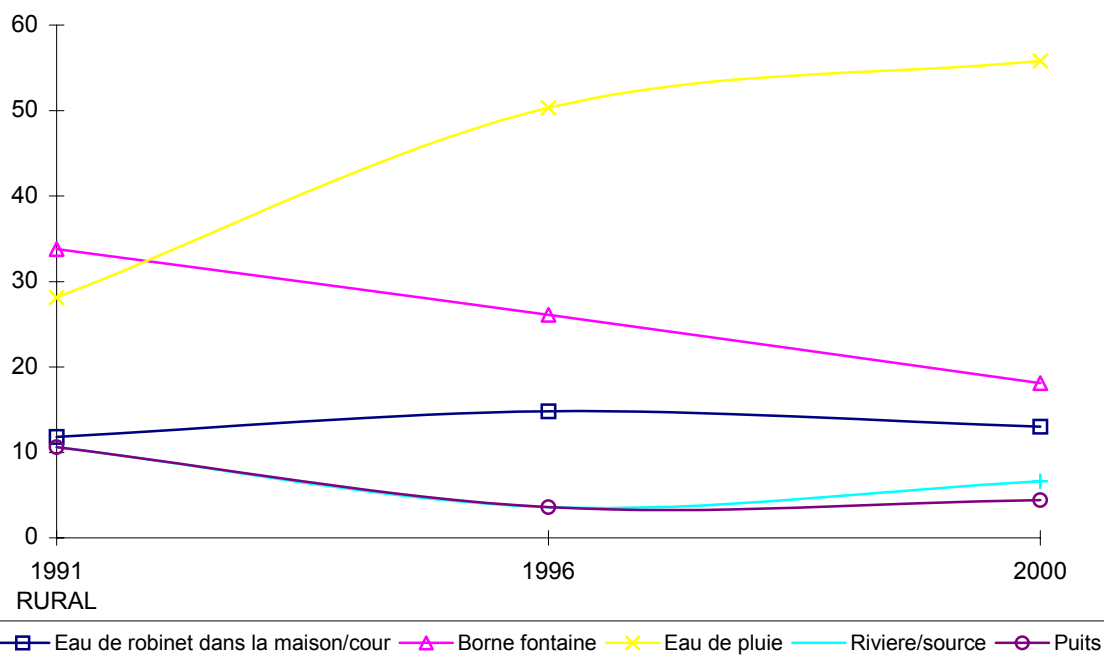
En milieu urbain, les branchements privés se sont développés et inversement l'installation des bornes fontaines a connu un arrêt quasi total depuis le début de la décennie

Si dans les îles d'Anjouan et de Mohéli les eaux de robinet et les bornes-fontaines alimentées par captage des eaux de surface (rivières et sources) permettent de satisfaire les besoins en quantité de la population, en revanche les normes de qualité ne sont pas du tout respectées. Dans l'île de la Grande Comore, les conditions hydrogéologiques particulières font que les eaux de surface sont pratiquement absentes et ce sont les captages des eaux souterraines et la récupération des eaux de pluie qui permettent de satisfaire les besoins en eau de la population. Dans l'ensemble, la ressource est suffisante pour les besoins en eau, et le problème posé concerne essentiellement la qualité. Il faut quand même souligner qu'à la Grande Comore, en milieu rural, des pénuries d'eau plus ou moins totales sont à déplorer durant la saison sèche. Des projets d'adduction d'eau dans ces zones sont encore en attente de financement.

Figure 9: Tendances nationales durant la décennie de la distribution des pourcentages de population par source d'eau à boire suivant le milieu urbain (a)/rural(b)



(a) Urbain



(b) Rural

De manière générale, la qualité de l'eau à boire se détériore, avec les incidences néfastes et avérées sur la santé, surtout celle des jeunes enfants. Les épidémies assez fréquentes de typhoïdes et l'épidémie de choléra des années 1997 et 1998 en sont à mettre sur le compte de cette situation.

Ceci est en partie lié à un manque de gestion à long terme des ouvrages et les équipements fournis lors de la réalisation des projets. Car seule une gestion durable des infrastructures mises en place permettront de garantir les charges de renouvellement des investissements, le coût du développement et d'extension des installations ainsi que les charges d'exploitation.

En résumé, la généralisation de l'accès à l'eau à boire potable nécessite un certain nombre d'actions comme :

- Rendre effective l'application de la loi portant code de l'eau,
- Améliorer de façon significative la qualité de l'eau en se conformant aux dispositions de la Loi, notamment en ce qui concerne l'obligation de la mise en place de périmètres de protection des captages et des sources d'eau destinées à la consommation,
- Mener des actions appuyées de sensibilisations auprès des utilisateurs sur l'intérêt qu'il y a à préserver la qualité de l'eau,
- Organiser la mise en place de systèmes adéquats de traitement de l'eau.
- Installer des structures spécialisées de gestion et de contrôle de la qualité de l'eau de boisson, et de maintenance des réseaux de distribution et des ouvrages de captage,
- Etendre les réseaux d'adduction et poursuivre les recherches des nappes productives de la Grande Comore, y compris dans les parties situées à l'intérieures de l'île,
- Trouver des modes de récupération et de stockage sécurisés des eaux de pluie ainsi qu'un traitement adéquat des quantités journalières destinées à la boisson.

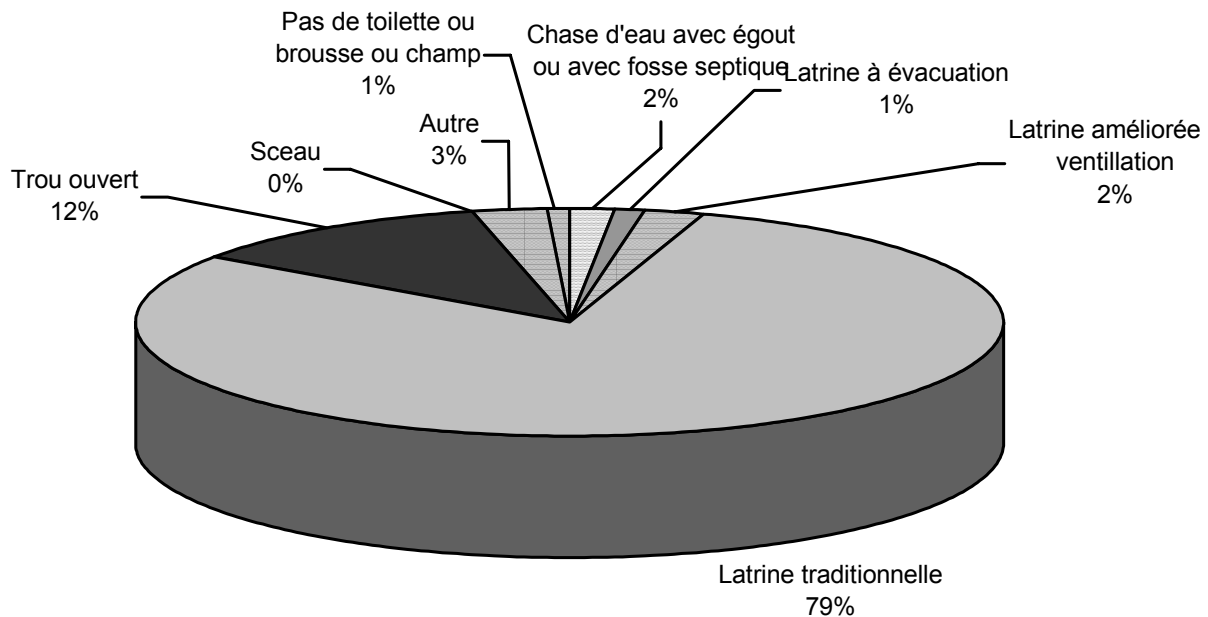
C.3 Assainissement

Un système sanitaire inadéquat et défaillant pour le traitement des excréta est associé à une large variété de pathologie incluant les maladies diarrhéiques et la polio.

Le pourcentage de la population ayant accès à un système sanitaire de traitement des excréta est obtenu à partir du traitement des réponses des ménages au questionnaire MICS. A la question « quel type de toilettes utilisez-vous dans votre ménage ? » Les modalités suivantes sont présentées : chasse d'eau avec égouts ou avec fosse septique, latrines à évacuation traditionnelle, latrines améliorées à ventilation (V.P), latrines traditionnelles, trou ouvert, seau, autre, pas de toilette/brousse ou champ.

Le tableau 14 ci-après indiqué donne une idée de la situation. Près de quatre vingt pour cent (79,8%) des ménages utilisent des latrines traditionnelles (figure 10 suivant), 1,6% des ménages possèdent un W.C avec chasse d'eau et 2,3% des latrines améliorées. Les W.C avec chasse d'eau sont en usage quasi-exclusivement dans les ménages urbains.

Figure 10 : Distribution des pourcentages de population par type de toilette



Si l'on considère que les toilettes avec chasse d'eau, les latrines améliorées, les latrines traditionnelles et les latrines à évacuation comme étant des systèmes adéquats, alors on peut dire que 84,6% des ménages comoriens disposent de système d'évacuation des excréments. Il y'a lieu de noter la disparité relative entre les milieux de résidence. En effet, 90% des ménages en milieu urbain disposent d'un système d'évaluation des excréments contre 83% en milieu rural. En la matière et au niveau régional, Mohéli (90%) dispose d'une certaine avance par rapport à la Grande Comore (83%) et à Anjouan (85%).

Comparées aux données du Recensement Général de 1991 et de l'Enquête Démographique et de Santé de 1996, qui donnent respectivement 85% et 75% des ménages qui utilisent des latrines traditionnelles, on constate qu'il n'y a pas de changements significatifs par rapport aux données du MICS 2000 (78%). On constate ainsi que les latrines traditionnelles sont encore très largement utilisées alors qu'elles présentent le grave inconvénient d'être ouvertes et de constituer ainsi des foyers favorables au développement des maladies infectieuses et parasitaires fréquentes aux Comores comme la filariose, le paludisme, les parasitoses intestinales, les maladies diarrhéiques

Tableau 14: Pourcentage population utilisant un système sanitaire de traitement et d'élimination des excréta, Comores, 2000

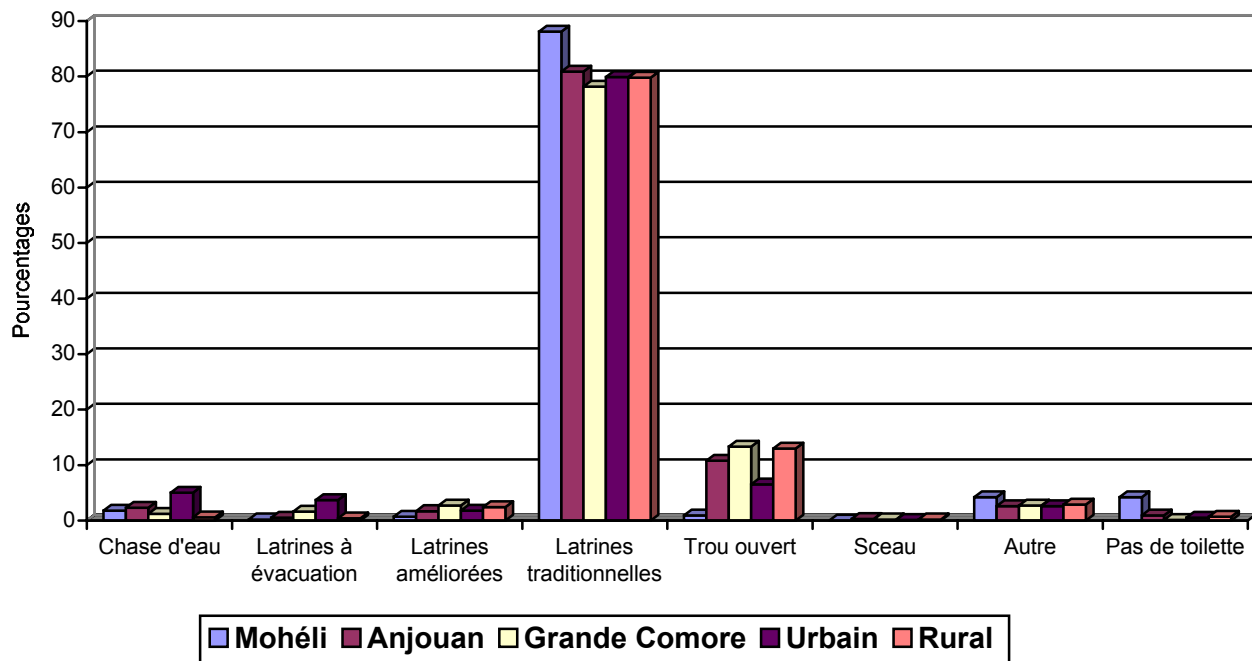
	Type de toilette									Total	Total qui possèdent un système sanitaire adéquat	Nombre de ménages
	Chase d'eau avec égout ou fosse septique	Latrines à évacuation	Latrines améliorées à ventilation	Latrines traditionnelles	Trou ouvert	Sceau	Autre	Pas de toilette ou brousse ou champ				
Mohéli	1,8	0,2	0,7	88,1	0,9	0,0	4,2	4,2	100,0	90,7	311	
Anjouan	2,3	0,5	1,7	80,9	10,8	0,3	2,6	0,9	100,0	85,2	1048	
Anjouan	2,3	0,5	1,7	80,9	10,8	0,3	2,6	0,9	100,0	85,2	1048	
Grande Comore	1,2	1,6	2,7	78,2	13,3	0,2	2,7	0,1	100,0	83,6	2319	
Grande Comore	1,2	1,6	2,7	78,2	13,3	0,2	2,7	0,1	100,0	83,6	2319	
									100,0			
									100,0			
Urbain	5,0	3,7	1,8	79,9	6,5	0,1	2,6	0,5	100,0	90,1	801	
Urbain	5,0	3,7	1,8	79,9	6,5	0,1	2,6	0,5	100,0	90,1	801	
Rural	0,6	0,4	2,4	79,8	13,0	0,2	2,9	0,7		83,1	2877	
Rural	0,6	0,4	2,4	79,8	13,0	0,2	2,9	0,7		83,1	2877	
									100,0			
Total	1,6	1,1	2,3	79,8	11,6	0,2	2,8	0,7	100,0	84,6	3678	

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 5

Ce tableau est basé sur les réponses à ES3. *Un système sanitaire pour le traitement des excréments* comprend les toilettes suivantes: celles avec chasse d'eau connectée au système d'égouts ou fosse sceptique, autre chasse d'eau, latrines améliorées, latrines traditionnelles. Les personnes vivant dans des ménages qui utilisent un des types de toilettes sont classées comme des personnes ayant accès à un système sanitaire pour le traitement des excréments. Les catégories 'aucun' et 'autre' sont classifiées comme n'ayant pas accès au système sanitaire pour le traitement des excréments.

L'information sur le type de toilettes provient du questionnaire sur le ménage, mais le tableau des données sur les personnes et no sur les ménages. Afin de calculer les données du tableau, chaque ménage a été pondéré (c'est-à-dire., multiplié) par le nombre de personnes dans le ménage.

Figure 11 : Distribution des Pourcentages des ménages par type de toilette suivant le milieu et suivant les îles.



D. MALNUTRITION DES ENFANTS.

Ce chapitre, consacré à la nutrition des enfants de moins de cinq ans, s'articule sur quatre points. Le premier concerne les politiques de développement conduites jusqu'à présent en matière de nutrition, en mettant en exergue les objectifs recherchés. Le deuxième point présente les résultats de l'enquête MICS 2000 relatifs à l'état nutritionnel de ces enfants : leurs modes d'alimentation, la prévention des carences nutritionnelles spécifiques chez ces enfants et les femmes qui allaitent, l'anthropométrie nutritionnelle à la naissance, en relation avec les caractéristiques socio-démographiques, telles que le sexe, l'île, le milieu de résidence, les catégories d'âge et le niveau d'instruction de la mère. Dans chacun des sous-thème, une analyse comparative, en rapport avec les données de l'EDS de 1996 et en fonction des objectifs nutritionnels de la SME, est effectuée.

D.1. Politiques en matière de nutrition

Dès 1977, les Comores ont adopté et mis en œuvre une politique d'autosuffisance alimentaire. Des actions nutritionnelles ont été développées et orientées surtout vers la substitution et/ou la diminution de la consommation des denrées alimentaires importées, tels que le riz et le froment de blé, au profit de produits locaux, en l'occurrence le maïs, les tubercules et autres féculents. Cette volonté politique de prévenir les différents types de malnutrition et les autres carences nutritionnelles s'est renforcée avec la promotion de la politique nationale des soins de santé primaires. Ainsi, des enquêtes nationales ont été effectuées en vue d'évaluer la situation nutritionnelle. Des diagnostics sur la Situation de la Femme et de l'Enfant Comoriens ont été posés. Des plans d'action ont été mis en chantier. Des actions en faveur de la promotion du sel iodé et de prise en charge nutritionnelle ont été aussi développées. De même, depuis le Sommet Mondial pour les Enfants (SME) en 1990, la Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN) en 1992 et le Sommet Mondial sur l'Alimentation (SMA) en 1996, d'autres actions visant à réduire la malnutrition protéino-énergétique et les carences nutritionnelles spécifiques, ont suivi, selon une stratégie multisectorielle et multidisciplinaire, au travers des projets ci-après.

- Plan National de Développement Sanitaire, Perspectives AN 2010 (1993).
- Programme National d'Action en faveur de la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant Comorien, (1992).
- Projet de Développement des Cultures Vivrières et Appui Sémencier (DECVAS) (1995).
- Promotion de la Sécurité Alimentaire des Ménages (PSAM), (1998).
- Programme Spécial pour la Sécurité Alimentaire (PSSA), (1999).
- Projet Pilote des Services Agricoles (PPSA), (2000).
- Plan National d'Action pour la Nutrition (PNAN), (2000).

Les objectifs visés par ces projets, rejoignent, entre autres, ceux du Sommet Mondial pour les Enfants et visent, d'ici l'an 2010, à savoir :

1. contribuer à assurer la sécurité alimentaire des ménages en vue d'améliorer l'état nutritionnel de la population comorienne ;
2. augmenter la production alimentaire pour fournir suffisamment de nourriture (en qualité et en quantité) aux ménages afin de réduire d'au moins deux tiers le nombre de ménages souffrant d'insécurité alimentaire ;
3. réduire d'au moins de moitié la prévalence de la malnutrition protéino-calorique chez les enfants de moins de cinq ans ;

4. réduire de 43% à 20% la contribution de la malnutrition à la mortalité infanto-juvénile ;
5. éliminer les carences en iode et en vitamine A par la consommation du sel iodé et des aliments riches en iode et en vitamine A ;
6. faire une enquête nationale sur la carence en fer en vue de connaître l'ampleur du problème et entreprendre des actions afin de réduire substantiellement la prévalence de l'anémie par carence en fer chez les enfants et les femmes.
7. ramener en dessous de 10% la prévalence de faibles poids de naissance (inférieur à 2,5Kg);
8. mettre en place un programme national intégré d'IEC en vue d'amener la population à adopter des modes de vie et des régimes alimentaires sains, favorables à un bon état sanitaire et nutritionnel ;
9. mettre en place d'ici 2005 les mécanismes intersectoriels requis pour garantir la qualité des denrées alimentaires à travers toute la chaîne alimentaire jusqu'à la consommation ;
10. élaborer et adopter d'ici 2002 un programme d'allaitement maternel qui intègre les recommandations du code international sur la commercialisation des substituts du lait Maternel et l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé(s)(IHAB) ;
11. mener des recherches appliquées en vue de proposer des solutions aux problèmes alimentaires et nutritionnels ;
12. doter le pays d'une structure efficiente de planification et de suivi de ces problèmes.

Même si ces objectifs ne sont pas atteints, certaines actions méritent d'être mentionnés comme :

- l'encadrement des paysans sur les techniques agricoles et culturelles pour la production vivrière et les cultures maraîchères dans le cadre des Centres Fédéraux d'Appui pour le Développement Rural (CEFADER) et du projet DECVAS
- l'organisation des paysans à travers des structures corporatistes, etc...

D'autres actions sont en cours de réalisation, mais elles sont quelque peu diluées et soumises aux contraintes auxquelles les paysans doivent faire face, comme les difficultés dans la commande des semences, l'étroitesse du marché, les défaillances dans les circuits de distribution, etc.

D.2. Etat nutritionnel des enfants de moins de cinq ans.

La malnutrition est mesurée, en comparant les enfants à ceux ayant les mêmes caractéristiques au niveau du standard de référence, au moyen d'indices nutritionnels que sont la Taille pour Age (T/A) ou Retard de croissance, le Poids pour la Taille (P/T) ou l'Emaciation, et le Poids pour l'Age (P/A) ou Insuffisance pondérale. Ces indices sont établis à partir des mensurations anthropométriques. Le standard de référence du NCHS/OMS représente la répartition de la taille et du poids par âge et sexe dans une population saine et bien nourrie. La distribution suit une loi normale de telle sorte que la moyenne et la médiane soient identiques. Les indices de l'état nutritionnel sont exprimés en termes de nombre d'unités d'écart-type (ET) par rapport à la médiane de la population de référence internationale pour cet âge.

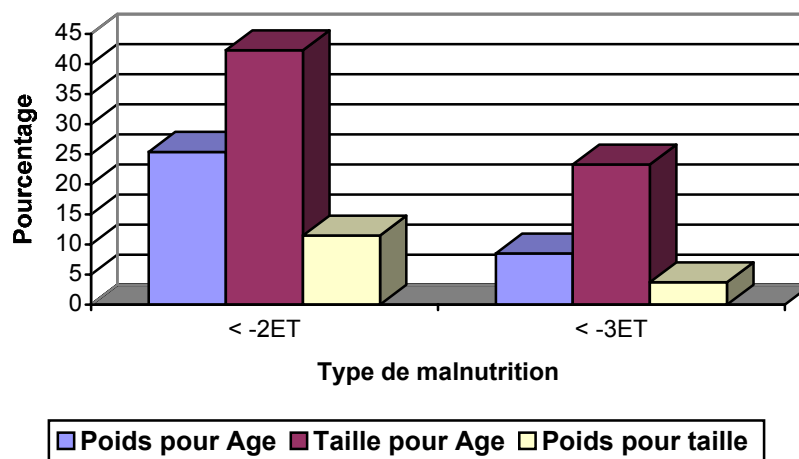
Et dans une population de référence, c'est à dire dans une population bien nourrie et en bonne santé, l'on s'attend à ce que 2,3% des enfants se situent en dessous de 2 ET (Ecart-Type), et 0,1% en dessous de 3 ET. Dans cette MICS 2000, les résultats sont quelque peu biaisés par des problèmes liés au déroulement de l'enquête et 34% des 4870 enfants âgés de 0 à 59 mois de l'échantillon ont été exclus du calcul des indicateurs nutritionnels pour mensurations manquantes ou pour données anthropométriques incohérentes. Le tableau 15 ci-dessous donne de façon détaillée les résultats obtenus des indices de malnutrition en fonction des caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 15: Pourcentage des enfants de moins de cinq ans qui souffrent d'une sous-nutrition sévère ou modérée, Comores, 2000

	Poids pour âge		Taille pour âge		Poids pour taille		Nombre d'enfants
	Pourcentage en dessous de - 2 SD	Pourcentage en dessous de -3 SD	Pourcentage en dessous de - 2 SD	Pourcentage en dessous de -3 SD	Pourcentage en dessous de -2 SD	Pourcentage en dessous de -3 SD	
Masculin	26,4	8,5	43,2	24,2	12,1	4,3	1656
Féminin	24,4	8,5	41,3	22,4	10,9	3,1	1523
Mohéli	40,4	15,2	31,9	14,1	28,3	9,7	264
Anjouan	35,3	13,6	53,2	35,9	9,8	3,3	1004
Grande Comore	18,2	4,9	38,0	18,0	10,1	3,1	1910
Urbain	25,5	9,4	31,8	15,7	15,8	5,7	717
Rural	25,4	8,2	45,4	25,5	10,3	3,2	2462
< 6 Mois	14,6	4,8	24,8	8,5	10,0	2,9	251
6-11 Mois	24,1	6,0	36,1	15,4	9,8	2,5	278
12-23 Mois	29,6	9,3	51,3	33,0	13,3	4,2	579
24-35 Mois	28,7	10,7	43,6	24,1	11,3	4,7	668
36-47 Mois	22,4	8,5	39,3	20,7	11,9	3,4	757
48-59 Mois	26,6	8,0	45,8	26,1	11,1	3,6	646
Niveau d'éducation de la mère							
Aucun	28,5	10,1	45,7	26,3	11,8	3,9	2122
Primaire	19,2	5,2	37,8	17,2	11,3	4,9	489
Primaire	19,2	5,2	37,8	17,2	11,3	4,9	489
Secondaire	18,4	5,5	32,7	15,8	11,8	2,3	475
Secondaire	18,4	5,5	32,7	15,8	11,8	2,3	475
Programme non-formel	23,1	5,1	38,3	20,9	5,1	0,0	55
Programme non-formel	23,1	5,1	38,3	20,9	5,1	0,0	55
Total	25,4	8,5	42,3	23,3	11,5	3,7	3179

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 3, 9, 26

Figure 12 : Pourcentage des enfants de moins de 5 ans qui présentent une malnutrition modérée ou sévère



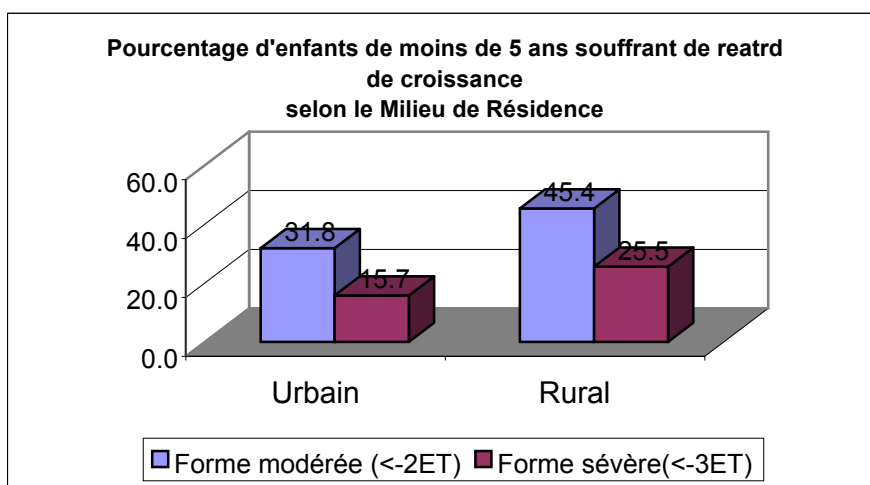
Retard de croissance ou Malnutrition chronique.

Le retard de croissance rend compte de la taille d'un enfant par rapport à son âge. C'est un indicateur de déficiences de croissance cumulées causées par une sous-alimentation chronique, de maladies à répétition et des pratiques alimentaires inadéquates survenues pendant une période relativement longue.

Selon la MICS 2000, 42,3% d'enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique et plus d'un enfant sur cinq (23,3%) de malnutrition chronique sévère. Les prévalences de cette malnutrition, mesurées au cours de cette enquête chez les enfants âgés de 0 à 59 mois, sont élevées pour toutes les caractéristiques socio-démographiques.

Les enfants résidant en milieu rural semblent plus marqués par le retard de croissance que ceux du milieu urbain : 45% contre 32% pour la forme modérée et 25,5% contre 15,7% pour la forme sévère (voir graphique 2 ci-dessous)

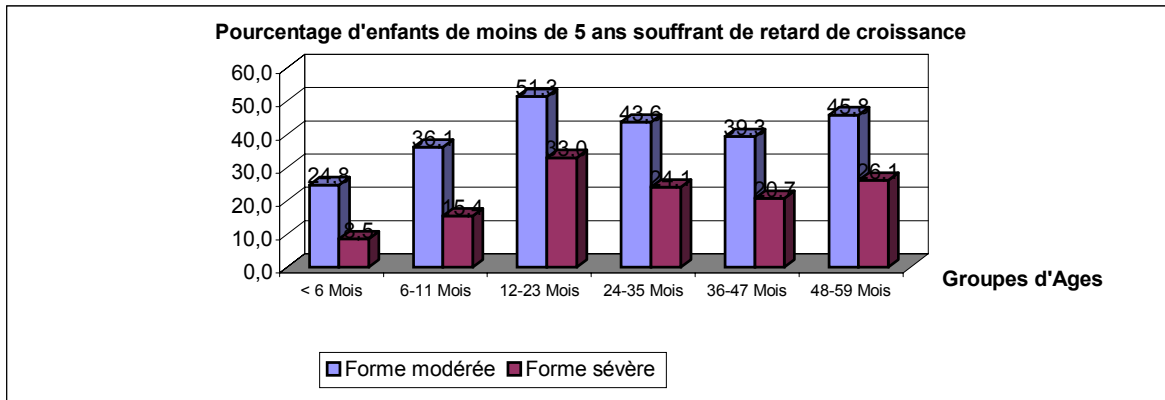
Figure 13:



La différence entre les garçons (43,2%) et les filles (41,3%) pour la forme modérée et de 24,2% contre 22,4% pour la forme sévère, varie peu. Selon l'île de résidence de ces enfants et quelle que soit la forme de ce type de malnutrition, il y a de très fortes variations. Un peu plus de la moitié des enfants se retrouvent à Anjouan en dessous de moins deux écarts types

(53,2% < - 2 E.T.). A la Grande-Comore et à Mohéli, ils représentent plus du tiers des enfants soit respectivement (38,0% et 32%). Quant à ceux qui sont atteints sévèrement de retard de croissance suivant l'île de résidence, les taux sont de : 36% pour Anjouan, 18% pour la Grande-Comore et 14%, pour Mohéli.

Figure 14 :



Selon l'âge des enfants, aucune catégorie d'âge n'est épargnée par le retard de croissance, et plus celle des 12-23 mois (51,3%). La forme sévère suit la même tendance jusqu'à peine 4 ans, mais à partir de la quatrième année, les tendances s'inversent de manière significative. Même si les prévalences restent élevées, elles varient énormément selon le niveau d'instruction de la mère. Les enfants des mères n'ayant aucun niveau d'instruction présentent plus de cas de malnutrition chronique que ceux des mères qui ont atteint le niveau primaire ou/et secondaire.

Emaciation ou malnutrition aiguë.

L'émaciation reflète la masse corporelle par rapport à la taille et indique la maigreur ou la corpulence, et indique l'état nutritionnel de l'enfant au moment de l'enquête. Cet indice est fortement influencé par les changements saisonniers qui sont liés à la disponibilité ou non des aliments, et/ou à la fréquence des maladies aiguës comme la diarrhée...

Les taux de cette malnutrition aiguë vont croissant pour toutes les caractéristiques socio-démographiques. Au niveau national, on a 11,5% de prévalence, dont 4% pour la forme sévère. Les enfants résidant en milieu urbain (15,8%) sont plus touchés par la malnutrition aiguë que ceux qui sont en milieu rural (10,3%). Les garçons sont autant touchés que les filles (12% contre 11%).

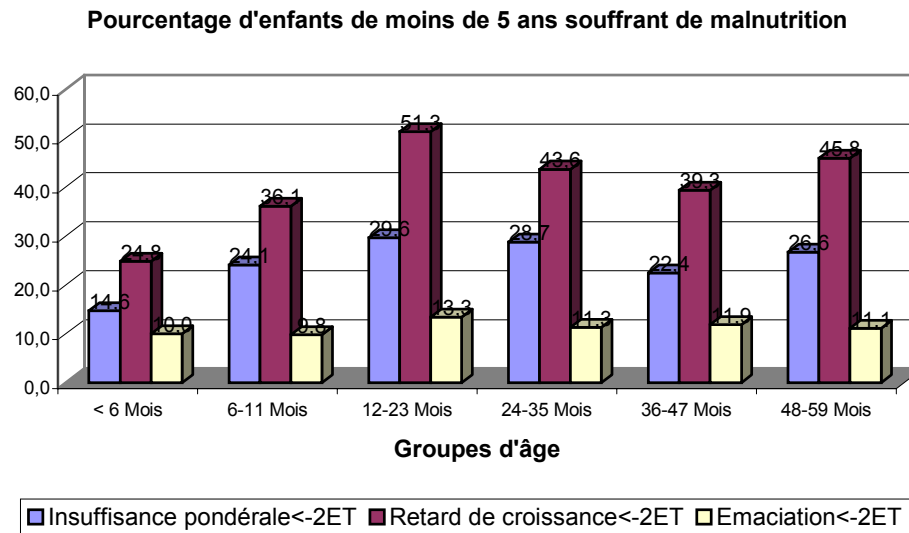
Toutefois, contrairement à ce que l'on a vu pour le retard de croissance, les enfants à Mohéli semblent plus émaciés aussi bien pour la forme modérée (28,3%) que pour la forme sévère (9,7%), par rapport à ceux de la Grande-Comore (10,1% et 3,1%) et à ceux d'Anjouan (9,8% et 3,3%). Suivant l'âge des enfants, c'est toujours la tranche d'âge 12 - 23 mois qui reste comme, la malnutrition chronique, la plus affectée avec 13,3%. Par contre, le niveau d'instruction semble peut influencer sur cette malnutrition aiguë.

Insuffisance pondérale.

Elle rend compte de la masse corporelle. Elle reflète en même temps la malnutrition chronique et la malnutrition aiguë, suivant l'indice P/A. Cet indicateur est utile, car il permet de mesurer la prévalence de la malnutrition, toutes formes confondues, et d'évaluer les changements dans le temps.

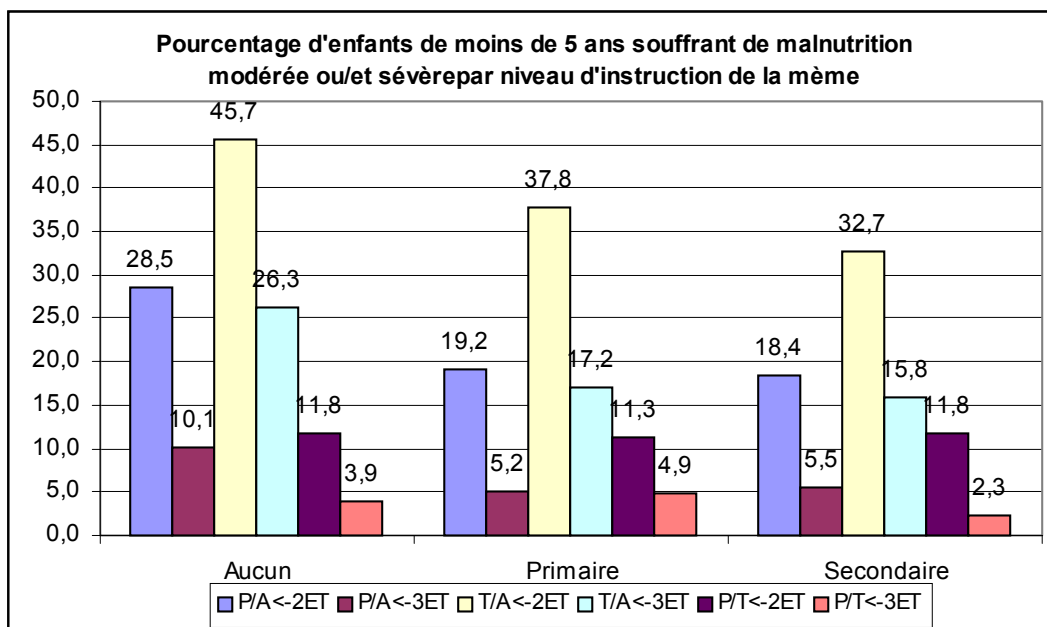
Importante, elle concerne 25,4% des enfants de moins de 5 ans pour la forme modérée et 8,5% par la forme sévère. Suivant les caractéristiques socio-démographiques, les mêmes tendances sont à la hausse comme pour l'émaciation. Suivant le milieu de résidence, il n'y a pas de différence au niveau des prévalences même si elles demeurent élevées. Sans toutefois noter une différence significative entre les garçons et les filles, le taux des garçons dépasse celui des filles (26,4% contre 24,4%). Les enfants à Mohéli paraissent plus touchés (40%) que ceux qui résident à Anjouan (35,3%) et/ou à la Grande-Comore (18,2%). Quant à l'âge des enfants, ce sont les mêmes tendances constatées. Les groupes d'âge 12 – 23 mois et 24 - 35 mois renferment le plus grand nombre d'enfants qui accusent le plus l'insuffisance pondérale (voir graphique 4 ci-dessous).

Figure 15 :



Le niveau d'instruction influe également sur l'insuffisance pondérale. Plus la mère a fréquenté le niveau primaire ou/et secondaire, moins ses enfants présentent une insuffisance pondérale (19% contre 28,5% pour le mères sans instruction). Ceci est illustré par le **graphique 5** ci-dessous.

Figure 16



Ces niveaux de malnutrition dépassent de très loin les niveaux attendus dans une population bien nourrie et en bonne santé. Il apparaît clairement que le problème de malnutrition protéino-énergétique, le plus important aux Comores, celui qui handicape le plus le développement des enfants de moins de 5 ans, est le retard de croissance. Les résultats dégagés par cette enquête corroborent l'ampleur et la gravité de cette pathologie nutritionnelle qui ne cesse de prendre de l'importance depuis l'enquête sur l'état nutritionnel réalisée en 1991, même si celle-ci concernait les enfants âgés de 0 à 23 mois (moins de 2 ans), alors l'EDS 96 avait porté sur ceux de moins de 3 ans, tout comme la MICS 2000. En considérant les deux groupes d'âge de l'EDS 1996 et de la MICS 2000 tels qu'ils figurent dans les tableaux ci-dessous, il apparaît que la malnutrition, et plus particulièrement de la malnutrition chronique, a continué à s'aggraver durant ces 5 dernières années.

Tableau 15a : Répartition des différents types de malnutrition protéino-énergétique identifiés par EDS'96

Types de Malnutrition Protéino-Energétique.	Mohéli	Anjouan	Grde-Comore	COMORES
Insuffisance pondérale				
▪ P/A < - 2 E.T.	30,6	32,7	18,9	25,8
▪ P/A < - 3 E.T.	9,7	11,9	4,0	7,9
Retard de croissance				
▪ T/A < - 2 E.T.	27,8	41,6	27,6	33,8
▪ T/A < - 3 E.T.	5,6	19,8	8,8	13,4
Emaciation				
▪ P/T < - 2 E.T.	16,7	10,1	5,2	8,3
▪ P/T < - 3 E.T.	4,2	2,0	1,6	2,0
Effectif	72	404	445	921

Source : EDS aux Comores réalisée en 1996 chez enfants de moins de 3 ans.

Tableau 15b : Répartition des différents types de malnutrition protéino-énergétique identifiés par MICS 2000

Types de Malnutrition Protéino-Energétique.	Mohéli	Anjouan	Grde-Comore	COMORES
---	--------	---------	-------------	---------

Insuffisance pondérale				
▪ P/A < - 2 E.T.	39,1	36,5	19,8	26,3
▪ P/A < - 3 E.T.	16	14,7	4,9	8,7
Retard de croissance				
▪ T/A < - 2 E.T.	35,0	51,6	38,9	42,3
▪ T/A < - 3 E.T.	16,5	33,9	19,5	23,4
Emaciation				
▪ P/T < - 2 E.T.	24,2	10,3	10,4	11,5
▪ P/T < - 3 E.T.	12,7	3,3	3	3,9
Effectif	153	516	1107	1776

Source : MICS 2000 aux Comores réalisées chez les moins de 3 ans.

Les prévalences pour toutes les formes de malnutrition ont augmenté de manière significative pour toutes les catégories socio-démographiques. Il ressort que c'est le groupe d'âge des 12–23 mois, voire pour ceux de moins de 3 ans, qui pâtissent le plus de ces carences énergétiques. La situation est plus préoccupante pour les enfants à Anjouan, notamment pour la forme chronique.

La hausse de ces malnutritions peut être liée à l'insécurité alimentaire des ménages, dans la mesure où selon l'enquête budget et consommation réalisée en 1995, un tiers des ménages environ, éprouverait des difficultés à assurer par jour et par tête, le minimum retenu de ration alimentaire journalière équivalent à 1931 kilo-calories, permettant de mener au moins une vie active. Mais, par ailleurs, il est établi dans l'étude du bilan de disponibilité alimentaire pour l'année 1997, que l'on dispose en moyenne 1947 kcal par personne et par jour.

Quoiqu'il en soit, la situation paraît très inquiétante. Selon l'EDS de 1996, la malnutrition contribue à la mortalité infanto-juvénile pour 43% des cas, dont 34% est attribuée à la forme modérée et 9% à la forme sévère. Au regard de ces chiffres, la part de la malnutrition à cette mortalité infanto-juvénile ne saurait que croître davantage en toute logique. Cet état de fait démontre malheureusement qu'on est encore loin d'atteindre les objectifs fixés à travers les programmes de développement socio-économiques énumérés ci-haut et ceux du Sommet mondial pour l'enfance.

D.5. Allaitement maternel

Au cours de cette enquête à indicateurs multiples, on a demandé aux mères :
si elles avaient allaité leurs enfants vivants nés dans les 12 derniers mois ;
si pendant les 24 heures ayant précédé l'enquête, leurs enfants étaient allaités ;
et pendant combien de temps elles avaient allaité ;
à quel âge elles avaient introduit des aliments de complément : et quel type d'aliments.

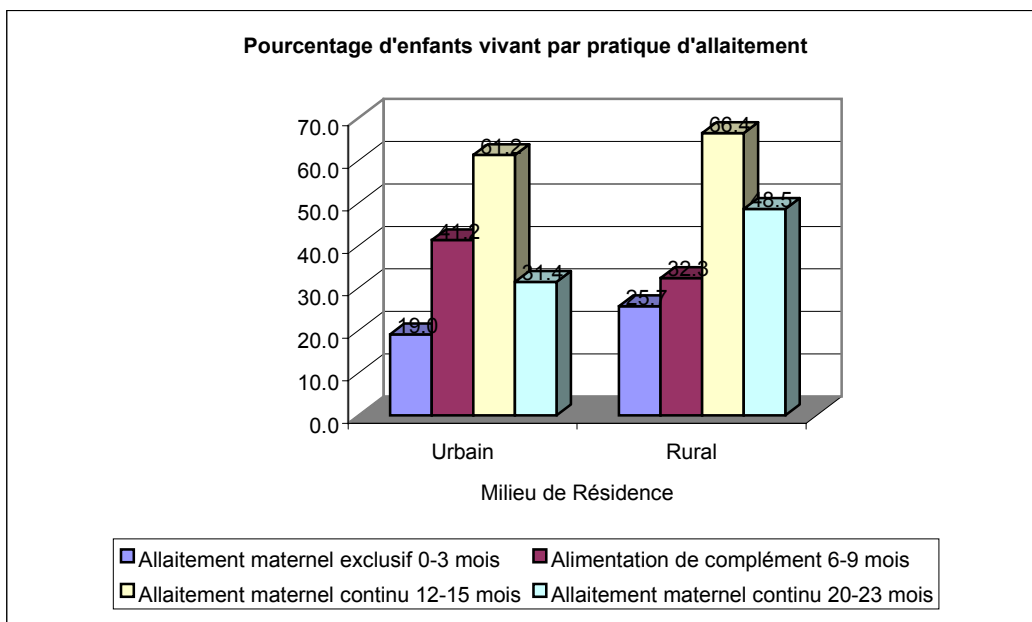
On a aussi demandé aux mères si elles ont utilisé le biberon. En effet, selon la définition de l'OMS et de l'UNICEF, l'allaitement maternel exclusif se réfère aux enfants qui sont uniquement nourris au sein et qui ne reçoivent en supplément que des vitamines, des sels minéraux et des médicaments, de la naissance à l'âge de 4 à 6 mois.

La pratique de l'allaitement maternel aux Comores semble largement répandue. Elle profite à 95,1% des nourrissons de 0-1 mois, au moment de l'enquête, selon les déclarations des mères. Cette habitude est conservée tout au long de la première année, car la proportion de nourrissons de moins de 12 mois toujours allaités n'a pas varié (95,0%). Toutefois, au regard des résultats, certaines données laissent supposer que ces nourrissons ont reçu d'autres

préparations pour bébé, et surtout que 5% des nourrissons de 0–1 mois n’ont pas été du tout allaités. Ce pourcentage n’est pas négligeable à cet âge, étant donné que tout enfant doit être nourri au sein. Si effectivement 5% des nourrissons sont pratiquement exclus de l’allaitement, il y a lieu d’en être préoccupé, en raison des conséquences sur la santé de ces enfants. Mais cette hypothèse paraît peu vraisemblable dans la mesure où des pareils cas sont rarissimes, plus particulièrement dans les pays en voie de développement. A cet effet, on notera que suivant l’enquête EDS des Comores de 1996, aucun enfant (0,00%) n’a été privé d’allaitement maternel entre 0–3 mois. En toute hypothèse, les données aboutissant à ce taux de 5% sont biaisées.

Les prévalences de l’allaitement maternel exclusif demeurent toujours faibles. A 0-1 mois, 27,1% des enfants ont connu ce mode d’alimentation ; à 0–3 mois, seulement 24,3% l’ont eu et en dessous de 6 mois, il n’y a eu que 21,3 % des enfants. D’autres substituts du lait maternel sont introduits dans l’alimentation des enfants. A 0–1 mois, 16,3% ont reçu de l’eau en plus du sein et 51,7% sont nourris avec des liquides et d’autres aliments solides. Ces chiffres traduisent des comportements alimentaires inappropriés des mères à l’égard de l’alimentation de leur progéniture, comportement particulièrement préjudiciables à l’état nutritionnel et sanitaire des enfants. Les mères résidant en milieu rural pratiquent davantage ce mode d’alimentation pour les enfants de 0 à 3 mois(25,7%) que celles en milieu urbain (19,0%).

Figure 17 :



Il y a presque autant des filles que des garçons de 0 à 3 mois nourris exclusivement à l’allaitement maternel (24,6% contre 24,1%). En Grande-Comore la proportion d’enfants nourris exclusivement au sein paraît identique à la moyenne mesurée au niveau national. Et les mères qui n’ont pas été à l’école allaitent beaucoup plus leurs bébés que celles qui y ont été (27,5% contre 20,5%). Le tableau 16 qui suit résume les pourcentages d’enfants vivant par type d’allaitement.

Tableau 16: Pourcentage des enfants vivants par type d'allaitement, Comores, 2000

	Pourcentage des enfants de 0-3 mois exclusivement allaités	Nombre d'enfants	Pourcentage des enfants de 6-9 mois recevant du lait maternel et des aliments solides/semi- solides	Nombre d'enfants	Pourcentage des enfants de 12-15 mois allaités	Nombre d'enfants	Pourcentage des enfants de 20-23 mois allaités	Nombre d'enfants
Masculin	24,1	133	32,9	168	65,3	168	48,4	118
Féminin	24,6	109	36,0	152	65,4	173	40,8	92
Mohéli	4,0	16	62,2	33	60,5	24	23,9	13
Anjouan	29,0	62	37,6	74	58,4	82	35,1	57
Grande Comore	24,5	164	28,9	213	68,2	235	51,2	139
Urbain	19,0	49	41,2	74	61,2	70	31,4	42
Rural	25,7	193	32,3	246	66,4	271	48,5	168
Aucun	27,5	137	36,9	207	62,8	202	42,9	128
Primaire	18,3	56	36,9	59	75,5	64	42,7	48
Secondaire	22,7	43	23,6	45	65,4	68	52,6	30
Programme non-formel	9,7	5	17,1	4	50,0	5	72,4	2
Total	24,3	242	34,3	320	65,3	341	45,1	210

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 16

Selon les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF, l'âge auquel d'autres aliments solides et semi-solides doivent être introduits en complément du lait maternel se situe entre 6 et 9 mois. Or suivant les données de l'enquête, il apparaît que seulement 34,3% sont dans ce cas. Ce qui veut dire que 2/3 (65%) des enfants reçoivent tardivement une alimentation complémentaire, c'est à dire au-delà de 9 mois. Ce comportement alimentaire contribue aussi à détériorer l'état nutritionnel des enfants, ce qui pourrait expliquer les fortes prévalences mesurées pour les trois types de malnutrition. Entre l'EDS de 1996 et la MICS 2000, 25% des enfants de moins de 5ans ont passé tardivement à l'alimentation de complément, à l'âge de 9 mois. Cette baisse peut être attribuée, d'une part, à la méconnaissance par les mères des modes d'alimentation de l'enfant, et d'autre part, à l'absence pendant un temps plus ou moins long des mères résidant en milieu urbain, à cause de leurs exigences professionnelles. Les mères résidant en milieu urbain ont mieux passé à l'alimentation complémentaire de leurs enfants à l'âge requis selon les normes de l'OMS et de l'UNICEF que celles des enfants en milieu rural (41% contre 32%). Il apparaît également que les filles sont un peu mieux traitées que les garçons (36% contre 33%). Selon le niveau d'instruction des mères, en considérant les deux modalités : « n'ayant pas été à l'école » et « ayant fréquenté l'école », il est avéré que les enfants dont les mères n'ont aucune instruction semblent avoir eu une alimentation complémentaire à l'âge convenu par rapport aux enfants dont les mères ont déclaré avoir été à l'école. Cette différence peut être associée à la disponibilité et à la présence des mères qui n'ont pas fréquenté l'école dans le ménage, contrairement à celles qui sont instruites, car elles sont censées avoir un travail...

De même, suivant les mêmes recommandations, l'allaitement maternel doit être poursuivi jusqu'à l'âge de 12–15 mois, voire 20–23 mois. Les taux mesurés sur la poursuite de l'allaitement prouvent qu'à 12-15 mois, 2/3 des mères continuent à allaiter leurs enfants (65%). Selon le milieu de résidence, le taux d'allaitement continu est meilleur en milieu rural qu'en ville (68% contre 62%). Entre l'âge 12-15 mois, il est le même aussi bien chez les filles que chez les garçons et correspond à la moyenne mesurée au niveau national. Par contre, si l'on considère le niveau d'instruction selon deux modalités retenues ci-dessus, pour les mêmes raisons évoquées plus haut, il apparaît que le taux d'allaitement continu est plus élevé chez les femmes ayant fréquenté l'école que chez celles qui n'ont aucun niveau d'instruction.

La poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 20-23 mois est pratiquée par 45% des mères. Même si le taux de poursuite doit logiquement baisser en fonction de l'âge, la chute ne doit pas être brusque comme on le constate ici : moins de 20 points. Certes, il doit diminuer, mais de façon régulière, et non en cascade, jusqu'à l'âge de 24 mois. Cette allure dénote de pratiques alimentaires aléatoires des mères peu au fait des règles alimentaires adaptés à l'enfant. Près d'un tiers des enfants sont ainsi privés d'un aliment précieux pour compléter et équilibrer leur ration journalière. Suivant le milieu de résidence, les mères en milieu rural continuent toujours de donner le sein à leurs enfants à l'âge 20-23 mois par rapport à celles qui vivent dans les villes (48,5% contre 31,4%). A cet âge, l'allaitement continu est à l'avantage des garçons (48% contre 41% pour les filles). Les mères qui ont fréquenté le système formel d'éducation continuent plus à donner le sein à leurs enfants que celles qui n'ont pas du tout été à l'école (48% contre 43%). Le taux d'abandon de l'allaitement maternel continu est très important à cet âge et laisse présumer que la ration journalière d'un nombre considérable d'enfants demeure en quantité et en qualité insuffisante pour une croissance et une santé satisfaisantes. En effet, les chiffres ventilés dans le tableau ci-dessous permettent d'apprécier la situation actuelle de l'allaitement.

Tableau 16w: Pourcentage des enfants vivants par type d'allaitement, Comores, 2000

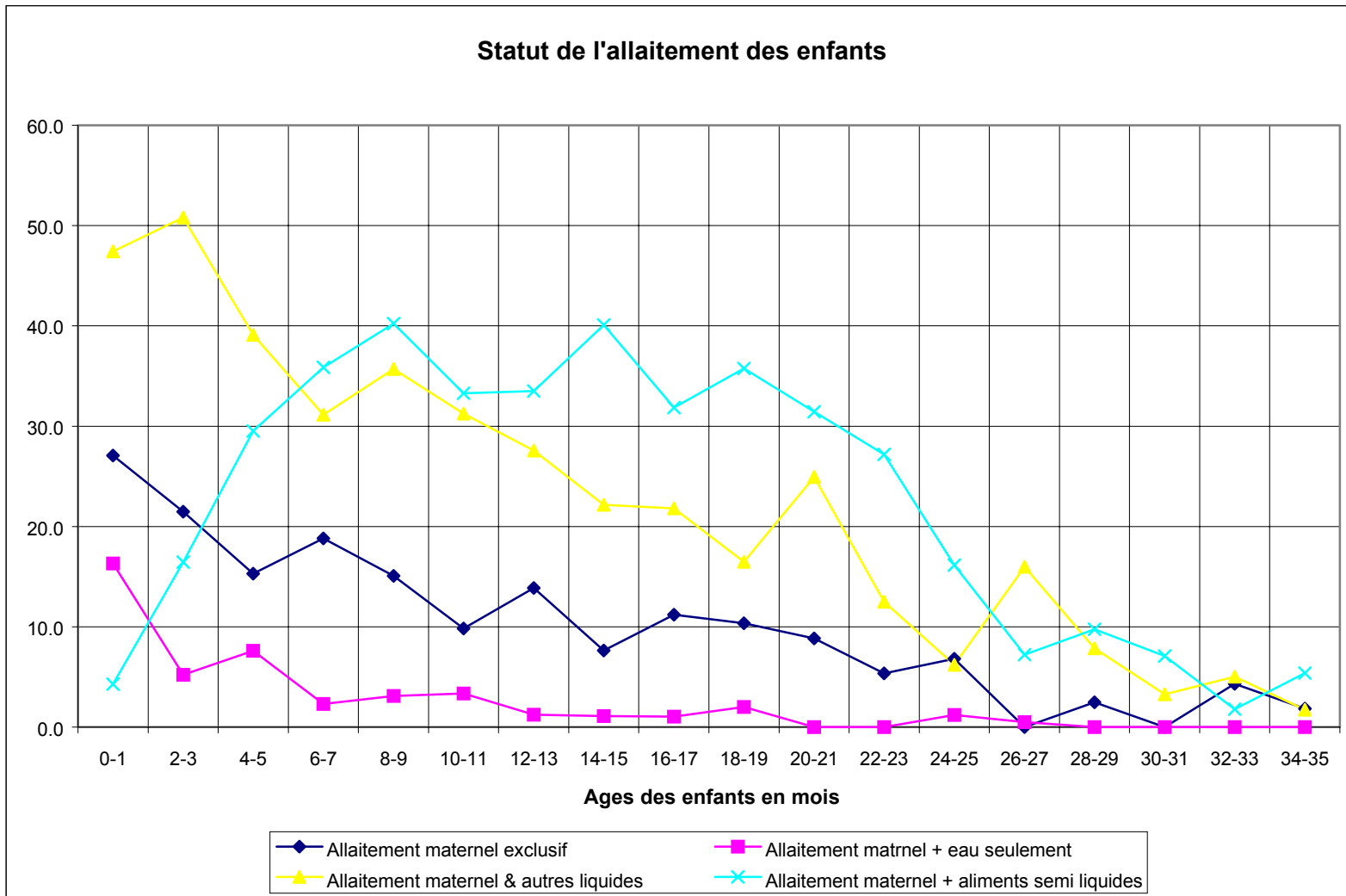
Age (en mois)	Statut d'allaitement					Total	Nombre d'enfants
	Pas d'allaitement	Allaitement Exclusif	Allaitement et eau plate	Allaitement et Eau sucré/jus	Allaitement et aliment solide		
0-1	4,9	27,1	16,3	47,4	4,3	100,0	95
2-3	6,1	21,5	5,2	50,8	16,5	100,0	129
4-5	8,5	15,3	7,6	39,1	29,5	100,0	204
6-7	11,9	18,8	2,3	31,1	35,9	100,0	154
8-9	5,9	15,1	3,1	35,7	40,2	100,0	135
10-11	22,3	9,8	3,4	31,3	33,3	100,0	122
12-13	23,8	13,9	1,2	27,6	33,5	100,0	138
14-15	29,0	7,6	1,1	22,2	40,1	100,0	158
16-17	34,1	11,2	1,1	21,8	31,8	100,0	229
18-19	35,4	10,4	2,0	16,5	35,7	100,0	114
20-21	34,8	8,8	0,0	24,9	31,5	100,0	79
22-23	55,0	5,3	0,0	12,5	27,2	100,0	95
24-25	69,6	6,8	1,2	6,2	16,2	100,0	95
26-27	76,3	0,0	0,5	16,0	7,2	100,0	103
28-29	79,9	2,5	0,0	7,9	9,8	100,0	298
30-31	89,6	0,0	0,0	3,3	7,1	100,0	112
32-33	88,9	4,3	0,0	5,0	1,8	100,0	93
34-35	91,0	1,8	0,0	1,7	5,4	100,0	66

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 16

A la lumière du statut de l'allaitement maternel détaillé dans ce tableau et en se référant à celui illustré par l'EDS de 1996, de nombreux contrastes émergent. En 1996, l'allaitement maternel exclusif profitait à un nombre très réduit des bébés de 0–1 mois (10%) et de 0–3 mois (4,7%). Avec la MICS 2000, on enregistre une amélioration de l'allaitement maternel exclusif qui passe, pour les 0 à 1 mois, à 27%, et à 24,3% pour ceux de 0 à 3 mois. On constate également que la manière dont les mères pratiquent l'allaitement maternel et les autres modes d'alimentation de l'enfant est à déplorer.

Il a été prouvé par l'EDS/96 que les enfants recevaient très tôt des compléments au lait maternel : 7% des préparations pour bébé ; 17%, du lait artificiel ; 40%, d'autres types de liquides comme des jus des fruits et 7% des aliments semi-liquides et/ou solides. Selon la MICS 2000, de 0 à 1 mois, 47% des bébés reçoivent en plus du lait maternel d'autres liquides et 5% des aliments semi-liquides et/ou solides. En conséquence, l'allaitement maternel exclusif concerne toujours un nombre très réduit de bébés âgés de 0 – 3 mois (voir graphique 8 ci-dessous). L'introduction d'aliments de complément à l'âge recommandé ne profite pas aux enfants dans leur ensemble, la poursuite de l'allaitement maternel au-delà de 12 mois régresse et la durée moyenne de l'allaitement tend à la baisse par comparaison aux données de l'EDS 96. Ces comportements alimentaires tendent à réduire le nombre des tétées, la production du lait et à compromettre ainsi les avantages qu'on pouvait attendre des politiques de la planification familiale, surtout l'espacement des naissances.

Figure 18 :



Source : MICS/ 2000

D.3. Consommation du sel iodé et Supplémentation en vitamine A.

Consommation du sel iodé.

Le test sur le sel iodé est effectué sur l'ensemble du territoire sur un échantillon de 3677 ménages suivant la répartition par île ci-après : Mohéli 311, Anjouan 1048 et la Grande Comore 2319 (voir Tableau 17 ci-dessous).

Tableau 17: Pourcentage de ménages consommant du sel adéquatement iodé, Comores, 2000

	Pourcentage des ménages n'ayant pas de sel	Pourcentage des ménages dans lesquels le sel a été testé	Pourcentage des ménages avec le sel testé		Nombre de ménages enquêtés
			< 15 PPM	15+ PPM	
Mohéli	14,6	84,3	30,1	69,9	311
Anjouan	1,7	90,9	9,3	90,7	1048
Grande Comore	6,3	86,9	20,1	79,9	2319
Urbain	3,8	90,2	17,5	82,5	801
Rural	6,2	87,2	17,8	82,2	2877
Total	5,7	87,8	17,8	82,2	3678

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro14

Note: le sel adéquatement iodé est le sel testé à 15 PPM (parties par million) ou plus.

Tableau 17a: Pourcentage des personnes consommant du sel adéquatement iodé, Comores, 2000

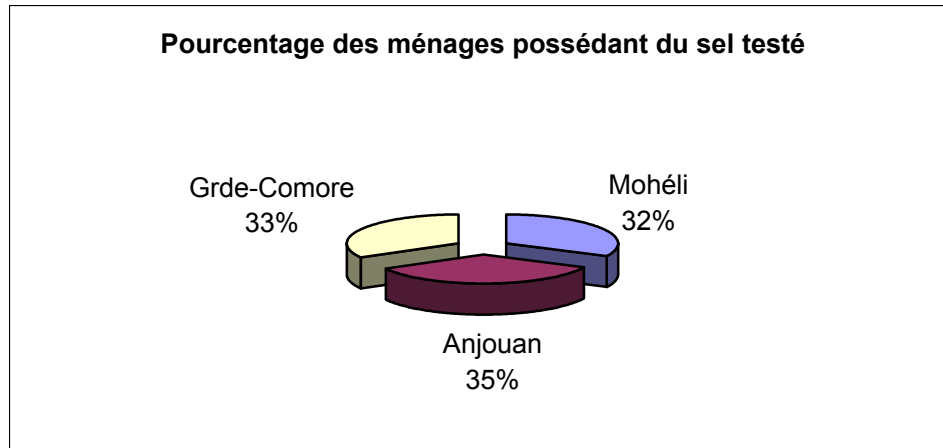
	Pourcentage de population n'ayant pas de sel	Pourcentage de population pour laquelle le sel a été testé	Pourcentage de population avec le sel testé		Nombre de personnes enquêtées
			< 15 PPM	15+ PPM	
Mohéli	13,0	86,3	31,6	68,4	2234
Anjouan	1,6	91,1	8,7	91,3	8139
Grande Comore	6,0	86,9	19,9	80,1	16911
Urbain	3,5	90,1	17,4	82,6	5868
Rural	5,8	87,6	17,4	82,6	21416
Total	5,3	88,1	17,4	82,6	27284

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro14

Note: le sel adéquatement iodé est le sel testé à 15 PPM (parties par million) ou plus.

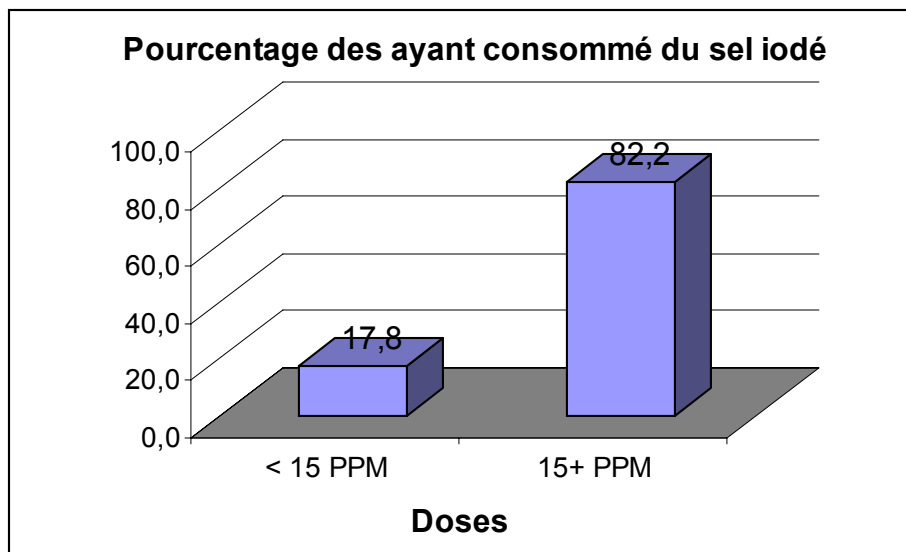
Ainsi, 3229 ménages correspondant à 87,8% du total possédaient du sel au moment de l'enquête. Le graphique 9 ci- dessous présente la répartition par île.

Figure 19 :



Dans l'ensemble, la proportion de ménages qui ne disposait pas de sel au moment de l'enquête est de 5,7% et on a enregistré 6,5% des ménages où les données récoltées ne pouvaient pas être exploitées sur le plan informatique. Suivant le milieu de résidence, le taux de réalisation du test sur la présence d'iode dans les ménages est un peu plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (90% contre 87%). Au niveau des îles, le nombre de ménages touchés est très important. C'est à Anjouan où on a pu constater le plus d'iode dans le sel consommé dans les ménages (91,0%), par rapport à la Grande-Comore (87%) et à Mohéli (84%). En revanche, c'est l'île de Mohéli où l'on a constaté une proportion non négligeable de ménages qui ne possédaient pas de sel pour le test (15%).

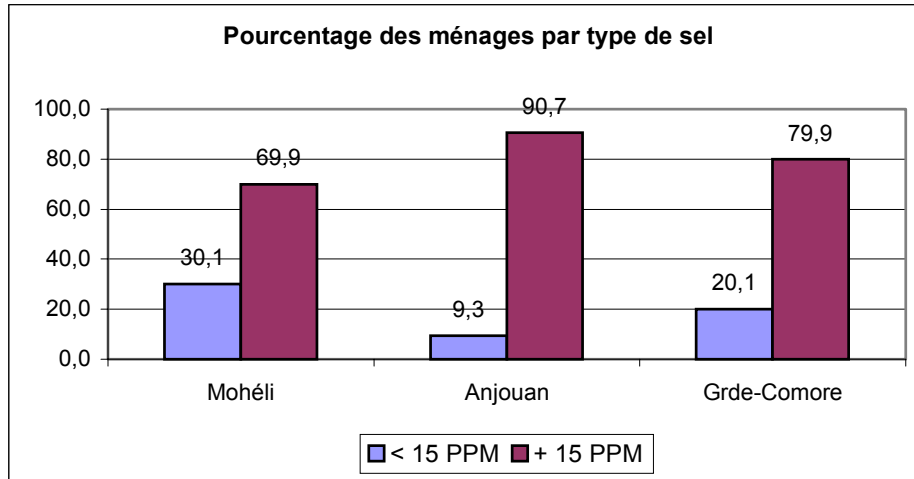
Figure 20 :



Il ressort que 82% des ménages consomment du sel dont la concentration dépasse 15 PPM et 18% des ménages prennent du sel dont la teneur en iode est inférieure à 15 PPM comme il est indiqué dans le graphique 10 ci-dessus. Suivant le milieu de résidence, la présence du sel iodé dans les ménages urbains arrive au niveau de la couverture recommandée (90,2% > 90%) alors que les ménages ruraux, elle s'approche de près à la moyenne nationale (82,2%). Il est très intéressant de signaler qu'à Anjouan, où l'on a le plus de cas de goitre (enquête goitre

1995), la couverture du sel iodé (91%) dépasse les 90% (voir graphique 11 ci-dessous). Cette bonne couverture dénoterait d'une prise de conscience par les ménages de la gravité des troubles dus à la carence en iode et des risques auxquels les jeunes enfants sont exposés, notamment l'arriération mentale et la diminution du quotient intellectuel qui pourraient compromettre l'épanouissement intellectuel des jeunes enfants.

Figure 21 :



Le taux de réalisation du test de l'iode au niveau national est très important (88,0%) et satisfaisant. Au regard des indicateurs d'évaluation des troubles dus à la carence en iode, l'on constate que la couverture du sel suffisamment iodé aux Comores (82,2%) s'approche de celle requise et admise à l'échelle internationale (> 90%). Certes, avec des taux de couverture attestant que la teneur en iode est supérieure à 15 PPM, s'approchant à la norme recommandée, l'on ne peut dire que la population en générale est épargnée de la carence en iode. Au contraire, des efforts doivent être redoublés dans toutes les contrées reculées, pour essayer de dépasser cette couverture de 90% et plus particulièrement à Mohéli et à la Grande-Comore, par la sensibilisation, en encourageant les ménages aussi bien ruraux qu'urbains à utiliser davantage du sel suffisamment iodé dans les recettes alimentaires et en renforçant la législation sur la production ou l'importation et le stockage du sel iodé. Les résultats obtenus laissent supposer qu'on n'est pas loin de l'objectif 14 de la SME qui vise l'élimination quasi totale de la carence en iode. Et il serait intéressant d'entreprendre des enquêtes sur l'iode urinaire à Anjouan, considérant que c'est l'île où les prévalences mesurées de la carence en iode paraissent les plus élevées et pour s'assurer plus précisément que les ménages dans cette île consomment du sel iodé d'une manière adéquate.

Supplémentation en vitamine A.

A travers l'enquête MICS 2000, on a aussi demandé aux mères, si les enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu ou non une dose de vitamine A pendant les six derniers mois. Et aux femmes ayant donné naissance durant les 12 derniers mois si elles ont reçu ou non une dose de vitamine A pendant les six derniers mois, avant que l'enfant n'atteigne l'âge de 8 semaines.

Les enfants concernés dans cette enquête s'élevaient à 4396. Suivant les déclarations de leur mère, la moitié d'entre eux (49,6%) n'ont rien eu, et pour plus du tiers (38,7%) il n'est pas

établi formellement qu'ils ont reçu ou non la vitamine A. 12% d'enfants âgés de 6 à 59 mois ont été supplémentés en vitamine A selon les déclarations formelles de leur mère .

Les distributions de la supplémentation en vitamine A, telles qu'elles apparaissent dans le tableau ci-dessous, indiquent qu'une trentaine d'enfants environ (5,5%) ont eu de la vitamine A au cours des six derniers mois précédant l'enquête et une dizaine d'entre eux (2%) avant les six derniers mois. En revanche, plus d'une vingtaine (4,4%) ont obtenu la dose, mais leur mères ne se rappellent plus de la période.

Tableau 18: Distribution des pourcentages des enfants âgés de 6-59 mois suivant qu'ils ont reçu une forte dose de supplément de Vitamine A durant les 6 derniers mois, Comores, 2000

	Pourcentage des enfants qui ont reçu la Vitamine A:			Pas sûr d'avoir reçu	Jamais reçu	Total	Nombre d'enfant s
	Dans les 6 derniers mois	Avant les 6 derniers mois	Pas sûr quand ?				
Masculin	5,2	1,6	3,7	40,4	49,1	100,0	2270
Féminin	5,8	2,0	5,1	36,9	50,2	100,0	2126
Mohéli	5,9	1,5	2,6	8,4	81,7	100,0	343
Anjouan	4,5	1,4	2,5	44,6	47,0	100,0	1466
Grande Comore	6,0	2,1	5,7	39,4	46,9	100,0	2586
Urbain	5,9	4,7	7,7	32,0	49,6	100,0	926
Rural	5,4	1,0	3,5	40,5	49,6	100,0	3469
Age							
6-11 Mois	7,2	1,9	3,4	31,8	55,8	100,0	457
12-23 Mois	7,6	2,5	3,9	37,4	48,5	100,0	956
24-35 Mois	5,9	2,3	4,1	37,9	49,8	100,0	979
36-47 Mois	4,2	1	5,1	40	49,1	100,0	1062
48-59 Mois	3,6	1	4,9	42	48,2	100,0	942
Niveau d'éducation de la mère							
Aucun	4,0	1	3,9	40	50,3	100,0	2991
Primaire	9,2	2	4,6	39	45,4	100,0	636
Secondaire	7,4	4	6,0	32	50,8	100,0	619
Programme non-formel	14,7	1	5,4	24	54,8	100,0	87
Total	5,5	2	4,4	39	49,6	100,0	4396

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 15

Il est à remarquer que le pourcentage d'enfants ayant bénéficié de la supplémentation en vitamine A est faible (12%). Le taux de non-réponse est très important. Cependant, il est à noter aussi que les déclarations émises par les mères, selon que leurs enfants n'ont rien eu ou qu'elles ne se souviennent pas, ne permettent pas de dire réellement que ces enfants n'ont pas du tout été couverts contre l'avitaminose A.. Ce taux de non-réponse si élevé s'explique par le fait que les enquêteurs ne possédaient pas au moment de l'enquête des capsules, pour aider les mères à s'en souvenir.

Un autre argument de taille qui soutient l'hypothèse avancée ci dessus, est qu'auparavant, des activités de prévention contre cette pathologie nutritionnelle étaient assurées au niveau des formations sanitaires. Or depuis plus de 5 ans, celles -ci sont en veilleuse. Même si l'enfant avait eu la dose à l'époque, sa maman ne pouvait plus s'en rappeler. Pour mémoire également, la faible prévalence de l'héméralopie retenue comme indicateur pour évaluer l'ampleur et la gravité du problème, obtenue sur l'ensemble du territoire national (1,4%) et à partir duquel on a classé les Comores dans la zone à risque moyen, a fait que les autorités et les responsables concernés à tous les niveaux accordaient peu d'attention au problème de la carence en vitamine A.

L'évolution des quotients de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans évolue au cours de la décennie : 130 pour 1000 au recensement de 1991, 104 pour 1000 pour l'EDSC de 1996 et 74 pour 1000 pour la MICS 2000,. On constate ainsi la persistance d'une carence nutritionnelle élevée chez les enfants de 6 à 59 mois, malgré sa baisse relative.

Cette situation peut s'expliquer par le nombre limité de femmes ayant bénéficié d'un supplément de vitamine A durant les huit premières semaines de la grossesse comme cela apparaît dans le tableau 19 ci-après.

Tableau 19: Pourcentage des femmes qui ont eu une naissance dans les 12 derniers mois précédant l'enquête suivant qu'elles ont reçu une forte dose de supplément de Vitamine A avant que l'enfant n'atteigne 8 semaines, Comores, 2000

	Ont reçu un supplément de Vitamine A	Pas sûr d'avoir reçu	Nombre de femmes
Mohéli	15,3	1	89
Anjouan	8,9	35,0	444
Grande Comore	15,3	30,9	714
Urbain	18,9	25,7	256
Rural	11,5	31,4	992
Niveau d'éducation de la mère			
Aucun	9,7	31,7	799
Primaire	19,4	26,8	222
Secondaire et +	18,0	25,4	189
Programme non-formel	23,2	40,5	25
Total	13,0	30,2	1247

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro15

Un peu moins de la moitié de l'échantillon (43%) correspondant à 539 femmes ont pu répondre. Dans l'ensemble, 13% d'entre elles ont déclaré avoir eu un supplément de vitamine A pendant les six derniers mois avant que l'enfant n'ait 8 semaines d'âge et 30,2% ne sont pas sûr qu'elles ont reçu une dose de vitamine A. Néanmoins, il faut noter que plus de la moitié de ces femmes (57%) n'ont donné aucune réponse et/ou n'ont rien reçu à cause de la non disponibilité des capsules pendant l'enquête. Suivant le milieu de résidence, la proportion des femmes urbaines ayant reçu la dose est supérieure à celle des femmes rurales. Et la proportion des femmes résidant à Mohéli et à la Grande-Comore est le double de celle d'Anjouan. le taux des femmes n'ayant aucune instruction est la moitié (9,7%) de celles qui ont fréquenté, le secondaire et plus.

En se référant aux informations relatives à l'évolution des quotients de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et à l'absence de programmes de prévention, l'on peut présumer de l'existence, d'un niveau de risque faible ou moyen, de la déficience en vitamine A. Il est prouvé en effet, qu'une déficience même légère de vitamine A est associée à un risque accru de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans. Dans la mesure où la carence est en outre exacerbée par les infections, il y a lieu de recommander la mise en place d'un programme de contrôle de la déficience en vitamine A au niveau du secteur de la santé.

D.4. Poids et Taille à la naissance des enfants.

L'enregistrement du poids et de la taille à la naissance des enfants en vue d'estimer la proportion de ceux qui naissent avec un poids supérieur ou égal à 2500 grammes constitue aussi un des objectifs de cette enquête. Le poids à la naissance est un indicateur qui retrace l'histoire nutritionnelle de la grossesse de la mère.. Un enfant qui naît avec un faible poids signifie, en général que sa mère était sous-alimentée avant et pendant la grossesse.

Aux Comores, la mesure du poids à la naissance s'effectue quand l'accouchement se déroule dans une structure de santé, ce qui n'est pas le cas pour la taille. Or beaucoup d'accouchements (57%) s'effectuent à domicile en présence ou non d'un personnel de santé. En effet, l'estimation du poids et de la taille à la naissance est loin d'être la règle. Dans ce contexte les résultats repris dans le tableau ci-après doivent être considérés avec certaines réserves.

Tableau 20: Pourcentage des naissances vivantes durant les 12 derniers mois et qui sont pesés avec un poids inférieur à 2500 grammes à la naissance, Comores, 2000

	Pesées à la naissance		Ne sais pas /manquant	Non pesés	Plus grand	Plus grand que la moyenne	Moyen	Plus petit que la moyenne	Plus petit	Ne sais pas /manquant	Total	Nombre de naissances vivantes
	Poids < 2500 grammes	Pesés à la naissance										
Mohéli	14,1	35,8	46,1	4,0	1,3	7,4	65,7	14,2	7,4	4,0	100,0	89
Anjouan	4,0	17,6	70,9	7,4	9,6	11,3	45,7	7,3	17,1	8,8	100,0	443
Grande Comore	11,8	45,1	41,4	1,7	4,8	7,1	55,1	12,6	14,5	5,8	100,0	713
Urbain	11,0	45,0	34,3	9,7	6,6	8,6	56,1	11,3	9,3	8,1	100,0	256
Rural	8,8	32,0	56,9	2,4	6,2	8,6	51,6	10,7	16,4	6,4	100,0	989
Niveau d'éducation de la mère												
Aucun	7,8	25,7	62,5	4,0	6,3	8,3	50,3	10,7	16,9	7,5	100,0	798
Primaire	9,9	48,5	38,4	3,1	6,0	10,5	53,8	11,5	13,2	5,0	100,0	222
Secondaire et +	15,0	56,9	23,7	4,4	4,4	8,3	60,2	13,1	9,0	5,0	100,0	188
Programme non-formel	4,7	23,4	68,8	3,1	11,8	4,9	50,8	0,0	18,0	14,5	100,0	25
Total	9,2	34,6	52,2	3,9	6,3	8,6	52,5	10,9	14,9	6,7	100,0	1245

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 12

L'effectif total des naissances enregistrées au cours de ces 12 derniers mois est de 1245

Taille à la naissance	Nombre de naissances pesées (1)	Nombre de naissances <2500 (2)	% de naissances pesées <2500 (2/1=3)	% de l'évaluation de la taille l'enfant (4)	Nombre total de naissances (4X1245=5)	Nombre estimé < 2500 (3X4=5)	Pourcentage d'enfants avec un Poids insuffisant à la naissance
Très petite	64	32	0,5	14,90%	186	93	
Plus petite que la moyenne	66	16	0,25	10,90%	136	46	
Moyenne	399	50	0,78125	52,50%	654	145	
Plus grande que la moyenne	50	7	0,109375	8,60%	107	20	
Très grande	36	4	0,0625	6,30%	78	12	
Total					1160	316	

Le pourcentage d'enfants qui naissent avec un poids faible poids inférieur à 2500 grammes est de $316/1160 = 27,23\%$.

Ces chiffres doivent être traités avec précautions en raison de l'effectif très limité dans le cadre de cette enquête, de l'évaluation subjective de la taille de l'enfant et du nombre peu significatif des naissances pesées.

E.SANTE DE L'ENFANT.

Les Comores ont adhéré aux principes de la Déclaration d'Alma Ata, au Scénario Africain de Développement Sanitaire en Trois (3) Phases et à l'Initiative de Bamako, dont l'objectif principal est la Santé Pour Tous, à travers une stratégie basée sur le développement des soins de santé primaires. Cette orientation stratégique est à l'origine de la réforme du système de santé mis au point en 1994, suivant le Plan National de Développement Sanitaire.

Pour répondre aux besoins de santé de la population identifiés à l'issue de l'analyse de la situation précédant la mise en place de cette réforme, les autorités ont décidé de développer un certain nombre de programmes dont les plus prioritaires sont :

- Le programme de santé maternelle et infantile et de planification familiale,
- Le programme de lutte contre les endémies et épidémies,

avec une attention toute particulière à l'endroit des groupes les plus vulnérables que sont la mère et l'enfant.

C'est dans cette optique que la direction de la santé familiale est mise en place. Cette direction est divisée en deux services : le service de santé maternelle et celui de santé infantile qui a la responsabilité du Programme Elargi de Vaccination, du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës....

De 1990 à ce jour, la situation sanitaire du pays a connu des moments difficiles, en partie liés à la situation socio-politique générale dans le pays : grèves à répétition des agents de l'Etat, principalement ceux des services de santé, crise financière aggravée par le poids de la dette, instabilité politique et institutionnelle chronique, mouvements séparatistes récurrents... La situation actuelle est la résultante de toute cette situation qui explique, en grande partie, la détérioration générale de la santé de la population.

L'effondrement de la couverture vaccinale (en 1991 et en 1999), la progression des cas de SIDA (premier cas en 1987, 26 cas cumulés en 1993 et 52 cas cumulés en 2000), les trop nombreux victimes du paludisme, la réapparition de l'épidémie de choléra en 1998 et la recrudescence des MST (Maladies Sexuellement Transmissibles) montrent, à l'évidence, la précarité de l'état de santé de la population, qui, dans certains cas, a enregistré tout de même, des résultats encourageants.

Cette analyse se propose, à partir des données fournies par la MICS 2000, d'établir un bilan relatif à certains des objectifs visés par le Sommet Mondial pour les Enfants.

E.1. Programme Elargi de Vaccination (PEV)

Suivant le calendrier vaccinal, l'enfant doit recevoir le BCG à la naissance, le DTC1 six (6) semaines après. Les deux (2) autres doses de DTC (DTC2/DTC3) sont administrées à un mois d'intervalle chacune. Le vaccin contre la rougeole est quant à lui administré le neuvième mois. Ainsi, l'ensemble des vaccins doit être reçu avant le premier anniversaire de l'enfant.

Le programme élargi de vaccination, appliquant ce calendrier, a démarré effectivement à partir de 1986. Il a été précédé, en 1984, par une enquête de couverture vaccinale qui a révélé que le taux de couverture était de 21% au niveau national, 40% en Grande Comore, 5% à Mohéli, et 9% à Anjouan. C'est au vu de ces résultats, qu'a été mis en œuvre le programme élargi de vaccination, avec des résultats très encourageants. En effet, moins de deux ans après le lancement de la campagne, la couverture vaccinale est passée de 21 à 50% au niveau national. Les résultats n'ont cessé alors de s'améliorer, et les Comores, avec un taux de

couverture de 84%, selon l'enquête de couverture vaccinale de 1990), sont classées parmi les pays africains avec la couverture vaccinale la plus élevée.

Mais par la suite, le programme a connu un fléchissement significatif, puisqu'en 1991, le taux national de couverture vaccinale est tombé à 40%. Ces contre-performances se sont poursuivies, ramenant la couverture vaccinale nationale largement au dessous de la moyenne africaine. Cette situation, dont les causes ont été abordées plus haut, a provoqué une recrudescence des maladies ciblées par les programmes, notamment la rougeole et le tétanos néonatal.

En 1995, grâce à des actions de grande envergure entreprises avec une forte implication des décideurs au plus haut niveau, la couverture vaccinale a été portée à 80%, approchant le taux de 1990 (84%).

En février 2000, les données de l'enquête de couverture vaccinale révèlent que celle-ci a chuté à 50% en Grande Comore et à 38,9% à Mohéli. La situation qui prévalait alors à Anjouan n'a pas permis d'y réaliser cette enquête. Par contre, la MICS qui a démarré au dernier trimestre de l'année 2000 a pu recueillir des données sur l'ensemble du territoire national. Les résultats sont présentés dans les tableaux 21 et 22 dans les pages ci-après.

Tableau 21: Pourcentage des enfants âgés de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance à n'importe quel moment avant l'enquête et avant le premier anniversaire, Comores, 2000

	Pourcentage des enfants qui ont reçu:										Nombre d'enfants
	BCG	DPT1	DPT2	DPT3	Polio 1	Polio2	Polio3	Rougeole	Tous	None	
Vaccinés à n'importe quel moment avant l'enquête											
Selon :											
Carte de vaccination	85.2	80.5	78.6	74.3	84.7	81.8	77.8	56.2	51.7	1.1	314
Déclaration de la mère	3.7	5.0	3.0	3.0	3.3	3.3	2.5	4.4	0.8	2.7	52
Les deux sources	88.9	85.5	81.6	77.3	88.0	85.1	80.3	60.6	52.5	3.8	366
Vaccinés à l'âge de 12 mois	99.0	97.0	96.8	83.3	98.7	95.0	92.3	93.0	71.7	-	366

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 22

Tableau 22: Pourcentage des enfants âgés de 12-23 mois actuellement vaccinés contre les maladies de l'enfance, Comores, 2000

	BCG	DPT 1	DPT 2	DPT 3	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Toutes	Non	% avec carte	Nombre d'enfants
Masculin	79,3	72,3	70,3	69,0	74,2	72,2	70,3	73,2	66,3	19,5	71,1	511
Féminin	78,9	73,3	72,1	70,2	75,0	73,3	70,5	72,5	65,8	20,6	71,8	445
Féminin	78,9	73,3	72,1	70,2	75,0	73,3	70,5	72,5	65,8	20,6	71,8	445
Mohéli	80,5	70,8	70,8	69,8	76,7	75,7	74,7	72,8	68,9	19,5	64,1	65
Anjouan	62,9	54,2	51,3	49,3	55,3	51,8	49,3	54,3	45,4	35,6	53,7	289
Grande Comore	86,8	81,9	80,7	79,3	83,6	82,5	80,0	81,9	75,7	12,6	80,7	602
Grande Comore	86,8	81,9	80,7	79,3	83,6	82,5	80,0	81,9	75,7	12,6	80,7	602
Urbain	79,7	73,4	71,1	70,6	73,4	71,9	70,3	73,9	68,4	20,3	69,4	190
Urbain	79,7	73,4	71,1	70,6	73,4	71,9	70,3	73,9	68,4	20,3	69,4	190
Rural	79,0	72,7	71,1	69,3	74,9	72,9	70,4	72,7	65,5	19,9	71,9	765
Rural	79,0	72,7	71,1	69,3	74,9	72,9	70,4	72,7	65,5	19,9	71,9	765
Niveau d'éducation de la mère												
Niveau d'éducation de la mère												
Aucun	75,7	68,1	66,7	65,3	70,6	68,4	65,8	68,4	61,3	23,5	67,9	604
Aucun	75,7	68,1	66,7	65,3	70,6	68,4	65,8	68,4	61,3	23,5	67,9	604
Primaire	82,7	80,9	78,0	75,9	79,4	78,0	75,9	76,9	72,4	15,9	78,1	171
Secondaire	88,8	82,2	81,0	79,5	85,0	83,9	81,4	86,7	77,2	10,4	78,4	156
Programme non- formel	64,3	54,7	54,7	54,7	64,3	64,3	64,3	54,7	54,7	35,7	54,7	13
Programme non- formel	64,3	54,7	54,7	54,7	64,3	64,3	64,3	54,7	54,7	35,7	54,7	13
Total	79,1	72,8	71,1	69,6	74,6	72,7	70,4	72,9	66,1	20,0	71,4	956

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 22

Les tableaux précédents montrent une nouvelle détérioration de la situation vaccinale. Celle-ci est sans doute consécutive à la réorientation de la stratégie qui privilégie la « stratégie fixe » aux dépens de la « stratégie avancée », qui déplaçait les équipes de vaccination vers les usagers. Elle est également due à la baisse sensible des contributions des partenaires du PEV et à l'absence consécutive sur le terrain des responsables du PEV. Elle s'explique enfin par les longues périodes de rupture des antigènes, accompagnées d'une détérioration de la chaîne du froid à plus de 70%. Cette situation alarmante restée sans réponse appropriée a entraîné l'arrêt total des activités de vaccination au niveau de plusieurs postes de vaccination entre 1998 et 1999.

Pour mémoire, rappelons que deux stratégies principales sont adoptées pour la vaccination aux Comores. D'abord il y a la stratégie fixe où les séances de vaccination se font dans les structures de santé de district (CSD), les centres médico-urbains (CMU), les Centres médico-chirurgicaux (CMC), ou les Centres hospitaliers régionaux (CHR), auxquels il faut ajouter des postes fixes de vaccination. Ainsi, la quasi totalité du pays est théoriquement couvert par les services de vaccination... Ensuite il y a la stratégie avancée, qui consiste à organiser des séances de vaccination dans les villages. Bien que plus efficace, celle-ci est de plus en plus abandonnée, faute de moyens

Selon la MICS 2000, la couverture vaccinale complète est estimée à 66% (elle était de 54,5 % lors de l'EDSC/96) avec 62,9% des enquêtées qui ont présenté une carte de vaccination et 3,1% dont on a dû se contenter d'une simple déclaration. (Voir graphique ci-dessus). Entre les îles, on note des différences notables des taux de couverture vaccinale qui s'établissent ainsi : 75,7% en Grande Comore, 68,9% à Mohéli et 45,4% à Anjouan. Le taux élevé de la couverture vaccinale en Grande Comore s'explique en partie par une meilleure accessibilité aux structures de santé. Le faible taux de couverture à Anjouan s'explique par la situation socio-politique qui prévalait ces trois dernières années dans cette île où les activités en faveur de la santé de la population, et plus particulièrement dans le domaine de la santé préventive, étaient fortement ralenties. A la fin de 1999, des actions d'urgence et de grande envergure en vaccination ont été menées sur cette île pour relever ce taux considéré comme trop bas.

On note que le taux de couverture vaccinale varie en fonction du niveau d'instruction de la mère. Elle est de 77,5% pour les enfants dont la mère a un niveau secondaire et plus, contre 72,4 % pour ceux dont la mère a le niveau primaire. Ce chiffre tombe à 61,3% pour les enfants dont la mère n'a aucune instruction. On constate ainsi une certaine liaison entre le niveau d'instruction de la mère et la vaccination de ses enfants.

Le milieu de résidence ne constitue pas un facteur influant sur la vaccination des enfants (68,4% en milieu urbain contre 65,5% en milieu rural). Ceci peut s'expliquer par la bonne couverture en services de santé, en particulier pour la vaccination. La carte sanitaire montre, en effet, que plus de 80% de la population se trouve à moins d'une heure de marche d'une structure sanitaire.

L'enquête MICS montre, entre autres, que la carte de vaccination n'est pas toujours conservée par la mère. Des enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance, 71,4 % seulement ont présenté une carte de vaccination. On constate des énormes écarts entre les îles. La Grande Comore enregistre le taux le plus élevé des enfants vaccinés disposant des cartes de vaccination (80,7%). Elle est suivie de Mohéli (64,1%) et enfin d'Anjouan, avec seulement 53,7 %. Ce taux d'enfants vaccinés qui ont présenté une carte de vaccination est légèrement en baisse par rapport à l'enquête EDS 96 (74,3%). Ce qui montre que les mères accordent de moins en moins d'importance à la conservation des cartes de vaccination de leurs enfants.

Les mères qui n'ont aucune instruction gardent moins les cartes de vaccination de leurs enfants (67,9 %), que celles qui ont le niveau primaire ou secondaire (77,1 %).

Le taux de la couverture vaccinale en BCG est de 79,1 % , dont 69,1 % , avec la carte de vaccination à l'appui, et 10 % selon la déclaration de la mère. On note ainsi une baisse significative de la couverture vaccinale en BCG par rapport à l'EDS 96 (91 %).

La couverture en DTC3, quant à elle, est de 67,6 %, avec présentation de la carte, et 1,9 %, sur la déclaration de la mère, soit au total un taux de 69,5%..

On constate que le taux de déperdition par antigène augmente en mesure qu'on avance dans le calendrier vaccinal. Ce taux de déperdition est aussi lié au niveau d'instruction de la mère. Plus le niveau d'instruction de la mère est bas, plus le taux de déperdition entre la première et la troisième dose est élevée.

On constate qu'il y a un décalage entre la couverture en BCG (79,1%) et en POLIO 3 (68%). Il faut noter qu'entre 1998 et 1999 on a enregistré une longue période de rupture de stock en POLIO.

La MICS montre que les enfants ont pratiquement les mêmes chances d'être vaccinés quel que soit leur sexe : 66,3% pour les garçons et 65,8% pour les filles, alors que l'enquête EDS 96 montrait que les filles étaient vaccinés en majorité (56,2%).

E.2. Maladies Diarrhéiques.

Les maladies diarrhéiques constituent l'une des causes fréquentes de consultation dans les structures sanitaire, plus particulièrement en pédiatrie. Elles sont d'origines diverses (bactérienne, parasitaire...). Elles constituent la troisième cause de mortalité après le paludisme et les IRA chez les enfants de 0-5 ans hospitalisés. Cette mortalité est surtout aggravée par la déshydratation sévère occasionnée par la diarrhée.

Un programme de lutte contre les maladies diarrhéique et parasitaire est mise en place, avec comme objectif de réduire la mortalité due aux maladies diarrhéique de 17,5% à 10% chez les enfants de 0-5 ans entre 1991-1999.

Parmi les activités du programme, la promotion du sel de réhydratation orale (SRO), principal moyen de lutte contre les effets néfastes de la déshydratation. L'enquête EDS a fait apparaître que 23% des enfants enquêtés ont eu au moins une épisode de diarrhée.

Les données MICS, en la matière, sont fournies par le tableau 23 et 24 aux pages ci-après.

Tableau 23: Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant la diarrhée dans les deux dernières semaines et qui sont traités avec SRO ou TRO, Comores, 2000

	A eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines	Nombre d'enfants de moins de 5 ans	Enfants avec diarrhée qui ont reçu:								Nombre d'enfants avec diarrhée
			Lait maternel	Bouillie	Solution préparée à la maison acceptable	Sachet de SRO	Autre lait ou lait en poudre/boite	Eau avec aliment	Un traitement recommandé	Sans traitement	
Masculin	19,7	2529	37,5	17,0	15,8	17,3	14,4	36,2	75,9	24,1	497
Féminin	16,8	2341	40,5	21,5	15,1	19,9	17,4	35,2	78,5	21,5	393
Féminin	16,8	2341	40,5	21,5	15,1	19,9	17,4	35,2	78,5	21,5	393
Mohéli	17,1	374	35,4	38,1	21,6	25,5	13,7	74,4	92,1	7,9	64
Anjouan	21,1	1609	37,0	13,5	18,1	25,8	15,6	33,9	75,1	24,9	340
Anjouan	21,1	1609	37,0	13,5	18,1	25,8	15,6	33,9	75,1	24,9	340
Grande Comore	16,8	2887	40,6	20,3	12,8	12,4	16,1	32,0	76,4	23,6	486
Grande Comore	16,8	2887	40,6	20,3	12,8	12,4	16,1	32,0	76,4	23,6	486
Urbain	18,7	1014	39,6	25,9	16,7	25,4	22,5	47,1	83,3	16,7	190
Urbain	18,7	1014	39,6	25,9	16,7	25,4	22,5	47,1	83,3	16,7	190
Rural	18,2	3856	38,7	17,1	15,2	16,6	13,9	32,7	75,4	24,6	700
Rural	18,2	3856	38,7	17,1	15,2	16,6	13,9	32,7	75,4	24,6	700
Age											
Age											
< 6 Mois	19,7	469	62,5	15,7	13,4	13,9	18,9	26,5	80,5	19,5	92
6-11 Mois	29,8	457	68,2	18,3	12,6	13,2	18,3	30,9	85,6	14,4	136
6-11 Mois	29,8	457	68,2	18,3	12,6	13,2	18,3	30,9	85,6	14,4	136
12-23 Mois	23,8	956	48,7	17,1	13,5	21,3	14,2	34,2	79,1	20,9	228
24-35 Mois	19,0	979	22,5	23,8	19,2	22,0	17,6	42,2	78,9	21,1	186
24-35 Mois	19,0	979	22,5	23,8	19,2	22,0	17,6	42,2	78,9	21,1	186
36-47 Mois	12,3	1062	17,1	21,2	14,6	18,6	14,5	42,4	67,5	32,5	131
36-47 Mois	12,3	1062	17,1	21,2	14,6	18,6	14,5	42,4	67,5	32,5	131
48-59 Mois	12,2	942	16,0	15,9	18,3	17,3	10,4	33,3	67,5	32,5	115
48-59 Mois	12,2	942	16,0	15,9	18,3	17,3	10,4	33,3	67,5	32,5	115

Aucun	19,7	3264	35,9	18,5	14,1	17,4	13,2	35,9	74,5	25,5	642
Aucun	19,7	3264	35,9	18,5	14,1	17,4	13,2	35,9	74,5	25,5	642
Primaire	15,1	746	55,9	20,0	13,6	15,4	17,0	36,1	82,9	17,1	113
Primaire	15,1	746	55,9	20,0	13,6	15,4	17,0	36,1	82,9	17,1	113
Secondaire	14,7	697	40,5	22,5	21,7	24,3	26,4	41,2	84,1	15,9	102
Programme non-formel	22,8	95	21,8	15,9	32,7	47,7	42,7	13,5	88,6	11,4	22
Total	18,3	4870	38,9	19,0	15,5	18,5	15,7	35,8	77,0	23,0	890
Total	18,3	4870	38,9	19,0	15,5	18,5	15,7	35,8	77,0	23,0	890

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 23

Tableau 24: Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée dans les deux dernières semaines et qui ont pris plus de liquide et continué à manger durant l'épisode diarrhéique, Comores, 2000

	Ont eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines	Nombre d'enfants de moins de 5 ans	Enfants avec diarrhée qui ont bu :				Enfants avec diarrhée qui ont mangé:				Ont reçu plus de liquide et continué à manger	Nombre d'enfants avec diarrhée
			Plus	Pareil/ Moins	Manquant/ DK	Total	Environ moins /pareil/plus	Beaucoup moins/non	Manquant/ DK	Total		
Masculin	19,7	2529	40,7	39,2	20,1	100,0	53,6	41,3	5,0	100,0	24	497
Féminin	16,8	2341	34,4	43,1	22,5	100,0	51,0	41,7	7,3	100,0	20	393
Féminin	16,8	2341	34,4	43,1	22,5	100,0	51,0	41,7	7,3	100,0	20	393
Mohéli	17,1	374	68,5	26,5	4,9	100,0	74,4	23,6	2,0	100,0	54	64
Anjouan	21,1	1609	36,3	39,3	24,4	100,0	53,3	40,9	5,8	100,0	21	340
Anjouan	21,1	1609	36,3	39,3	24,4	100,0	53,3	40,9	5,8	100,0	21	340
Grande Comore	16,8	2887	35,0	43,9	21,1	100,0	49,0	44,2	6,7	100,0	19	486
Grande Comore	16,8	2887	35,0	43,9	21,1	100,0	49,0	44,2	6,7	100,0	19	486
Urbain	18,7	1014	53,1	28,1	18,8	100,0	63,9	32,3	3,8	100,0	42	190

Rural	18,2	3856	33,8	44,3	21,8	100,0	49,4	44,0	6,6	100,0	17	700
Age												
Age												
< 6 Mois	19,7	469	34,2	49,7	16,1	100,0	52,6	38,5	9,0	100,0	20	92
6-11 Mois	29,8	457	31,6	48,2	20,2	100,0	49,4	47,1	3,5	100,0	19	136
6-11 Mois	29,8	457	31,6	48,2	20,2	100,0	49,4	47,1	3,5	100,0	19	136
12-23 Mois	23,8	956	34,4	45,7	19,9	100,0	52,7	41,1	6,3	100,0	21	228
24-35 Mois	19,0	979	44,5	36,6	18,9	100,0	50,8	46,1	3,1	100,0	22	186
24-35 Mois	19,0	979	44,5	36,6	18,9	100,0	50,8	46,1	3,1	100,0	22	186
36-47 Mois	12,3	1062	38,4	36,6	25,0	100,0	49,9	39,7	10,4	100,0	25	131
36-47 Mois	12,3	1062	38,4	36,6	25,0	100,0	49,9	39,7	10,4	100,0	25	131
48-59 Mois	12,2	942	44,4	26,8	28,8	100,0	61,9	32,0	6,1	100,0	27	115
48-59 Mois	12,2	942	44,4	26,8	28,8	100,0	61,9	32,0	6,1	100,0	27	115
Aucun	19,7	3264	37,7	39,5	22,8	100,0	53,3	39,9	6,8	100,0	22	642
Aucun	19,7	3264	37,7	39,5	22,8	100,0	53,3	39,9	6,8	100,0	22	642
Primaire	15,1	746	41,7	45,9	12,4	100,0	49,2	48,1	2,7	100,0	24	113
Primaire	15,1	746	41,7	45,9	12,4	100,0	49,2	48,1	2,7	100,0	24	113
Secondaire	14,7	697	39,9	39,6	20,5	100,0	52,4	42,3	5,3	100,0	21	102
Programme non- formel	22,8	95	10,9	66,8	22,3	100,0	54,7	37,1	8,2	100,0	11	22
Total	18.3	4870	40.7	39.2	20.1	100.0	52.5	41.5	6.0	100.0	22	890

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 23

En dépit des données de la MICS qui montrent une baisse de la prévalence de la diarrhée (18,3% contre 37% pour EDSC 96), celle-ci reste encore importante aux Comores . Elle est beaucoup plus marquée chez les enfants de 6 à 11 mois (29,8%) et chez ceux de 12 à 23 mois (23,8%). Mais ces chiffres sont à prendre avec précaution car cette diminution peut être éventuellement influencé par les aléas climatiques. En effet, la fréquence de la diarrhée est surtout rythmée par les saisons. Elle est plus importante en saison sèche et diminue en saison pluvieuse. La collecte des données du MICS a coïncidé avec le début de la période des pluies.

Le sevrage constitue un facteur de risque important. C'est sans doute la raison pour laquelle les diarrhées concernent plus les enfants de 6 à 11 mois (29,8%) . C'est à cet âge également qu' on introduit un complément alimentaire à l'allaitement, sans, semble-t-il, s'entourer de toutes les précautions qui s'imposent. Ceci pourrait être dû au fait que la plupart des mères travaillent en dehors de leur foyer et confient les enfants soit à leurs aînées soit à leur grand-mère. La fréquence de la diarrhée est plus importante à Anjouan (21,1%) que dans les autres îles (16,8% en Grande Comore, et 17,1% à Mohéli. Cette prévalence de la diarrhée diminue visiblement avec le degré d'instruction de la mère. Elle est de 19,7% pour les enfants de mère sans aucune instruction contre 15,1% pour les enfants de mère du niveau primaire, et 14,7% pour ceux dont la mère est du niveau secondaire.

L'examen du tableau 23 ci dessus, montre que les enfants diarrhéiques ont reçu le traitement recommandé dans 77% des cas avec un maximum à Mohéli (92%). Une proportion importante d'enfants (23%) n'a pas reçu de traitements du tout. Cette proportion est plus importante en milieu rural (24,6%) qu'en milieu urbain (16,7%).

De toutes les formes de traitements acceptables, la solution de réhydratation orale (SRO) est utilisée dans 18,5% des cas. 15,8% des enfants malades ont reçu une solution de réhydratation préparée à la maison. Ce qui prouve que la prise en charge de première intention des enfants malades à la maison est encore faible. Cette solution préparée à la maison, est à base d'eau, de sucre et de sel. La solution de réhydratation préparée à la maison est surtout utilisée à Mohéli (21,1%).

Concernant l'alimentation des enfants diarrhéiques, 38,9% continuaient à recevoir le lait maternel. 41,52% ont beaucoup moins mangé que d'habitude. Les mères ayant le niveau primaire allaitent plus leurs enfants diarrhéiques (55,9%) que celles ayant le niveau secondaire et plus (40,5%). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les mères à degré d'instruction inférieur passe plus de temps à la maison que les autres.

E.3. Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA).

Les infections respiratoires aiguës (IRA) font partie des préoccupations majeures des responsables sanitaires. Elles occupent, en effet, la deuxième place des causes de mortalité infantile des enfants de moins de 5 ans, après le paludisme. Un programme de lutte est mis en place en 1994 dans l'optique de renverser la tendance.

Le programme de lutte contre les IRA comme celui des maladies diarrhéiques est discret sur le terrain. Très peu d'actions sont effectuées par le programme, pour espérer atteindre les objectifs fixés, et les quelques résultats obtenus sont les fruits de l'effort du personnel des structures sanitaires. Suivant les rares données issues des relevés mensuels des ces dernières , 19% des consultations concernent des IRA. L'EDS 96 montre une prévalence de 22,3%. Dans ces conditions, le chiffre donné par la MICS (10,1% des enfants présentent des infections respiratoires aiguës) doit être pris avec réserve, d'autant que la question concernant cette rubrique prêtait à confusion...

Les enfants vivant en milieu rural sont plus touchés (32,6%) que ceux qui se trouvent en milieu urbain (25%).

L'amélioration de la qualité de la prise en charge (tous les districts sont gérés par des médecins) a permis de baisser considérablement le taux de mortalité des enfants atteints des maladies courantes, notamment les IRA.

A Anjouan, le taux de prévalence des IRA est de 12,3% alors qu'à Mohéli et à Ngazidja il est respectivement de 8,8% et de 9%. Les enfants de 6 – 23 mois sont les plus touchés, avec plus des cas chez les enfants de 6-11 mois (15%). On remarque que plus le niveau d'instruction de la mère augmente, moins les enfants souffrent d'infections respiratoires aiguës (6,6% des enfants pour les mères de niveau secondaire et 11,3% pour les mères sans aucune instruction). Plus de 27,3% des enfants atteints d'IRA sont traités à l'hôpital (CHR) et 13% au centre de santé de district.

Le tableau 25 à la page ci-après fait apparaître que les mères envoient rarement leurs enfants dans les autres structures périphériques (dispensaire, postes de santé, etc.) pour les traiter. Ceci explique en partie le faible taux d'activités des structures sanitaire périphériques. Les hôpitaux sont devenus des gros dispensaires au détriment des structures de premier recours. Il y a un grand travail de sensibilisation à entreprendre pour amener les usagers à s'adresser aux structures sanitaires les plus proches. La hiérarchie de la prise en charge des malades en fonction des différentes structures sanitaires n'est pas respectée.

La MICS montre que plus le niveau d'instruction de la mère est élevé (secondaire et plus) plus les enfants sont amenés à l'hôpital (41,5%). Ce taux des enfants traités à l'hôpital est de 36,2% pour les enfants des mères du niveau primaire et 22,9% pour ceux des mères sans instruction.

Le tableau 26 (page suivante) montre que 21,3% des enfants malades ont reçu de liquide et ont continué à manger. Parallèlement à cette catégorie, 39,2% ont beaucoup moins mangé que d'habitude surtout les tous petits âgés de 6 à 11 mois qui totalisent 42,8%. Pour ce qui est des liquides, 36,6% ont continué à boire normalement, alors que 53,1% ont très peu bu.

Tableau 25: Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant eu une infection respiratoire aiguë dans les 2 dernières semaines et qui ont eu reçu un traitement par un personnel de santé, Comores, 2000

	Ont eu une infection respiratoire aiguë	Nombre d'enfants de moins de 5 ans	Enfants avec IRA qui sont pris en charge par :										Autre Fournisseur de soins privé	Nombre d'enfants avec IRA
			A l'Hôpital	Centre santé	Dispensaire	Agent de santé du village/co mmunautaire	Clinique SMI	Clinique mobile	Médecin privé	Guérisseur traditionnel	Autre			
Masculin	10,7	2529	30,4	10,8	5,3	4,8	0,6	0,6	3,2	7	11	48,6	269	
Féminin	9,5	2341	23,4	17,3	6,6	3,8	0,7	0,7	4,2	7,8	11	49,1	222	
Mohéli	8,8	374	51,8	7,7	0,0	3,9	0,0	0,0	1,9	3,9	14	61,4	33	
Anjouan	12,3	1609	23,2	13,9	11,6	6,8	0,6	0,6	2,9	15,4	14	47,6	198	
Grande Comore	9,0	2887	27,3	14,4	2,3	2,5	0,9	0,9	4,4	1,9	9	48,2	261	
Urbain	8,1	1014	42,8	10,5	2,7	1,5	1,2	1,2	11,1	3,6	5	63,8	82	
Rural	10,6	3856	24,2	14,4	6,5	4,9	0,6	0,6	2,2	8,2	12	45,8	409	
Age														
< 6 Mois	11,9	469	19,3	9,4	6,2	9,5	0,0	0,0	3,0	10,5	13	40,3	56	
6-11 Mois	15,0	457	38,0	17,4	5,1	5,9	1,7	0,0	0,7	3,4	9	63,5	68	
12-23 Mois	11,0	956	21,8	15,3	5,5	3,5	1,2	0,0	4,8	7,9	14	50,3	105	
24-35 Mois	9,8	979	32,5	12,8	6,1	2,4	0,5	1,8	7,8	9,2	6	49,0	96	
36-47 Mois	9,4	1062	29,8	14,8	7,3	2,3	0,5	1,1	2,7	4,9	14	46,5	100	
48-59 Mois	7,1	942	20,5	10,7	4,7	5,5	0,0	0,8	0,8	9,8	10	41,9	67	
Aucun	11,3	3264	22,9	13,7	6,6	2,7	0,5	0,8	2,1	7,6	10	45,0	369	
Primaire	8,6	746	36,2	4,7	3,7	4,7	1,8	0,0	1,6	2,9	9	51,4	65	
Secondaire	6,6	697	41,5	20,3	5,3	5,3	1,1	1,1	9,9	0,0	13	70,6	46	
Programme non-formel	10,9	95	67,3	33,3	0,0	56,2	0,0	0,0	44,5	56,2	38	67,3	10	
Total	10,1	4870	27,3	13,7	5,9	4,3	0,7	0,7	3,7	7,5	11	48,8	491	

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 24

Tableau 26: Pourcentage des enfants âgés de 0-59 mois reportés malades durant les deux dernières semaines et qui ont reçu davantage de liquide et continué à manger, Comores, 2000

	Enfants reportés malades durant les deux dernières semaines	Effectif d'enfants de moins de 5 ans	Enfants malades et qui ont bu :				Enfants malades et qui ont mangé:				Ont reçu davantage de liquide et continué à manger	Nombre d'enfants malades
			Plus	Pareil/Moins	Manquant/DK	Total	Environ moins/pareil/plus	Beaucoup moins/non	Manquant/DK	Total		
Masculin	47,2	2529	39,0	50,6	10,4	100,0	59,4	37,0	3,6	100,0	23	1195
Féminin	45,3	2341	34,0	55,9	10,2	100,0	53,8	41,7	4,4	100,0	19	1062
Mohéli	49,9	374	45,1	51,9	3,0	100,0	69,9	29,0	1,0	100,0	33	187
Anjouan	45,9	1609	34,9	51,6	13,5	100,0	58,3	36,9	4,8	100,0	21	738
Grande Comore	46,1	2887	36,4	54,1	9,5	100,0	54,1	42,0	3,9	100,0	20	1332
Urbain	44,9	1014	42,7	48,5	8,8	100,0	64,5	32,9	2,6	100,0	31	455
Rural	46,7	3856	35,1	54,3	10,6	100,0	54,8	40,8	4,3	100,0	19	1801
Age												
< 6 Mois	46,8	469	29,5	62,2	8,3	100,0	49,1	42,7	8,2	100,0	15	220
6-11 Mois	61,2	457	32,0	57,6	10,5	100,0	54,4	42,8	2,8	100,0	18	280
12-23 Mois	54,2	956	33,4	56,5	10,1	100,0	55,3	41,3	3,5	100,0	19	518
24-35 Mois	46,6	979	44,7	44,5	10,9	100,0	57,6	38,4	4,0	100,0	25	457
36-47 Mois	40,6	1062	36,4	54,9	8,7	100,0	58,0	38,0	4,0	100,0	23	431
48-59 Mois	36,9	942	39,2	47,9	12,9	100,0	63,6	33,4	3,0	100,0	25	348
Aucun	47,1	3264	36,7	52,0	11,3	100,0	56,9	38,8	4,4	100,0	21	1536
Primaire	45,4	746	40,1	53,3	6,6	100,0	57,2	40,7	2,1	100,0	24	339
Secondaire	44,4	697	36,5	55,0	8,5	100,0	57,7	38,9	3,4	100,0	21	309
Programme non-formel	42,5	95	8,7	73,5	17,8	100,0	49,6	37,3	13,1	100,0	6	40
Total	46,3	4870	36,6	53,1	10,3	100,0	56,8	39,2	4,0	100,0	21	2256

Suivi des indicateurs de la PCIME et du paludisme

Les résultats sur la connaissance des maladies par les personnes en charge des enfants ont donné les chiffres suivants : 14% reconnaissent la respiration rapide. Cette proportion est plus importante en milieu urbain (23%) qu'en milieu rural (11,7%). Les mères du niveau du secondaire sont 19,8% à reconnaître ce signe, contre 10,3% pour les mères du niveau du primaire.

Selon la MICS 2000, 32,9% des personnes en charges des enfants de 0-59 mois sont capables de reconnaître au moins 2 signes de la maladie les obligeant à aller chercher des soins de santé (voir tableau 27 page ci-après). Cette proportion est plus importante à Mohéli (52,8%). Elle augmente en fonction du niveau d'instruction de la mère. 38,7% de cette catégorie sont des mères de niveau secondaire et 30,6% des mères de niveau primaire. Cette reconnaissance des signes est aussi fonction du lieu de résidence : 37,8% des mères en milieu urbain, 31,6% en milieu rural.

Tableau 27: Pourcentage des personnes en charge des enfants de 0-59 mois qui connaissent au moins 2 signes pour aller chercher des soins immédiatement, Comores, 2000

	Connaît lorsque l'enfant doit être conduit à un centre de soins, s'il:							Nombre de personnes en charge des enfants	
	Ne peut pas boire ou têter	Devient plus malade	Développe la fièvre	A une respiration rapide	A des difficultés à respirer	A du sang dans les selles	Boit difficilement		Connaît au moins 2 signes
Mohéli	26,9	66	47,6	32,8	35,6	34,3	31,6	52,8	374
Anjouan	20,3	41	50,0	17,3	19,9	19,2	12,6	39,5	1609
Grande Comore	9,8	38	54,0	9,8	14,5	10,8	6,0	26,6	2887
Urbain	21,7	49	56,0	23,0	25,7	26,4	17,7	37,8	1014
Rural	12,7	39	51,2	11,7	15,9	12,4	8,2	31,6	3856
Niveau d'éducation de la mère									
Aucun	14,4	41	50,3	13,9	17,7	15,3	9,6	32,9	3264
Primaire	12,1	40	54,4	10,3	14,5	12,7	8,8	30,6	746
Secondaire	18,9	43	60,8	19,8	24,2	21,6	14,1	38,7	697
Programme non-formel	11,2	27	36,1	9,1	7,5	0,8	18,5	12,6	95
Total	14,6	41	52,2	14,0	17,9	15,4	10,2	32,9	4870

Suivi des indicateurs de la PCIME et du paludisme

E.4. Le Paludisme.

Malgré une régression de la prévalence du paludisme enregistrée ces trois (3) dernières années, cette affection reste le premier motif de consultation dans les structures de santé à hauteur de 33%, selon rapport annuel d'activités 1999 du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) mis en place en 1990. Le paludisme sévit à l'état endémo-épidémique et touche surtout les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Les espèces plasmodiales sont exclusivement représentés par le plasmodium falciparum (98,3%). Beaucoup d'actions ont été menées contribuant à l'amélioration de la situation qui demeure encore préoccupante.

La forme de prévention considérée comme la plus efficace est l'utilisation du moustiquaire imprégné d'insecticides. Le tableau ci-après donne une indication sur l'utilisation de ce moyen de prévention.

Tableau 28: Pourcentage des enfants âgée de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée durant la nuit précédente, Comores, 2000

	<u>Dormis sous une moustiquaire</u>				<u>Moustiquaire traitée</u>			Enfants dormis sous une moustiquaire
	Oui	Non	NSP/ manquant	Nombre d'enfants	Oui	Non	NSP/ manquant	
Masculin	37,3	59	3,5	2516,8	25,3	69,4	5,3	929
Féminin	35,5	61	3,3	2330,1	26,2	68,5	5,2	829
Féminin	35,5	61	3,3	2330,1	26,2	68,5	5,2	829
Mohéli	65,8	34	0,0	373,6	22,2	76,0	1,8	245
Anjouan	29,9	67	2,6	1601,4	13,0	78,3	8,8	479
Grande Comore	36,2	60	4,3	2871,9	32,5	63,1	4,4	1034
Urbain	56,8	41	2,0	1009,7	29,5	66,0	4,4	576
Rural	31,1	65	3,8	3837,3	23,9	70,5	5,6	1182
Age								
< 6 Mois	53,6	44	2,0	466,7	21,7	71,5	6,8	250
6-11 Mois	50,8	46	3,4	455,8	22,2	72,6	5,3	231
12-23 Mois	42,5	54	3,2	947,4	26,9	68,2	5,0	402
24-35 Mois	36,0	60	3,9	976,6	25,2	69,8	5,0	347
36-47 Mois	30,6	66	3,0	1054,9	30,0	67,5	2,5	321
48-59 Mois	21,7	74	4,0	939,9	26,6	65,0	8,4	204
Total	36,4	60	3,4	4841,4	25,7	69,1	5,2	1755

Suivi des indicateurs de la PCIME et du paludisme

A Mohéli beaucoup d'enfants dorment sous moustiquaires (65,8%), mais seuls 22% utilisent des moustiquaires imprégnées. En Grande Comore 36,2% des enfants utilisent une moustiquaire, contre 29,9% à Anjouan. En ville, les enfants sont 56,8% à utiliser une moustiquaire, tandis qu'en milieu rural ce taux tombe à 31,1%. Entre les filles (35,5%) et les garçons 37,3%, il n'y a pas de discrimination.

Le taux d'utilisation de moustiquaires non imprégnées diminue en fonction de l'âge. A mesure que l'enfant grandit, il dort de moins en moins sous une moustiquaire.

Le tableau 29 de la page qui suit, montre que 31% des enfants de 0-59 mois ont eu de la fièvre, au cours des deux dernières semaines. Les enfants de 6 à 11 mois sont les plus touchés (39,4%). Mais ces chiffres peuvent ne pas refléter la réalité car, l'enquête a assimilé le paludisme à toute manifestation d'hyperthermie. Le même tableau montre que 61,5% ont reçu de la chloroquine et 4% qui ont reçu le Fansidar. Ceci montre que le protocole thérapeutique national est bien suivi. 64,1% ont reçu un antipyrétique (paracétamol)

LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME) :

Conscientes des problèmes de santé des enfants, les autorités comoriennes se sont résolues à adopter la nouvelle approche basée sur la stratégie PCIME (Prise en Charge Intégrée des Maladies des Enfants) en vue d'améliorer la situation de ces derniers.

Après les étapes préparatoires (visite préliminaire, ateliers d'orientation) les Comores s'appêtent à entamer la phase d'introduction de cette stratégie. Dans ce même cadre, une série d'activités est programmée. La tenue prochaine de l'atelier de planification sera suivi d'une réunion des partenaires dans l'optique de la mobilisation des fonds nécessaires à la mise en œuvre proprement dite de cette stratégie.

Ainsi, le responsable du programme LMD/IRA est nommé Point Focal de la PCIME pour assurer la coordination et le suivi des activités concourant à la mise en œuvre de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance.

Tableau 29: Pourcentage des enfants âgés de 0-59 mois qui ont été malades avec une fièvre dans les deux dernières semaines et qui ont reçu un médicament anti-malaria, Comores, 2000

	Ont eu la fièvre dans les deux dernières semaines	Nombre d'enfants de moins de 5 ans	Enfants avec une fièvre et qui sont traités avec:						Nombre d'enfants
			Paracétamol	Chloroquine	Fansidar	Autre	Ne sait pas	Antipaludéenne appropriée	
Masculin	30,5	2529	63,1	60,7	4,1	12,4	1,9	62,2	772
Féminin	31,5	2341	65,2	62,2	3,8	10,6	1,5	63,1	738
Mohéli	25,7	374	79,1	63,4	0,7	36,6	0,0	64,0	96
Anjouan	31,0	1609	53,1	62,9	3,9	9,1	1,5	63,8	498
Grande Comore	31,7	2887	68,5	60,5	4,4	10,2	2,0	61,9	916
Urbain	25,0	1014	64,7	63,0	3,8	18,0	2,6	65,2	254
Rural	32,6	3856	64,0	61,1	4,0	10,2	1,5	62,1	1257
Age									
< 6 Mois	30,2	469	55,4	55,6	2,0	14,3	3,3	55,6	142
6-11 Mois	39,4	457	60,6	59,8	3,7	13,4	1,4	61,5	180
12-23 Mois	36,4	956	66,0	62,8	2,9	9,1	0,6	63,8	348
24-35 Mois	31,8	979	64,2	63,4	4,6	12,5	2,3	64,7	311
36-47 Mois	27,2	1062	63,0	62,3	3,9	12,7	1,6	64,0	289
48-59 Mois	25,3	942	70,5	60,8	6,3	9,5	1,9	62,0	238
Niveau d'éducation de la mère									
Aucun	31,4	3264	63,0	59,2	3,1	10,5	1,8	60,3	1026
Primaire	30,8	746	66,7	65,0	3,0	11,7	2,2	66,2	230
Secondaire	30,0	697	67,6	66,2	5,2	17,2	1,1	68,1	209
Programme non-formel	24,7	95	84,8	77,8	44,9	10,0	0,0	77,8	24
Total	31,0	4870	64,1	61,5	4,0	11,5	1,7	62,7	1510

Suivi des Indicateurs de la PCIME et du palludisme

F. VIH-SIDA ET SANTE DE LA REPRODUCTION.

F.1. Connaissance et transmission du HIV/SIDA.

La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le SIDA est l'un des objectifs du plan national de développement sanitaire "Perspectives An 2010" adopté par le Gouvernement Comorien en 1993. Deux arguments majeurs justifient la nécessité du renforcement de la lutte contre les MST :

- La morbidité des MST classiques apparaît importante aux Comores, malgré l'absence de statistiques très fiables
- La lutte contre les MST est une stratégie majeure dans la lutte contre le SIDA.

Le gouvernement a élaboré et mis en oeuvre depuis les années quatre vingt un plan à moyen terme de lutte contre le SIDA, qui est renouvelé tous les quatre ans. Les activités stratégiques du plan sont les suivantes :

- Renforcement des activités d'IEC en matière de MST\ SIDA.
- Encouragement de la population à effectuer des tests volontaires de MST/ SIDA, surtout avant le mariage.
- Développement d'activités de plaidoyer auprès des différentes autorités (religieuses, politiques, coutumières...) pour les impliquer dans la sensibilisation de la population.
- Renforcement des capacités en communication de l'ensemble des personnels qui participent à l'effort d'information et de sensibilisation du public (personnels de la santé, des ONG, des volontaires...).
- Vulgarisation du condom comme moyen de prévention du VIH/ SIDA.

Dans le but d'évaluer le niveau des connaissances et de mieux connaître les attitudes et opinions des femmes de 15 - 43 ans (sexuellement actives) vis-à-vis du VIH/ SIDA, au cours de l'enquête MICS, on a posé des questions relatives à :

- la connaissance du sida et l'accès aux sources d'information,
- la connaissance des moyens de prévenir le SIDA,
- la connaissance des conceptions erronées sur la transmission du SIDA,
- l'attitude à adopter vis-à-vis des séropositifs,
- la connaissance et à l'utilisation du condom en tant que moyen de protection du VIH/SIDA.

Une partie appréciable de la population féminine comorienne en âge de procréer (87,2%, selon la MICS 2000) a entendu parler du VIH/SIDA. (voir tableau 30 ci-dessous). Si ce pourcentage paraît élevé, il reste néanmoins inférieur à celui de l'EDSC/96 qui était de 98%. Le recul peut s'expliquer par le relâchement des campagnes de sensibilisation sur la prévention du VIH/Sida.

Tableau 30: Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui connaissent les principaux moyens de prévention de la transmission du HIV, Comores, 2000

	Pourcentage qui connaît comment prévenir la transmission par:							Nombre de femmes
	Entendu parler du VIH/SIDA	Avoir un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté	Fidel	Utiliser le condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels	S'abstenir de tout rapport sexuel	Connait tous les trois moyens	Connait au moins un moyen	
Mohéli	98,8	53,0	44,7	49,7	32,1	63,1	36,9	381
Anjouan	80,3	22,6	21,6	17,7	10,3	29,9	70,1	1594
Grande Comore	89,2	47,9	46,0	38,6	25,0	59,9	40,1	3267
Urbain	93,4	44,9	43,7	39,7	25,1	58,3	41,7	1179
Rural	85,4	39,3	36,9	31,1	19,8	48,9	51,1	4063
Age								
15-19 ans	85,0	36,0	35,5	29,6	18,5	46,7	53,3	1157
20-24 ans	90,2	49,5	46,6	40,1	28,6	59,0	41,0	981
25-29 ans	89,7	44,0	42,8	36,2	22,5	56,1	43,9	982
30-34 ans	88,4	42,6	39,9	33,9	21,6	53,1	46,9	815
35-39 ans	87,2	38,3	34,4	29,7	19,4	47,2	52,8	667
40-44 ans	80,7	34,5	30,6	33,8	16,9	46,2	53,8	365
45-49 ans	81,2	23,7	22,1	15,6	6,9	32,8	67,2	274
Niveau d'éducation de la femme								
Aucun	83,5	32,5	29,8	27,0	16,3	41,5	58,5	3005
Primaire	90,1	46,2	44,6	36,5	23,8	57,5	42,5	994
Secondaire et +	95,6	59,5	57,4	47,5	32,3	72,9	27,1	1087
Programme non-formel	82,2	23,4	27,2	23,3	10,6	34,9	65,1	92
Total	87,2	40,6	38,5	33,1	21,0	51,0	49,0	5242

Suivi des Indicateurs du HIV/SIDA

On peut constater que c'est dans l'île d'Anjouan que le pourcentage de celles qui ont entendu parler du sida est le plus faible (80,3%). Cela est sans doute dû au fait que depuis bientôt trois ans les programmes de santé, et en particulier le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) n'ont pas pu développer leurs activités dans cette île à cause des problèmes politiques (mouvement de sécession). Par contre, ce sont les femmes de l'île de Mohéli qui ont entendu le plus parler du VIH (98,8%). Il faut reconnaître qu'en matière de communication sociale, cette île est favorisée par ses dimensions (290km²), avec des déplacements d'une localité à une autre facilités par une route bitumée qui relie pratiquement tous les villages.

Si le pourcentage des femmes qui ont entendu parler du VIH est élevé (87,2%), celui des femmes qui connaissent les moyens de prévention sont faibles : 40,6% ont cité la fidélité à un seul partenaire, 38,5 % l'utilisation du condom et 33,1% l'abstinence sexuelle. Très peu de femmes comoriennes en âge de procréer (15-49ans) connaissent les trois moyens de prévention du VIH/SIDA (21 %). Par contre une femme sur deux (51%) connaît au moins un moyen de prévention. C'est au niveau de la tranche d'âge 20-24 ans (59%) et auprès des femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire et plus que le pourcentage (72,9%) de celles qui connaissent un moyen de prévention est le plus élevé.

Mais ce qui est le plus inquiétant, c'est le pourcentage élevé des femmes à Anjouan qui ne connaissent aucun moyen de prévention (70,1%). Ce sont les femmes de 45-49 ans qui ignorent les moyens de prévention (67,2%) ainsi que celles qui n'ont eu aucune instruction (58,5%).

Le tableau 30a ci-dessous nous donnent les résultats sur le niveau de connaissance des adolescentes sur la pandémie du Sida.

Tableau 30a : pourcentage des femmes âgées de 15-19 ans qui connaissent les principaux moyens de prévention du HIV

	Connaissan ce VIH/SIDA	Ayant seulement un partenaire sexuel fidèle qui n'est pas infecté	Utilisant le condom à chaque fois qu'on a des rapport sexuels	Abstinen ce de rapport sexuels	Connaît tous les trois moyens	Connaît au moins un moyen	Ne connaît aucun moyen	Nombre de femme
Mohéli	100.0	48.6	45.5	46.7	34.2	60.5	39.5	100
Anjouan	76.4	17.8	17.2	15.5	9.6	24.2	75.8	444
Grande Comore	88.8	47.1	47.0	37.1	22.4	60.6	39.4	614
Urbain	92.0	40.5	37.6	35.7	24.4	52.9	47.1	249
Rural	83.1	34.8	34.9	28.0	16.9	45.0	55.0	908
Niveau d'éducation de la femme								
Aucun	79.9	26.8	25.8	21.1	13.7	35.2	64.8	433
Primaire	84.7	36.0	33.3	28.1	18.5	44.4	55.6	339
Secondaire et +	94.4	50.2	52.0	42.8	25.9	65.9	34.1	343
Total	85.0	36.0	35.5	29.6	18.5	46.7	53.3	1157

Les adolescentes (15-19 ans) ont entendu parler du VIH/SIDA à 85%, mais elles ont des connaissances assez limitées sur les moyens de prévention. 36% d'entre elles citent la fidélité à un seul partenaire sexuel, 35,5% l'utilisation du condom, et 29,6% l'abstinence de rapports sexuels. Il n'y a que 18,5% des adolescentes qui connaissent les trois moyens de prévention du sida. Sur l'ensemble des adolescentes enquêtées de l'île d'Anjouan, 9,6% connaissent les trois moyens de prévention, ce pourcentage est de 22,4% en Grande Comore et 34,2% à Mohéli. L'éducation joue un rôle important puisque parmi ces adolescentes qui connaissent les trois méthodes de prévention, 25,9% ont reçu une formation de niveau secondaire, 13,7% n'ont eu aucune instruction et 18,5% ont bénéficié d'une éducation de niveau primaire.

Une adolescente sur deux (53,3%) ne connaît aucun moyen de prévention du VIH/SIDA. Si pour Mohéli et Ngazidja ce taux est inférieur à la moyenne nationale (39,5%). Il est particulièrement élevé à Anjouan (75,8%). Ce sont celles qui n'ont eu aucune éducation formelle (64,8%) qui méconnaissent le plus les moyens de prévention.

Beaucoup de rumeurs sont véhiculées par des personnes sous informées ou mal intentionnées, l'enquête a voulu évaluer l'ampleur du phénomène (voir tableau ci-dessous).

Tableau 31: Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui identifient correctement les conceptions erronées sur le HIV/SIDA, Comores, 2000

	Pourcentage de celles qui savent que:							Nombre de femmes
	Entendu parler du SIDA	Le SIDA ne peut être transmis par:		Une personne apparemment en bonne santé peut être infectée	Connaît toutes les trois conceptions erronées	Connaît au moins une conception erronée	Ne peut identifier correctement aucune conception erronée	
		Moyens surnaturels	Piqûres de Moustiques					
Mohéli	98,8	58,8	33,3	55,5	18,9	79,2	20,8	381
Anjouan	80,3	22,2	20,7	35,4	11,0	43,9	56,1	1594
Grande Comore	89,2	47,1	26,9	61,7	18,0	73,2	26,8	3267
Urbain	93,4	53,2	35,2	63,3	23,9	76,8	23,2	1179
Rural	85,4	36,6	22,6	50,3	13,6	61,2	38,8	4063
15-19 ans	85,0	38,2	26,0	51,5	16,0	62,2	37,8	1157
20-24 ans	90,2	44,4	28,2	58,6	17,2	70,3	29,7	981
25-29 ans	89,7	44,8	28,2	58,1	16,9	71,7	28,3	982
30-34 ans	88,4	44,0	27,2	56,7	18,3	67,3	32,7	815
35-39 ans	87,2	37,1	22,4	49,9	15,0	59,9	40,1	667
40-44 ans	80,7	34,5	19,3	46,0	12,9	56,9	43,1	365
45-49 ans	81,2	23,4	14,1	32,1	6,4	44,9	55,1	274
Niveau d'instruction de la femme								
Aucun	83,5	31,6	19,3	44,3	10,9	55,0	45,0	3005
Primaire	90,1	44,2	24,9	60,0	14,7	72,2	27,8	994
Secondaire et +	95,6	62,4	43,5	73,5	31,2	86,7	13,3	1087
Programme non-formel	82,2	20,3	17,6	35,3	9,8	42,5	57,5	92
Total	87,2	40,3	25,5	53,3	15,9	64,7	35,3	5242

Suivi des Indicateurs du HIV/SIDA

Ce sont les femmes de Mohéli qui sont les plus persuadées que la transmission du VIH ne peut pas se faire par des moyens surnaturels (58,8%) suivi de celles de la Grande Comore (47,1%). Le pourcentage pour les trois îles des femmes qui ne croient pas à une transmission surnaturelle, est de 40,3%. Ce sont les femmes d'Anjouan qui croient le plus à la possibilité d'une transmission surnaturelle (22,2%).

Sur la possibilité d'une transmission du VIH par les moustiques, 25,5% ont répondu par la négative. On note une nette différence entre le milieu urbain (35,2%) et le milieu rural (22,6%). Par contre le pourcentage par rapport aux groupes d'âge est pratiquement le même.

53,3% des femmes savent qu'une personne vivant avec le VIH/SIDA peut ne pas présenter des manifestations cliniques de la maladie. C'est à la Grande Comore que la population féminine est la mieux informée (61,7%) de cette possibilité, suivie des femmes à Mohéli (55,5%) et de celles d'Anjouan (35,4%). Les femmes du milieu urbain (63,3%) ou scolarisées (73,5%) sont beaucoup plus sensibilisées sur cet aspect que les femmes rurales (50,3%) ou non scolarisées (44,3%).

Le pourcentage des femmes qui connaissent les trois conceptions erronées sur la transmission du VIH est faible (15,9%). Par contre le pourcentage de celles qui connaissent au moins une

conception erronée est élevée (64,7%). C'est à Mohéli (79,2%) et à la Grande Comore (73,2%) que nous avons les taux les plus élevés des femmes qui connaissent au moins une conception erronée. C'est à Anjouan où nous avons le pourcentage le plus élevé des femmes qui ne peuvent identifier correctement aucune conception erronée (56,1%). Les résultats corroborent parfaitement les résultats précédents sur les connaissances du VIH/sida. Dans l'ensemble, on note une nette recule de la dissémination de l'information au niveau de l'île d'Anjouan.

Une des voies de transmission du VIH/Sida la moins connue, selon les enquêtes CAP (Connaissance, Attitude et Pratique) précédentes (1987 et 1995) c'est la transmission de la mère à l'enfant. L'enquête MICS/2000 nous donnent des informations sur l'état des connaissances sur ce point (voir tableau ci-dessous)

Tableau 32: Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui ont identifié correctement les moyens de transmission du HIV de la mère à l'enfants, Comores, 2000

	Savent que le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant	Pourcentage qui connaît que le SIDA peut-être transmis:				Ne connaît aucun moyen spécifique	Nombre de femmes
		Durant la grossesse	Pendant l'accouchement	A travers l'allaitement	Connait les trois moyens		
Mohéli	73,3	71,6	66,3	67,4	61,2	26,9	381
Anjouan	39,2	34,6	30,1	29,8	22,1	61,8	1594
Grande Comore	56,9	52,9	47,1	42,1	36,2	43,8	3267
Urbain	61,0	58,0	52,4	48,9	41,5	38,8	1179
Rural	50,3	46,0	40,7	37,7	31,5	50,7	4063
Age							
15-19 ans	49,3	45,3	40,3	39,4	32,4	51,6	1157
20-24 ans	57,4	52,4	46,3	42,8	36,2	44,2	981
25-29 ans	55,2	51,4	44,7	40,2	33,3	44,6	982
30-34 ans	57,7	52,4	48,7	43,7	37,2	43,6	815
35-39 ans	51,6	49,2	43,0	39,8	33,7	48,7	667
40-44 ans	44,8	42,6	38,3	37,0	32,2	54,8	365
45-49 ans	40,4	35,4	32,3	29,5	24,0	61,0	274
Niveau d'éducation de la femme							
Aucun	46,6	43,1	38,0	36,2	30,0	53,9	3005
Primaire	58,5	53,0	46,5	45,0	38,4	43,1	994
Secondaire et +	65,9	62,1	56,7	49,0	41,6	33,8	1087
Programme non-formel	44,9	36,5	33,3	28,3	23,8	62,2	92
Total	52,7	48,7	43,3	40,2	33,8	48,0	5242
Total	52,7	48,7	43,3	40,2	33,8	48,0	5242

Suivi des Indicateurs du HIV/SIDA

Les femmes en âge de procréer (15- 49 ans) ont des connaissances assez disparates d'une île à l'autre sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le pourcentage de celles qui savent que cette transmission peut se faire est de 73,3% à Mohéli, 56,3% à Ngazidja et 39,2% à Anjouan. Par contre, celles qui connaissent les trois moyens de transmission du VIH de la mère à l'enfant (au cours de la grossesse, durant l'accouchement, au moment de l'allaitement) représentent le tiers (33,8%). 61,8% des femmes d'Anjouan ne connaissent aucun moyen spécifique de transmission de la mère à l'enfant.

La peur du sidéen, voire du séropositif connu, reste une réalité dans l'ensemble des pays et particulièrement dans ceux du sud. L'enquête MICS a cherché à connaître l'attitude des comoriennes à cet égard

Tableau 33: Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui exprime une attitude discriminatoire envers les personnes ayant le HIV/AIDS, Comores, 2000

	Pourcentage des femmes qui:				Nombre de femmes
	Croient qu'un enseignant avec le VIH ne devrait pas être autorisé à travailler	N'achèteraient pas la nourriture d'une personne ayant le VIH/SIDA	Sont d'accord avec au moins une annonce discriminatoire	Sont d'accord avec les deux annonces discriminatoires	
Mohéli	27,5	17,5	31,1	68,9	381
Anjouan	18,3	13,8	21,6	78,4	1594
Grande Comore	37,3	36,6	43,5	56,5	3267
Urbain	37,6	30,2	43,4	56,6	1179
Rural	28,9	27,7	33,8	66,2	4063
Age					
15-19 ans	30,8	27,0	34,7	65,3	1157
20-24 ans	33,2	30,5	37,8	62,2	981
25-29 ans	35,7	33,5	42,1	57,9	982
30-34 ans	30,7	28,8	37,1	62,9	815
35-39 ans	29,2	27,4	34,1	65,9	667
40-44 ans	24,5	22,9	29,6	70,4	365
45-49 ans	17,8	14,1	21,9	78,1	274
Niveau d'éducation de la femme					
Aucun	22,8	20,6	26,7	73,3	3005
Primaire	31,1	30,3	37,7	62,3	994
Secondaire et +	52,6	46,7	59,2	40,8	1087
Programme non-formel	33,9	32,6	39,0	61,0	92
Total	30,8	28,2	35,9	64,1	5242

Suivi des Indicateurs du HIV/SIDA

Ce sont les femmes à la Grande Comore qui sont les plus nombreuses à avoir une attitude discriminatoire à l'endroit du porteur du VIH. Elles sont 37,3% à estimer qu'un enseignant dans ce cas ne devrait pas être autorisé à travailler, contre 27,5% de femmes à Mohéli et 18,3% de celles résidant à Anjouan. 36,6% des femmes à la Grande Comore n'achèteraient pas la nourriture d'une personne avec le VIH/sida contre 17,5% à Mohéli et 13,8% à Anjouan. Ce sont les femmes à Anjouan qui viennent en 1^{ère} position (78,4%) dans l'hostilité contre les mesures discriminatoires à l'égard des porteurs sains. Cette attitude plus tolérante pourrait s'expliquer, semble-t-il, par le faible taux de connaissances des femmes qui, à Anjouan, connaissant le VIH/Sida et ses conséquences socio-médicales. Par ailleurs, il faut noter l'attitude paradoxale des femmes à Mohéli et en Grande Comore qui, tout en connaissant le mieux les modes de transmission sont aussi celles qui sont les plus favorables aux mesures discriminatoires.

Pour pouvoir s'assurer d'une prévention correcte, il faut connaître au préalable les différentes modes de transmissions du VIH (voir résultats tableau 34 ci-dessous).

Tableau 34: Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont une bonne connaissance de la transmission du HIV/SIDA, Comores, 2000

	Ont entendu parlé du HIV/SIDA	Connaissent 3 moyens pour prévenir la transmission du HIV	Identifient Correctement 3 conceptions erronées sur la transmission du HIV	Ont une bonne connaissance	Nombre de femmes
Mohéli	97.0	46.8	52.0	30.3	1587
Anjouan	93.1	37.3	36.2	21.2	953
Grande Comore	92.7	27.3	28.9	14.9	627
	91.1	36.3	29.3	15.9	437
Urbain	82.7	14.9	13.4	7.5	360
Rural					
	96.5	45.0	48.3	28.4	2196
Age	89.6	28.0	26.4	14.1	1769
15-19 ans					
20-24 ans	92.0	33.8	32.2	16.6	818
25-29 ans	94.3	33.4	39.1	19.5	631
30-34 ans	94.2	39.4	44.0	26.4	593
35-39 ans	95.1	41.1	41.2	24.2	599
40-44 ans	94.4	42.2	43.7	27.3	531
45-49 ans	93.6	39.4	37.4	22.7	441
	89.2	33.2	31.8	18.9	351
Niveau d'éducation de la femme					
Aucun					
Primaire	80.7	6.4	7.7	2.1	266
Secondaire et +	87.7	22.0	15.8	9.3	1050
Programme non-formel	97.0	46.6	50.6	29.1	2649
Total	93.4	37.4	38.5	22.0	3965

Suivi des Indicateurs du HIV/SIDA

Si 80,3% des femmes en âge de procréer d'Anjouan ont entendu parler du sida, seuls 10,6% connaissent les trois moyens pour éviter sa transmission et 11% peuvent correctement identifier les trois conceptions erronées sur sa transmission. Un peu plus d'une femme sur trois à Ngazidja (38,2%) et à Mohéli (36,9%) connaissent les trois moyens pour éviter la transmission du sida. Une femme sur cinq (18%) à la Grande Comore et à Mohéli, peuvent identifier trois conceptions erronées sur la transmission du VIH. Ce sont les tranches d'âge 20-24 ans, 25-29 ans et 30-34 ans des femmes, qui connaissent un peu mieux (respectivement 39,3%, 33,3% et 32,4%) les 3 moyens pour éviter la transmission du sida.

Même si une grande majorité des femmes a entendu parler du Sida (98,8% à Mohéli et 89,2% en Grande comore), très peu d'entre elles connaissent les moyens de prévenir sa transmission. Le niveau des connaissances des moyens de prévention est plus faible à Anjouan (16,6%) que dans les deux autres îles sœurs. La moyenne au niveau national de celles qui connaissent les moyens de prévention est de 21%. Par contre, elle est de seulement 15, 9 % pour celles qui peuvent identifier correctement trois conceptions erronées sur la transmission du VIH.

Depuis le début du PMT1 (Programme à Moyen Terme de lutte contre le sida) dans les années quatre vingt dix, une des stratégies qui était préconisée, est le test volontaire du VIH. Les dispositions étaient prises pour que toutes les structures de santé (CMC, CSD et CHR) ainsi que le PNLS, soient en mesure de faire le test à tous ceux qui le souhaitent.

Est-ce que la population féminine était bien informée de cette possibilité qu'elle avait de se faire tester ? Celles qui le savaient, ont-elles eu le courage d'aller le faire ? Si elles l'ont fait, sont-elles revenues pour connaître les résultats ? L'enquête MICS nous donne quelques éléments de réponses (voir tableau 35 ci-dessous).

Tableau 35: Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui connaissent un endroit où faire le test du HIV/SIDA et qui ont été testées, Comores, 2000

	Connaissent un endroit où faire le test	Ont été testées	Si testée, a été informée du résultat	Nombre de femme
Mohéli	50,7	10,3	80,3	381
Anjouan	23,6	4,8	62,1	1594
Grande Comore	32,7	14,8	78,7	3267
Urbain	42,8	18,2	84,2	1179
Rural	27,9	9,5	72,6	4063
Age				
15-19 ans	24,9	5,6	64,9	1157
20-24 ans	35,0	12,0	79,0	981
25-29 ans	33,8	14,0	80,5	982
30-34 ans	36,6	16,3	80,6	815
35-39 ans	33,7	15,4	75,9	667
40-44 ans	24,7	8,1	65,0	365
45-49 ans	22,8	4,9	69,3	274
Niveau d'éducation de la femme				
Aucun	25,3	8,2	71,6	3005
Primaire	31,6	12,8	72,5	994
Secondaire et +	47,6	19,5	85,1	1087
Programme non-formel	29,5	3,9	34,3	92
Total	31,3	11,4	76,7	5242

Suivi des Indicateurs du HIV/SIDA

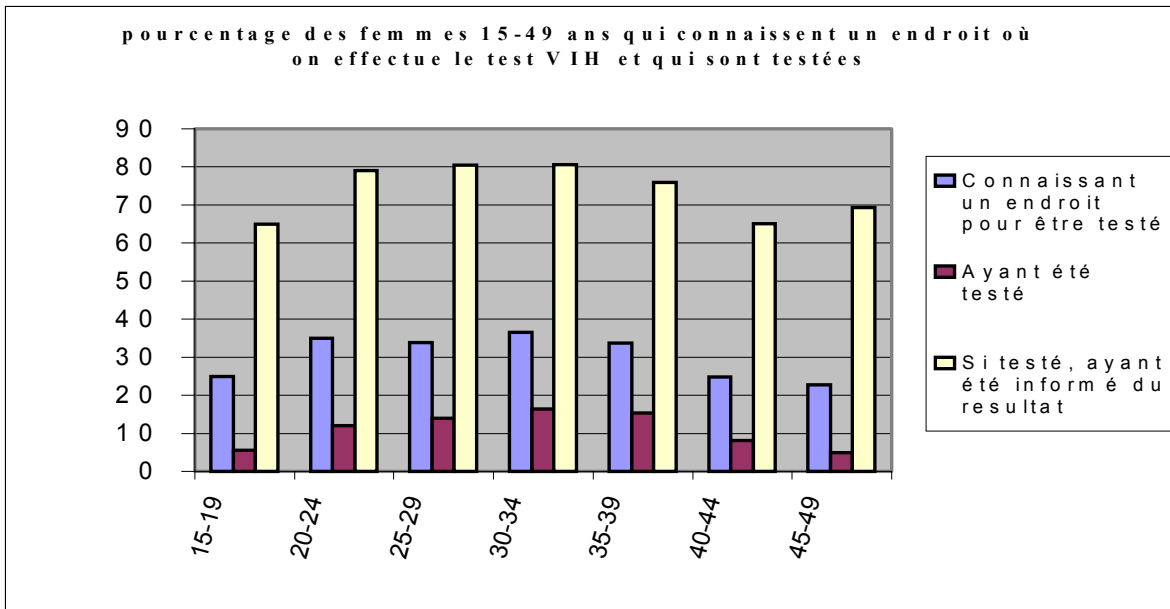
Le test volontaire du VIH suivi d'une séance de counselling, permet aux femmes enceintes de connaître leur état sanitaire et d'éviter de contaminer leurs partenaires. Le test est particulièrement important pour les femmes enceintes car elles peuvent prendre les précautions indispensables pour prévenir la contamination du futur bébé.

L'enquête MICS cherche à déterminer le pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui connaissent les endroits où elles peuvent aller faire un test du VIH/Sida mais aussi celles qui ont été testées.

Une femme sur trois connaît les endroits où on fait le test volontaire mais il n'y a que 11,4% des femmes qui font le test VIH/Sida. 76,7% parmi celles qui font le test, reviennent pour chercher les résultats. C'est à la Grande Comore que le pourcentage des femmes qui ont fait le test est le plus important (14,8%) et c'est à Anjouan que le pourcentage des femmes testées est le plus faible (4,8%). Ce faible taux au niveau d'Anjouan s'explique par le faible taux de connaissance des endroits où on peut faire le test, 23,6% contre 50,7% pour Mohéli et 32,6% pour la Grande Comore. Pour celles qui reviennent pour connaître les résultats, elles sont 80,3% à Mohéli, 62,1% à Anjouan et 79% à la Grande Comore. C'est une minorité (20%) qui ne revient pas récupérer les résultats.

Ce sont les femmes de 30-34 ans qui font le plus le test VIH, 16,3% (voir figure ci-dessous), suivies des 35-39 ans (15,4%). Les femmes qui ont un niveau de formation secondaire et plus, connaissent mieux les endroits où on fait le test (47,6%) et s'y rendent pour effectuer le test (19,5%).

Figure 22 :



L'un des éléments à retenir est que depuis bientôt 3 ans les structures de santé d'Anjouan ne reçoivent plus de réactifs pour le test VIH/sida. Dans ce contexte, le personnel de santé hésite à informer la population de peur de susciter une demande qu'il n'est pas en mesure de satisfaire. Ce sont là certainement les raisons qui expliquent le très faible taux de femmes qui font le test dans cette île.

Il est toujours intéressant lors d'une enquête au niveau national de connaître le canal (ou les canaux) par lequel la population (ici féminine) est informée. Le tableau 43 ci-dessous donne les résultats des sources d'information des personnes enquêtées.

La source principale d'information sur l'ensemble du territoire, selon les déclarations des femmes, est la radio (38,0%) avec des taux variables selon les îles : 20,3 % à Mohéli, 33,2 % à Anjouan et 42,4 % à la Grande Comore. Si le phénomène des radios communautaires ou périphériques est très développé à la Grande Comore et à Anjouan, il l'est beaucoup moins à Mohéli où ces radios n'existent que dans le seul district de Fomboni (sur les trois). Le milieu de résidence n'influe pas beaucoup dans la mesure où les zones de couverture de ces stations, englobe le milieu urbain et rural. Par contre ce sont les femmes qui n'ont aucune formation académique qui écoute le plus la radio (44 %), suivies de celles qui n'ont qu'une éducation de niveau primaire (38,2 %) et secondaire et plus (24,7%).

Après la radio, c'est la communication interpersonnelle qui est la seconde source d'information de la population enquêtée. Cette communication est développée par les agents de santé (13,9%), par les amies (12,4%) et à travers les réunions communautaires (4,4 %).

Tableau 34a: Pourcentage de femmes mariées ou en union âgées de 15-49 ans connaissant le VIH/SIDA selon la source d'information

	Source d'information										Effectif de femmes
	Manquant	Journaux/ magazine	Pamphlet/Affiche	Agent de santé	Mosquée	Réunion communautaire	Amis	Parents	Au travail	Radio	
Mohéli	9.8	26.7	9.5	9.6	0.2	7.9	15.2	0.6	0.2	20.3	376
Anjouan	6.6	13.9	1.5	16.8	0.5	5.2	21.2	0.8	0.5	33.2	1281
Gde Comore	3.4	25.9	1.8	13.1	0.3	3.6	8.2	0.6	0.7	42.4	2913
Urbain	5.1	27.4	4.2	12.5	0.2	5.8	10.2	0.3	0.3	34.0	1101
Rural	4.8	21.0	1.7	14.3	0.4	3.9	13.2	0.8	0.7	39.3	3468
Age											
15-19	1.1	5.7	0.6	2.3	0.1	0.9	2.9	0.2	0.2	7.5	984
20-24	0.8	4.8	0.6	2.4	0.0	0.6	2.8	0.2	0.1	7.0	885
25-29	0.9	5.1	0.4	2.7	0.0	0.8	1.7	0.1	0.1	7.5	880
30-34	1.0	3.2	0.2	2.5	0.0	0.5	1.7	0.1	0.1	6.5	721
35-39	0.5	2.4	0.3	2.0	0.0	0.8	1.7	0.1	0.1	4.9	582
40-44	0.3	1.0	0.1	1.3	0.1	0.5	0.9	0.0	0.0	2.2	295
45-49	0.3	0.4	0.1	0.7	0.1	0.2	0.7	0.0	0.0	2.4	222
Niveau d'éducation de la femme											
Aucun	4.9	13.3	1.7	13.8	0.5	4.3	16.5	0.6	0.5	44.0	2510
Primaire	5.3	20.7	3.5	14.6	0.3	4.5	11.2	1.2	0.6	38.2	896
Secondaire et +	4.5	46.6	2.8	11.0	0.1	4.6	4.4	0.4	0.9	24.7	1040
Total	4.8	22.6	2.3	13.9	0.3	4.4	12.4	0.7	0.6	38.0	4570

La troisième source d'information est l'écrit, constitué de journaux et magazines (22,6%), pamphlets et affiches (2,3%). Ce sont celles qui ont fait des études secondaires ou supérieures qui lisent le plus (46,6%), suivies de celles qui ont fait des études primaires (20,7%) et celles qui n'ont pas fait d'études (13,3%). Ce sont les femmes à Mohéli qui sont les plus grandes lectrices (26,7%) suivies de celles de la Grande Comore (25,9%) et d'Anjouan (13,9%). Ces résultats doivent être relativisés par l'extrême rareté de l'écrit. La mosquée n'est pas un milieu accessible aux femmes. C'est ce qui peut expliquer le faible taux (0,3%) de femmes qui sont informées par ce canal pour autant que le sujet y est traité.

F.2 Santé de la reproduction.

Au cours des trois dernières décennies, la Planification Familiale (PF) intégrée aux services de la SMI (santé maternelle et infantile) a été l'élément central de ces services. Le concept de Santé Sexuelle et de la Reproduction est récent. Il date de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire en 1994 (CIPD 94) qui a attiré l'attention du monde entier sur les droits à la santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce concept établit que les besoins des individus en matière de santé sexuelle et reproductive vont au-delà de la PF. Cette nouvelle approche envisage la santé des femmes d'un point de vue plus large et plus complète. Elle prend en compte l'ensemble de leurs besoins en matière de sexualité et de reproduction tout au long de leur vie. Elle prend également en compte les besoins des hommes et des jeunes.

Le gouvernement comorien n'a pas encore formulé, de manière explicite, une politique en la matière. Cependant, dès le début des années 80 et à l'occasion de l'élaboration du plan intérimaire de développement économique et social 1983-1986, le gouvernement s'est engagé à accorder une grande priorité à toute mesure destinée à réduire la croissance démographique jugée trop rapide pour les capacités de développement du pays ainsi que la mortalité maternelle et infantile considérée comme trop élevée.

De cette volonté clairement affichée en faveur d'une maternité voulue, maîtrisée et sécurisée, des programmes ont été conçus et mis en œuvre :

- Programme de santé maternelle et infantile et de planification de la famille en vue de la sauvegarde de la santé de la mère et de l'enfant (1987-1994);
- Programme élargi de vaccination pour la protection des enfants de 0-5 ans contre les principales maladies de la petite enfance, et des femmes enceintes contre le tétanos néonatal (1993) ;
- Projet Information, Education et Communication (IEC) en matière de SMI/PF pour sensibiliser les responsables politiques, les autorités religieuses et l'ensemble de la population, aux problèmes d'espacement des naissances pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant (1987-1994) ;
- Sous programme développement de la santé de la reproduction (1996-2001) dont les principales composantes sont : la maternité sans risque, la planification familiale, les maladies sexuellement transmissibles, la santé sexuelle et reproductive des adolescents et la prise en charge des complications liées aux avortements.

Le développement de ces programmes a permis l'émergence d'un consensus national sur la volonté d'espacement de naissances (et non la limitation de naissance) pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

De plus, un effort important en matière de collecte a été, par ailleurs, fourni (recensements Général en 1980 et en 1991, EDSC en 1996, Analyse situationnelle des districts sanitaires en 1999, MICS/2000) permettant ainsi de disposer de données suivies et fiables, condition nécessaire à la formulation d'une politique adéquate en matière de santé de la reproduction.

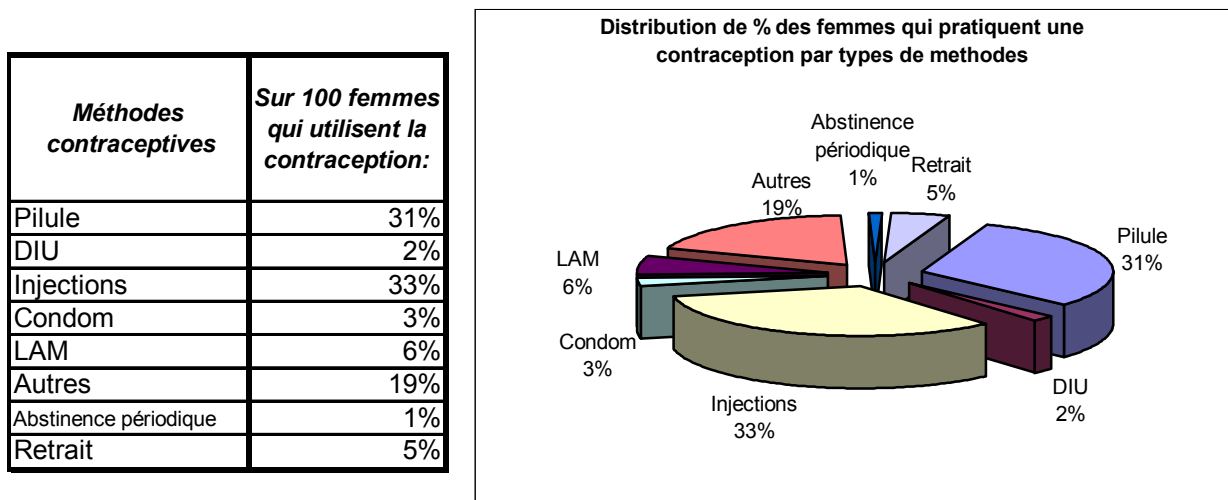
la planification familiale

La pratique de la contraception suppose, au préalable, la connaissance d'au moins une méthode contraceptive et l'endroit où on peut l'obtenir. Les questions posées à l'occasion de la MICS, se proposent de déterminer le degré de connaissance des femmes mariées ou en union, âgées de 15 à 49 ans, sur les méthodes contraceptives. Les différentes méthodes retenues dans le questionnaire ont été classées en deux catégories :

- les méthodes modernes, comprenant la stérilisation féminine et masculine, la pilule, le DIU, l'injection, les implants (Norplant), le condom masculin et féminin, le diaphragme et la mousse/gelée ;
- les méthodes traditionnelles, comprenant la MAMA (la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée), l'abstinence périodique, le retrait et les autres méthodes.

Le pourcentage des femmes mariées ou en union qui ont déclaré utiliser une méthode contraceptive au cours de l'enquête MICS a été évalué à 25,8%. Ce sont les injections qui viennent en première position (8,9%) des trois méthodes les plus utilisées, suivies de la pilule (8,3%) et de l'abstinence périodique (2,8%). Sur 100 femmes utilisant une méthode contraceptive, 33% utilisent l'injection, 31% la pilule, 6% l'allaitement maternel, 5% le retrait, 3% le condom, 2% le DIU, 1% l'abstinence.(voir Graphique ci-dessous)

Figure 23 :



Source : MICS 2000

Pour les injections, il existe une légère différence entre les deux îles de Mohéli et de la Grande comore et l'île d'Anjouan (respectivement 9,9%, 9,0% et 7%)

Quant au Norplant, la méthode n'est pas encore disponible sur l'ensemble des structures de santé qui dispensent des services PF. Il existe un seul centre pilote à Ngazidja (PMI de Moroni) et deux centres à Anjouan (CMC de Domoni et CSD de Mrémani). Il faut tout de même souligner que la stratégie qui était préconisée par le ministère de la santé à travers le sous programme santé de la reproduction pour son introduction, était la suivante : commencer

par le centre pilote de la PMI de Moroni, l'étendre par la suite aux cinq districts de concentration du programme FNUAP/ Comores à (Mbéni, Mitsamiouli, Domoni, Mrémani et Fomboni) et enfin après évaluation, généraliser la méthode dans les 12 autres districts sanitaires. Par conséquent, il n'est pas étonnant de constater le faible taux d'utilisation de cette méthode (0,7 à Mohéli, 1,5 à Anjouan et 0,3 à Ngazidja).

Le condom féminin n'existe que sous forme d'échantillon dans certains services centraux du ministère de la santé ou à l'ASCOBEF (Association Comorienne pour le Bien être Familial) mais pas dans les structures de santé qui dispensent des services PF.

Le tableau 36 ci-après donne les résultats de l'enquête sur les méthodes contraceptives. Si on considère l'ensemble des méthodes contraceptives modernes, le taux d'utilisation est de 19,4%. Par rapport à l'enquête EDSC/96 qui avait donné un taux de 11%, il y a un net progrès concomitant à une régression du taux d'utilisation des méthodes contraceptives traditionnelles qui passe de 10% à 6,4%. Considérant que les méthodes traditionnelles sont en général peu fiables, cette évolution ne peut que se traduire par une efficacité accrue profitable à la santé reproductive des femmes en union ou mariées.

Ce sont les femmes en union qui ont reçu une éducation secondaire ou supérieure qui utilisent le plus les méthodes contraceptives (38,2%) suivies de celles qui n'ont eu qu'une formation de niveau primaire (27,8%) et de celles qui n'ont bénéficié d'aucune formation (21,8%).

Entre la femme vivant en milieu urbain (34,1%) et celle en milieu rural (23,6%) il y a une différence notable en matière de pratique de planification familiale.

Tableau 36: Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans mariées ou en union qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception, Comores, 2000

Pourcentage des femmes mariées ou en union qui utilisent :																			
	Aucune méthode	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	DIU	Injectifs	Implants	Condom	Condom féminin	Abstinence périodique	Retrait	Diaphragme/mousse/ge			Total	N'importe quelle méthode			Effectif de femmes
												LAM	Autre			moderne	traditionnelle	N'importe quelle méthode	
Mohéli	77,26	0,00	0,00	3,38	0,00	9,94	0,74	0,24	0,00	0,00	0,95	3,36	1,45	2,68	100,00	14,29	8,45	22,74	246
Anjouan	72,73	1,48	0,08	8,90	1,10	6,89	1,45	0,51	0,00	0,12	1,81	3,28	0,63	1,02	100,00	20,53	6,74	27,27	945
Grande Comore	74,43	0,46	0,00	8,57	0,14	9,01	0,31	0,86	0,05	0,15	1,62	2,64	1,43	0,33	100,00	19,55	6,02	25,57	2203
Urbain	65,91	1,52	0,11	9,59	0,60	9,91	1,21	1,45	0,15	0,44	0,62	5,14	2,06	1,30	100,00	24,97	9,12	34,09	737
Rural	76,45	0,48	0,00	7,92	0,34	8,10	0,51	0,52	0,00	0,04	1,91	2,24	0,97	0,52	100,00	17,91	5,64	23,55	2657
Age																			
15-19 ans	77,62	0,00	0,00	6,37	1,11	6,42	0,37	1,18	0,00	0,52	1,46	2,70	2,23	0,00	100,00	15,98	6,40	22,38	208
20-24 ans	77,70	0,91	0,00	5,94	0,19	8,51	0,14	1,80	0,00	0,00	0,86	2,17	1,59	0,19	100,00	17,48	4,82	22,30	570
25-49 ans	73,11	0,72	0,03	8,95	0,38	8,65	0,80	0,45	0,04	0,12	1,81	3,03	1,04	0,86	100,00	20,14	6,74	26,89	2615
Niveau d'éducation de la femme																			
Aucun	78,22	0,40	0,03	6,47	0,38	7,71	0,89	0,33	0,05	0,05	1,89	1,93	0,94	0,72	100,00	16,30	5,48	21,78	2234
Primaire	72,20	1,10	0,00	8,25	0,14	11,03	0,14	1,22	0,00	0,19	0,91	2,51	1,56	0,77	100,00	22,05	5,75	27,80	570
Secondaire et +	61,91	1,50	0,00	13,70	0,27	8,60	0,36	2,01	0,00	0,43	1,36	7,25	2,02	0,59	100,00	26,86	11,22	38,09	495
Programme non-formel	46,74	0,00	0,00	33,28	3,62	9,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,66	0,00	0,00	100,00	46,60	6,66	53,26	60
Total	74,16	0,71	0,02	8,29	0,40	8,49	0,66	0,72	0,03	0,13	1,63	2,87	1,21	0,69	100,00	19,44	6,40	25,84	3393

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 10

Protection contre le tétanos néonatal.

La qualité des soins prénatals contribue à la prévention et à la réduction de la mortalité maternelle par la détection potentielle et la gestion des complications et des facteurs de risque, y compris les anémies, les pré éclampsies et les maladies sexuellement transmissibles. Les soins prénatals fournissent aussi l'opportunité aux femmes d'apprendre les signes des grossesses ou des accouchements à risque, et d'être vaccinées contre le tétanos. Elles peuvent aussi s'informer des soins à apporter aux enfants, et être traitées selon leur état, anémique, paludéen...

En matière de vaccination contre le tétanos, le tableau 36 ci-après donne des indications intéressantes à analyser.

Tableau 37: Pourcentage des mères ayant eu une naissance dans les 12 derniers mois qui sont protégées contre le tétanos néonatal, Comores, 2000

	Pourcentage des mères ayant eu une naissance dans les 12 derniers mois et qui:				Protégées contre le tétanos	Nombre de mères
	Ont reçu au moins 2 doses, dans les 3 dernières années	Ont reçu au moins 3 doses, dans les 10 dernières années	Ont reçu au moins 5 doses durant leur vie			
Mohéli	50,9	6,1	2,7	59,7	89	
Anjouan	31,6	3,1	2,7	37,3	444	
Grande Comore	45,7	3,4	1,2	50,3	714	
Urbain	44,0	5,7	3,7	53,4	256	
Rural	40,3	2,9	1,3	44,5	992	
Niveau d'éducation de la femme						
Aucun	36,2	3,1	1,9	41,2	799	
Primaire	48,0	2,3	2,2	52,6	222	
Secondaire et +	51,1	7,1	1,2	59,4	189	
Programme non-formel	53,9	0,0	0,0	53,9	25	
Total	41,1	3,5	1,8	46,3	1247	

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 22

Sur l'ensemble des femmes qui sont enquêtées, celles qui ont reçu 2 doses de vaccin anti-tétanique au cours de ces 3 dernières années sont estimées à 41,1%. C'est à Mohéli où on trouve le taux le plus élevé (50,9%) et à Anjouan le taux le plus faible (31,6%). A la Grande Comore, il est de 45,7%. La différence entre les femmes urbaines et les femmes rurales est très faible (respectivement 44,0% et 40,3%). Par contre les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieure sont plus vaccinées (51,1%) que celles qui n'ont eu aucune formation (36,2%).

Entre celles qui ont reçu les deux doses du tétanos et celles qui ont reçu les trois doses, il y a une chute vertigineuse (de 41,1% à 3,5%). Le pourcentage de celles qui ont reçu les trois doses est de 6,1% à Mohéli et pratiquement le même à Anjouan, 3,1% et à la Grande Comore 3,4%. Les taux sont encore plus faibles pour les femmes qui ont reçu les cinq doses du vaccin antitétanique leur assurant une protection à vie, soit 1,8% au niveau national. La Grande

Comore a le taux le plus faible (1,2%), tandis que Anjouan et Mohéli ont pratiquement le même taux, soit 2,7%.

Le pourcentage des femmes protégées contre le tétanos, sur l'ensemble du pays est de 46,3%. Ce sont les femmes de Mohéli qui viennent en tête avec 59,7% suivies de celles de la Grande Comore (50,3%) et celles d'Anjouan (37,3%). Le niveau d'instruction influe sensiblement sur la prise de décision puisque 59,4% des femmes qui ont un niveau secondaire et plus sont protégées contre 41,2% des femmes non instruites. Les femmes qui ont fait le primaire sont protégées contre le tétanos à 52,6%.

La différence selon le milieu (urbain ou rural) est relativement sensible. En effet, 50,3% des femmes vivant en milieu urbain sont protégées contre le tétanos néonatal contre 44,5% des femmes rurales.

Soins prénatals

En général, toutes les femmes aux Comores reçoivent un certain type de soins prénatals et 75% les reçoivent de personnel de santé qualifié (médecin, infirmier, sage femme et sage femme de l'AM). Le tableau 37 ci dessous montre la répartition des femmes entre les différents personnels en charge des soins prénatals.

Tableau 38: Distribution des pourcentages des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance durant la dernière année par type de personnel dispensant de soins prénatals, Comores, 2000

	Personnel fournissant de soins prénatals						Total	Personnel de santé qualifié	Effectif de femmes
	Médecin	Infirmière/s age-femme	Accouch		Pas de soins prénatals				
			Sage-femme assistant	euse traditionnelle					
Mohéli	3,3	50,5	18,7	11,9	4,7	10,8	100,0	72,6	89
Anjouan	6,3	47,6	10,6	15,2	8,9	11,5	100,0	64,5	444
Anjouan	6,3	47,6	10,6	15,2	8,9	11,5	100,0	64,5	444
Grande Comore	12,1	58,1	10,4	11,1	4,5	3,7	100,0	80,6	714
Grande Comore	12,1	58,1	10,4	11,1	4,5	3,7	100,0	80,6	714
Urbain	6,8	62,0	12,5	4,6	8,0	6,1	100,0	81,3	256
Urbain	6,8	62,0	12,5	4,6	8,0	6,1	100,0	81,3	256
Rural	10,0	51,7	10,7	14,7	5,6	7,2	100,0	72,5	992
Rural	10,0	51,7	10,7	14,7	5,6	7,2	100,0	72,5	992
Niveau d'éducation de la femme									
Niveau d'éducation de la femme									
Aucun	7,3	51,8	9,8	15,8	5,7	9,6	100,0	68,9	799
Primaire	12,1	58,2	14,9	6,5	5,4	2,9	100,0	85,2	222
Secondaire et +	13,7	60,2	12,0	5,1	7,7	1,3	100,0	85,8	189
Programme non-formel	22,3	38,5	11,4	11,1	10,2	6,5	100,0	72,3	25
Programme non-formel	22,3	38,5	11,4	11,1	10,2	6,5	100,0	72,3	25
Total	9,4	53,8	11,1	12,6	6,1	7,0	100,0	74,3	1247
Total	9,4	53,8	11,1	12,6	6,1	7,0	100,0	74,3	1247

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéros 9, 11

Un peu plus de 9% des femmes ayant eu une naissance survenue au cours de la dernière année qui a précédé l'enquête MICS, ont reçu des soins prénatals d'un médecin, 53,8% d'une infirmière ou d'une sage femme d'état et 11,1% d'une sage femme de l'assistance médicale. Les accoucheuses traditionnelles ont dispensé des soins prénatals à 12,6% des femmes et 4,4% les ont reçus d'une parente ou amie. Mais il y a eu 7% des femmes enceintes qui n'ont pas eu de soins prénatals durant la même période.

Au niveau des trois îles, ce sont les femmes en Grande Comore qui bénéficient le plus des soins prénatals de personnel de santé qualifié (80,6%) suivies de celles de Mohéli (72,6%) et enfin d'Anjouan (64,5%).

La différence entre le milieu de résidence urbain ou rural de la femme n'est pas très significative (81,3% et 72,5%) par contre, la différence est très importante quand on tient compte du niveau d'éducation. En effet les femmes scolarisées (primaire, secondaire et plus) bénéficient des soins prénatals à 85%, contre 69% pour celles qui n'ont pas eu de formation académique (69%).

Une minorité significative de femmes d'Anjouan (15,2%) fait confiance aux accoucheuses traditionnelles pour leurs soins prénatals. A la Grande Comore ce taux est de 11,1% et à Mohéli, il est de 11,9%. Les femmes en milieu rural (15,8%) fréquentent autant les accoucheuses traditionnelles que les femmes en milieu urbain (14,7%).

L'enquête MICS ne nous précise pas les types de soins qu'elles reçoivent et le nombre de consultations prénatales qu'elles font avant l'accouchement. L'organisation Mondiale de la santé recommande que les femmes effectuent, au minimum, quatre visites prénatales. Selon l'enquête EDSC/96, un peu plus d'une naissance sur deux (52%) des mères ont effectué, au moins les quatre visites prénatales recommandées. Pour une naissance sur quatre (26%) les mères ne sont allées que 2 à 3 fois en consultation et dans 6% des cas, il n'y a eu qu'une seule visite. On peut regretter que la MICS 2000 ait occulté cet aspect important de la question.

Assistance à l'accouchement.

L'assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié peut réduire sensiblement, pour la mère et l'enfant, les complications éventuelles résultant des mauvaises manipulations au cours de la délivrance. Elle permet aussi de poser très rapidement un diagnostic et d'évacuer la parturiente si, nécessaire, vers une structure de santé appropriée.

Le personnel de santé qualifié comprend les médecins, les infirmières, les sages femmes et les sages femmes de l'assistante médicale.

Le tableau 38 ci-dessous permet de déterminer le pourcentage de femmes assistées par un personnel de santé qualifié par rapport à celles qui n'en bénéficient pas.

Tableau 39: Distribution des pourcentages de femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance durant la dernière année par type de personnel assistant à l'accouchement, Comores, 2000

	Personnel assistant à l'accouchement							Total	Personne I de santé qualifié	Nombre de femmes
	Médecin	Infirmière/ Sage- femme	Sage- femme assistant	Accouche use traditionne lle	Parenté/ amie	Autre/ Manqua nt	Pas d'assista nce			
Mohéli	3,3	39,1	26,2	28,7	2,0	0,7	0,0	100,0	68,6	89
Anjouan	2,6	34,5	10,2	28,9	11,9	3,6	8,3	100,0	47,2	444
Anjouan	2,6	34,5	10,2	28,9	11,9	3,6	8,3	100,0	47,2	444
Grande Comore	5,3	48,7	16,0	23,4	2,7	3,0	0,9	100,0	70,0	714
Grande Comore	5,3	48,7	16,0	23,4	2,7	3,0	0,9	100,0	70,0	714
Urbain	7,2	53,7	18,1	10,0	3,1	3,5	4,5	100,0	79,0	256
Urbain	7,2	53,7	18,1	10,0	3,1	3,5	4,5	100,0	79,0	256

Rural	3,4	40,2	13,7	29,8	6,7	2,9	3,3	100,0	57,4	992
Niveau d'éducation de la femme										
Niveau d'éducation de la femme										
Aucun	2,5	35,7	14,8	31,8	7,8	3,0	4,5	100,0	52,9	799
Primaire	6,4	53,8	14,5	18,7	3,2	2,9	0,5	100,0	74,7	222
Secondaire et +	7,3	62,1	13,9	9,7	1,3	3,2	2,6	100,0	83,2	189
Programme non- formel	18,0	26,5	18,9	22,1	4,4	7,1	3,1	100,0	63,4	25
Programme non- formel	18,0	26,5	18,9	22,1	4,4	7,1	3,1	100,0	63,4	25
Total	4,2	43,0	14,6	25,7	5,9	3,0	3,5	100,0	61,8	1247

Objectif du Sommet Mondial pour les Enfants => Numéro 11

Plus d'une femme sur trois (43%) ayant eu une naissance survenue au cours de l'année qui a précédé l'enquête MICS, a été assistée au cours de son accouchement par une sage femme d'état. Si on considère l'ensemble du personnel de santé, ce taux est de 61,8% (il était de 52% lors de l'EDSC/96). 25,7% des jeunes ont été assistées par des accoucheuses traditionnelles (27,9% pour l'EDSC/96). C'est en majorité les femmes non instruites qui sollicitent l'assistance des accoucheuses traditionnelles lors de l'accouchement (31,8%).

Les femmes qui ont eu une formation primaire ou secondaire sollicitent moins (18,7% et 9,7%) les accoucheuses traditionnelles. Le milieu de résidence influe aussi dans la mesure où 29,8% des femmes rurales sollicitent leur assistance contre 10% des femmes urbaines. Le pourcentage des femmes qui sont assistée par des parents ou amies est peu élevé (9%) et il continue à baisser si on le compare à celui de l'enquête EDSC/96 où il était de 20%.

L'enquête MICS ne permet pas de préciser le pourcentage des femmes assistées par un personnel de santé, qui accouchent dans une structure de santé ou à domicile. Cette information aurait permis d'estimer le pourcentage de celles qui courent les plus grands risques lors de l'accouchement, même si elles sont assistées par un personnel de santé qualifié.

G. LES DROITS DE L'ENFANT

Aux Comores comme dans bon nombre des pays en voie de développement, la situation générale de l'enfant est précaire. L'enfant y représente une forte proportion de la population, (45,4% a moins de 15 ans), dans le cadre d'une dynamique démographique soutenue, puisque le taux de fécondité est de l'ordre de 5,1 enfants par femme.¹ Il est soumis à des multiples difficultés quotidiennes qui touchent aussi bien à son éducation, à sa santé et son alimentation, et même à sa survie. Dans la mentalité comorienne, l'enfant est certes un bien précieux, mais la conception très utilitariste qu'on en fait, le rend vulnérable. Certains sont soumis à des activités assimilables à de l'exploitation, voire à des formes modernes d'esclavage, au nom de la préparation de l'enfant à la vie, voire pour son épanouissement.

Les Comores ont signé en 1990 la Déclaration Mondiale sur la survie, la protection, la participation et le développement de l'enfant et ont ratifié en juillet 1993 la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE). Se faisant, les Autorités comoriennes se sont engagées à mieux protéger l'enfant par un renforcement des dispositions juridiques, conformément aux objectifs de ladite Convention. Ainsi, les Droits de l'Enfant passent au premier rang dans le combat national pour les Droits de l'Homme. A cet effet, les Autorités se font le devoir de rappeler à chaque occasion, leur détermination à respecter leurs engagements vis à vis de l'enfant, notamment celui de mettre en application la Convention. La création auprès du Ministère des Affaires Etrangères (décret N°99-011/ PM du 27 mars 1999) d'une commission Nationale multisectorielle chargée du suivi de la mise en œuvre de la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE) constitue le premier pas dans la voie tracée. Cette commission a à son actif certaines réalisations, notamment :

- L'élaboration du Rapport initial de la CDE en novembre 1997,
- La mise en place du comité de suivi de la CDE sous la tutelle du Ministère des Affaires Etrangères,
- La nomination de trois juges d'enfants dans chaque île (Grande Comore, Mohéli et Anjouan) pour protéger l'enfant délinquant face à l'administration de la justice,
- La Création des comités de suivi sur les droits de l'enfant : (Anjouan et Mohéli),
- L'opération enregistrement des naissances (14976 enfants de 0-18 ans enregistrés en Grande Comore, entre décembre 1999 et février/2000),
- L'élaboration d'une étude comparative entre les 3 législations en vigueur aux Comores : la charria islamique, la coutume locale et le droit positif, en vue de permettre les reformes qui s'imposent pour assurer une meilleure protection de l'enfant,
- L'envoi à Genève d'une délégation (2 membres du comité) à la 25ème session,
- Plénière du comité des droits de l'enfant, et à l'occasion, examen du rapport initial sur la situation de l'enfant en République Fédérale Islamique des Comores.

Par ailleurs, le Gouvernement adhère à l'approche « Droit » dans le processus de planification et de programmation adoptée par l'UNICEF en faveur de la protection de l'Enfant.

Conformément à cette nouvelle approche, l'UNICEF a changé l'appellation du programme sectoriel planification sociale par celle de promotion et suivi des droits de l'enfant

L'enquête MICS s'inscrit dans cette approche novatrice en se proposant d'évaluer des aspects importants de la vie de l'enfant, en relation avec ses droits reconnus dans les domaines de l'enregistrement des naissances, le travail, les conditions de vie dans les orphelinats

¹ Source : EDS 1996.

G.1. Enregistrement des naissances.

La Convention relative aux droits de l'enfant, article 7, alinéa 1, stipule que : «l'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a droit à un nom, à une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux. (...)». La législation comorienne reconnaît ces droits, et la loi N° 84-10 /AF du 15 Mai 1984, relative à l'état civil dispose que les naissances doivent être déclarées dans les 15 jours suivants l'accouchement (article 31). Ce qui est ici proposé comme une facilité, n'est même pas respectée, et en pratique, sur une population estimée à environ 500 000 habitants, moins du tiers des personnes, tous âges confondus, émarge au fichier de l'état civil. Lorsqu'une naissance ou un décès n'a pas été déclaré dans les délais légaux prévus aux articles 31 et 41 de la loi relative à l'état civil, il ne pourra, conformément aux articles 32 et 57, être enregistré à l'état civil, qu'après exécution d'un jugement supplétif rendu par le tribunal de première instance ou le Cadi du lieu où l'acte aurait dû être dressé (article 69). Le tableau 40 ci-après nous donne une image de la situation telle qu'elle se présente, en la matière.

Importance des problèmes des enregistrements des naissances.

Tout d'abord, cet enregistrement est la première reconnaissance officielle par l'Etat de l'existence de l'enfant qui acquiert ainsi son statut devant la loi. L'absence d'enregistrement entraîne la non- reconnaissance de l'enfant en tant qu'individu devant la loi et en tant que sujet de droit, ce qui a une incidence sur l'exercice de ce droit, comme celui d'être identifié en toutes circonstances, notamment dans les situations exceptionnelles (après une guerre, un abandon ou un enlèvement), de connaître ses ascendants, d'avoir accès aux avantages et à la protection de l'Etat dans les limites de l'âge légal (par exemple pour l'emploi, l'éducation, l'enrôlement dans les forces armées, ou le recours à une justice pour mineurs...).

Compte tenu de l'importance reconnue à l'enregistrement, la MICS s'est donnée pour objectif de quantifier l'ampleur du problème du non-enregistrement et de préciser les obstacles à l'enregistrement des naissances. L'enquête a concerné 4870 enfants âgés 0-4 ans de deux sexes sur l'ensemble de trois îles (Grande Comore, Anjouan, Mohéli). Le tableau 40 suivant révèle que 84,% d'enfants de moins de 5 ans sont enregistrés et que pour 5,9% des enfants les personnes interviewées ignorent si la naissance a été enregistrée ou non. Il n'y a pas de variations significatives du pourcentages de naissances enregistrées selon les tranches d'âge.

Au niveau des îles, Mohéli et Anjouan présentent un taux d'enregistrement des naissances presque identique, respectivement 76,5% et 74,7%; alors qu'en Grande Comore, il est nettement plus élevé (90%). Ceci est sans doute dû à la campagne massive d'enregistrement des naissances des enfants âgés de 0-18 mois menée par le gouvernorat de la Grande Comore, en collaboration avec l'UNICEF durant ces dernières années. A cet effet, en l'espace de deux mois, 14976 enfants ont été enregistrés sur l'ensemble de l'île.

Tableau 40: Distribution des pourcentages des enfants âgés de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée ou non et les raisons de non-enregistrement, Comores, 2000

	Naissance enregistrée	Ne sait pas si la naissance est enregistrée	Naissance non enregistrée pour raison de:							Total	Nombre d'enfants
			Coût trop cher	Doit voyager trop loin	Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée	En retard, ne voulait pas payer d'amende	Ne sait pas où faire l'enregistrement	Autre	Ne sais pas/ Manquant		
Masculin	83,4	5,9	3,2	1,5	1,3	0,5	0,3	1,7	2,3	100,0	2529
Féminin	83,5	5,9	3,2	1,7	1,0	0,6	0,3	1,3	2,5	100,0	2341
Mohéli	77,0	2,4	1,0	1,0	0,3	0,5	1,0	11,8	5,0	100,0	374
Anjouan	73,4	8,9	6,9	2,2	2,3	1,0	0,6	1,0	3,8	100,0	1609
Grande Comore	89,9	4,7	1,4	1,3	0,7	0,2	0,0	0,5	1,3	100,0	2887
Urbain	86,9	3,1	2,6	0,9	0,4	0,9	0,0	2,9	2,2	100,0	1014
Rural	82,5	6,6	3,4	1,7	1,4	0,4	0,3	1,2	2,4	100,0	3856
Age											
< 6 Mois	82,3	5,0	5,1	2,6	0,5	0,6	0,1	1,2	2,5	100,0	469
6-11 Mois	84,8	3,2	3,7	1,6	1,3	0,5	0,0	1,3	3,6	100,0	457
12-23 Mois	86,5	5,5	2,3	1,7	0,8	0,4	0,3	0,7	1,7	100,0	956
24-35 Mois	83,8	6,0	2,5	0,9	1,5	0,4	0,3	2,0	2,6	100,0	979
36-47 Mois	82,2	6,3	3,4	1,6	1,5	0,8	0,3	1,6	2,4	100,0	1062
48-59 Mois	81,2	7,5	3,5	1,6	1,2	0,3	0,3	2,1	2,4	100,0	942
Niveau d'éducation de la mère											
Aucun	79,3	7,2	4,3	1,7	1,6	0,7	0,4	1,8	3,0	100,0	3264
Primaire	91,8	3,0	1,4	0,8	0,1	0,1	0,2	1,3	1	100,0	746
Secondaire	94,6	2,8	0,3	0,4	0,3	0,1	0,0	0,7	1	100,0	697
Secondaire	94,6	2,8	0,3	0,4	0,3	0,1	0,0	0,7	1	100,0	697
Programme non-formel	75,5	7,3	2,4	8,6	1,2	1,2	0,0	1,3	2	100,0	95
Programme non-formel	75,5	7,3	2,4	8,6	1,2	1,2	0,0	1,3	2	100,0	95
Total	83,4	5,9	3,2	1,6	1	0,5	0,3	1,5	2,4	100,0	4870

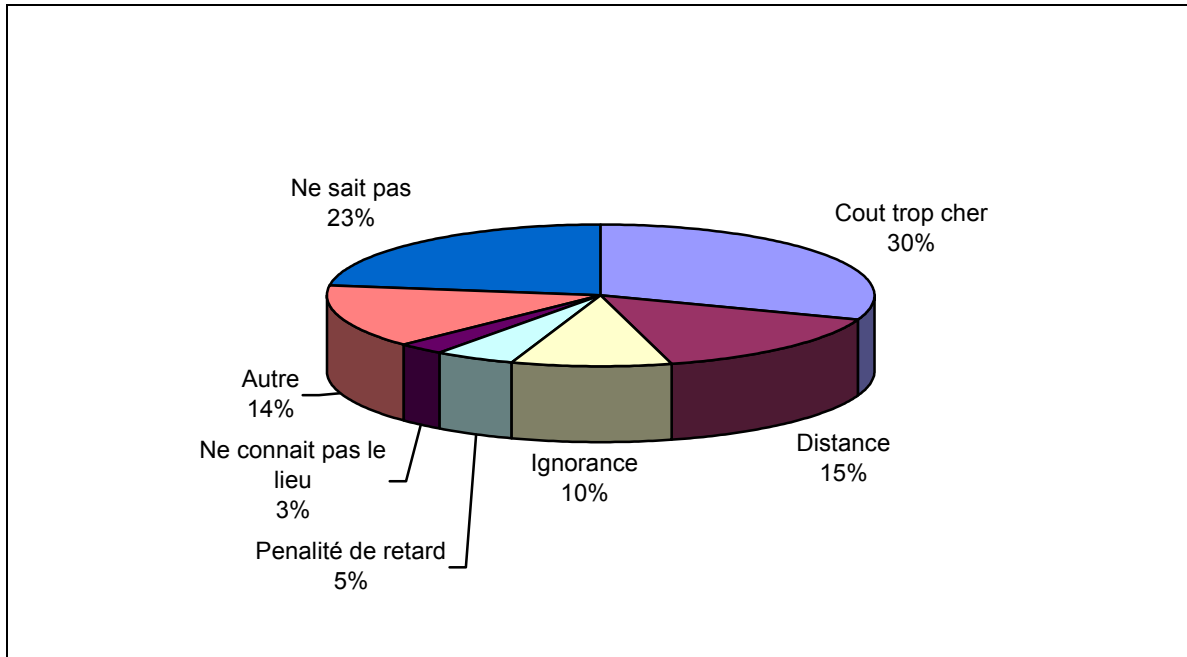
Suivi des indicateurs des droits de l'enfant

Tous les enfants âgés de 0-59 mois constituent le dénominateur de ce tableau. Le numérateur pour l'indicateur du Sommet mondial comprend tous les enfants dont le certificat de naissance est vu par l'enquêteur (EN4 = 1) ou dont la mère ou la personne en charge a répondu que la naissance a été enregistrée (EN5 = 1). La répartition des raisons de non-enregistrement des naissances est basée sur EN6.

les obstacles de l'enregistrement des naissances

Ainsi qu'il apparaît, environ 16,20% des enfants âgés de 0-4 ans n'émergent pas sur les fichiers d'Etat civil. Les raisons de non enregistrement sont illustrées par le graphique ci-dessous.

Figure 24 : Distribution des pourcentages de raisons de non-enregistrement des naissances



Pour 10,7% de naissances non-enregistrées au niveau national, les raisons de non-enregistrement sont réparties de la façon suivantes :

- 33% pour des raisons de cout trop cher.
- 23% ne ne savent pas pourquoi la naissance n'a pas été enregistrée.
- 15% mettent en cause l'éloignement du centre d'enregistrement.
- 10% ignorent le caractère obligatoire de l'enregistrement des naissances.
- 5% ont reculé devant le prix de l'amende encourue pour cause de retard.
- 3% ignorent le lieu d'enregistrement.

Selon la MICS les mères ayant une éducation scolaire, primaire ou secondaire, enregistrent mieux leurs enfants (94,6%) que celles qui n'en ont pas du tout (79,3%).

En résumé, il apparaît qu'en plus des causes mentionnées plus haut, et qui traduisent la négligence et la non reconnaissance des citoyens de la nécessité d'enregistrer son enfant à la naissance, il faut ajouter les difficultés matériels et logistiques des centres d'Etat civil, le manque de personnels qualifiés et rigoureux, les complaisances administratives...

G.2. Orphelinat et conditions de vie des enfants dans les ménages.

Certains enfants sont victimes de leur situation familiale soit par ce qu'ils sont orphelins de l'un ou des deux parents biologiques, soit parce qu'ils vivent en dehors du ménage de leurs parents biologiques qui sont vivants. La Convention relative aux droits de l'enfant fait grand cas de ces enfants, et en son article 20, stipule :

- « Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciale de l'Etat.
- Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale ».

Cet article vise les enfants qui se trouvent dans l'impossibilité permanente ou temporaire de vivre au sein de leur famille, pour diverses raisons : mort, abandon, déplacement des parents... Ces enfants sont probablement plus exposés aux mauvais traitements ou au manque de soins. Ils peuvent être traités comme s'ils étaient inférieurs aux autres enfants de la famille ou exploités comme travailleurs domestiques.

L'avant projet de loi du code de la famille dispose dans ses préliminaires que : le délégataire, la personne ou l'établissement qui a recueilli un enfant est tenu de l'entretenir, de pourvoir à ses besoins et à son éducation s'il est établi que la personne exerçant la puissance paternelle est dans l'impossibilité absolue de s'acquitter de l'ensemble de ses devoirs. Le délégataire a l'autorité parentale sur l'enfant. L'enfant n'est privé d'aucun des droits relevant de sa filiation et conserve notamment le nom de son père et ses droits de succession.

Dans le contexte comorien traditionnel, l'enfant est élevé au sein d'une grande famille élargie aux tantes, oncles, etc... Il est assuré de trouver en chacun de ces membres, l'affection, la compréhension éventuellement les répréhensions et d'une manière générale les comportements qui concourent à son développement affectif et moral. Cette situation, évidemment, exclut pratiquement les cas d'abandon d'enfants. Cependant, en raison du poids de la pauvreté et de l'échec scolaire, des enfants privés de leurs familles sont souvent placés dans des foyers d'accueil (la plupart du temps, il s'agit d'une famille aisée ou d'une famille habitant dans les villes). La famille qui a recueilli l'enfant n'assure pas la plupart de temps les besoins fondamentaux et l'éducation de l'enfant.

L'enfant ainsi placé est soumis à des activités lucratives ou domestiques sans rémunération, et ne bénéficie d'aucun de ses droits que lui reconnaissent les lois de la République, y compris la Loi Fondamentale.

L'enquête se propose d'identifier les enfants âgés de 0-14 ans vivant dans des ménages sans un parent biologique, et ceux âgés de 0-14 ans dont l'un de deux parents ou les deux parents sont décédés.

L'enquête a ciblé au total 13437 enfants de 0-14 ans de deux sexes sur l'ensemble des trois îles (Grande Comore, Anjouan, Mohéli).

Le tableau 42 qui suit présente les pourcentages des enfants orphelins suivant leurs conditions de vie dans les ménages.

Tableau 41: Pourcentage des enfants de 0-14 ans vivants dans les ménages sans un parent biologique, Comores, 2000

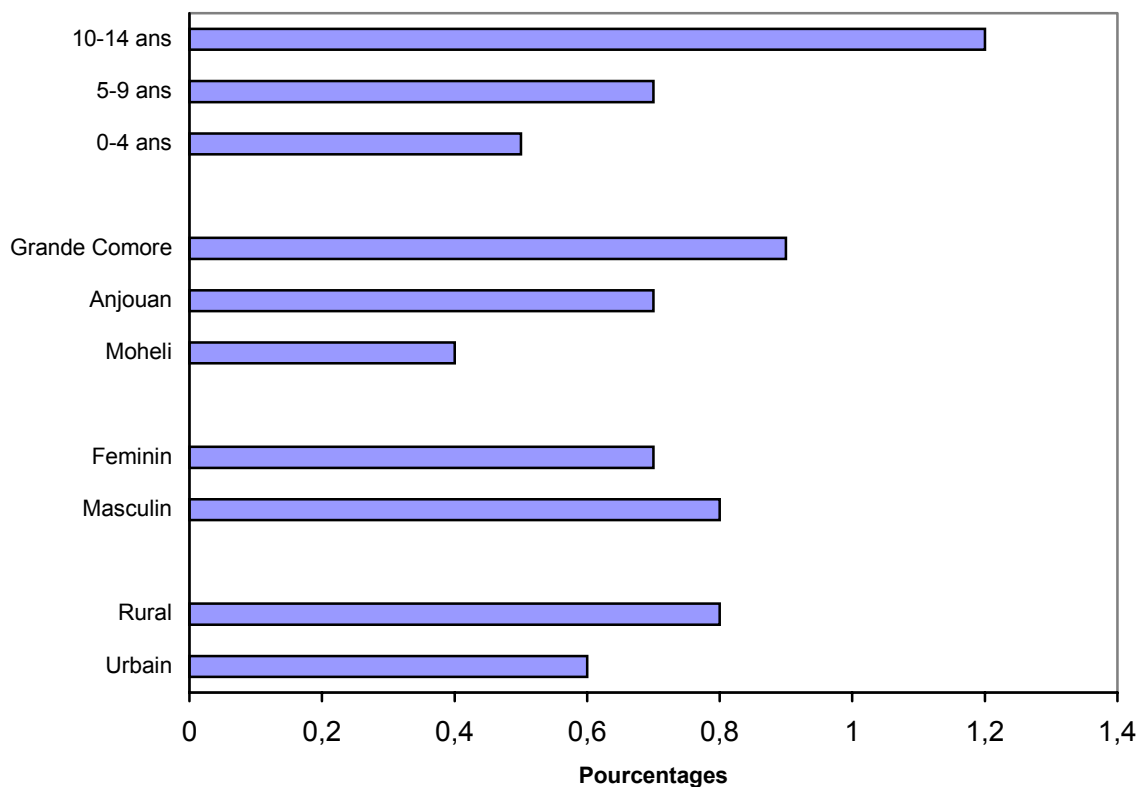
	Ne vivent avec aucun des parents					Vivant avec la mère seulement		Vivant avec le père seulement		Impossible à déterminer	Total	Ne vivent pas avec un parent biologique	Un ou les deux parents décédés	Nombre d'enfants
	Vivent avec les deux parents	père vivant	mère vivante	les deux sont vivants	les deux sont décédés	père vivant	père décédé	mère vivante	mère décédée					
Masculin	71,3	0,3	0,3	4,5	0,8	12,6	2,6	0,9	0,8	5,9	100,0	5,9	4,8	6951
Féminin	69,8	0,4	0,4	5,3	0,7	12,9	2,7	0,8	1,3	5,7	100,0	6,9	5,5	6486
Mohéli	69,8	0,4	0,5	8,8	0,4	13,8	3,0	1,8	0,7	0,8	100,0	10,1	5,0	1130
Anjouan	72,8	0,4	0,4	4,0	0,7	12,5	1,5	1,2	0,7	5,9	100,0	5,4	3,6	4397
Grande Comore	69,5	0,3	0,3	4,8	0,9	12,8	3,2	0,5	1,2	6,4	100,0	6,4	6,0	7910
Urbain	69,9	0,3	0,7	7,5	0,6	12,0	2,2	1,7	1,3	3,7	100,0	9,1	5,1	2686
Rural	70,8	0,4	0,3	4,2	0,8	12,9	2,7	0,6	1,0	6,3	100,0	5,7	5,1	10751
Age														
0-4 ans	74,4	0,2	0,1	3,3	0,5	10,8	1,6	0,7	1,6	6,7	100,0	4,2	4,1	5623
5-9 ans	71,4	0,5	0,3	4,8	0,7	14,1	2,5	0,7	0,5	4,5	100,0	6,3	4,4	4269
10-14 ans	63,6	0,5	0,9	7,5	1,2	14,2	4,4	1,2	0,8	6,0	100,0	10,0	7,7	3545
Total	70,6	0,4	0,4	4,9	0,8	12,8	2,6	0,8	1,0	5,8	100,0	6,4	5,1	13437

Suivi des indicateurs des droits de l'enfant

Les enfants âgés de 0-14 ans listés sur la feuille d'enregistrement du ménage constituent le dénominateur dans ce tableau. L'indicateur 'ne vit pas avec biologique' comprend dans le numérateur les enfants dont les parents sont décédés ou ne vivant dans le ménage (EM10 = 2 ou EM11 = 2 et EM12 = 2 ou EM13 = 2). L'indicateur 'un ou deux parents décédés' comprend dans le numérateur les enfants pour qui EM10 = 2 et EM12 = 2.

a. Les enfants orphelins de deux parents.

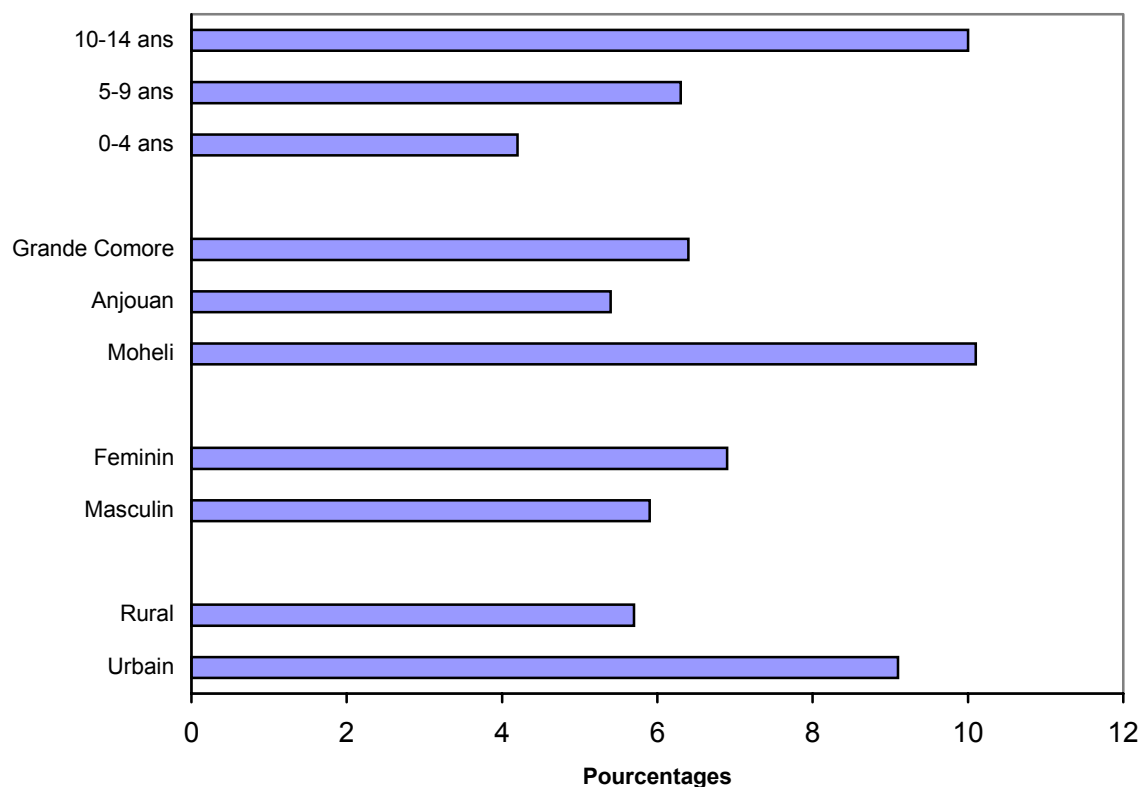
Figure 25 : Distributions des pourcentages des enfants orphelins des deux parents



Suivant les données de l'enquête MICS repris dans le tableau N°41, parmi les enfants âgés de 0-14 ans, 6,4% ne vivent pas avec un parent biologique. 5,1% de ces enfants ne vivent pas avec un parent biologique parce que l'un ou les deux parents sont décédés. Ce taux est de 7,7% pour les 10-14 ans, et de 4,1% pour les 0-4 ans.

b. Les enfants vivant séparés de leurs parents biologiques.

Figure 26



c. Les enfants de 0-14 ans dans les ménages, et ne vivant pas avec un parent biologique.

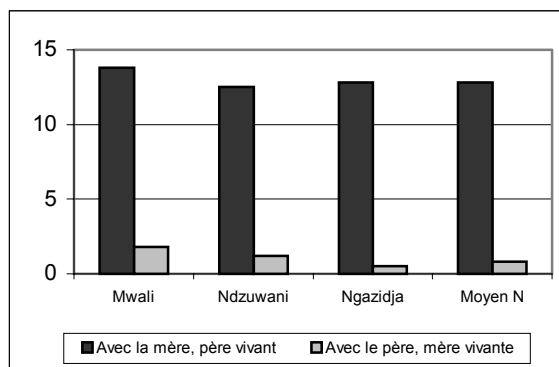
6,4% des filles et 7% des garçons ne vivent pas avec un parent biologique. Ils sont 9,1% en milieu urbain et 5,7% en milieu rural. Dans la tranche d'âge des 10-14 ans, ce taux est de 10%. Il est de 6,3% pour les 5-9 ans et de 4,2% pour les 0-4 ans.

A Mohéli, 10,1% des enfants âgés de 0 à 4 ans ne vivent pas dans un ménage avec un parent biologique. Ce taux est estimé à 5,4% à Anjouan et à 6,4% en Grande Comore.

d. Les enfants âgés de 0-14 ans vivant uniquement avec l'un des deux parents

	living with mother only; father alive	with father only, mother alive
Male	12.6	0.9
Femelle	12.9	0.8
Mwali	13.8	1.8
Ndzuwani	12.5	1.2
Ngazidja	12.8	0.5
Urbain	12.0	1.7
Rural	12.9	0.6
0-4 ans	12.8	0.7
5-9 ans	14.1	0.7
10-14 ans	14.2	1.2
Moyen N	12.8	0.8

Figure 27



Le pourcentage des enfants de 0-14 ans vivant uniquement avec la mère, et dont le père est vivant est plus important (12,8%), que celui des enfants qui vivent uniquement avec le père, dont la mère est vivante (0,8%). En somme, en cas de séparation des parents, la tradition veut que les enfants âgés de 0-14 ans vivent avec leur mère.

G.3. Le travail des enfants

La convention relative aux droits de l'enfant stipule dans son article 32 : « Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique, et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé, à son éducation ou à son développement physique, spirituel, moral ou social (...) ». Les Etats sont ainsi interpellés et doivent prendre les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives qui s'imposent pour :

- fixer un âge minimum d'admission à l'emploi ;
- prévoir une réglementation appropriée des horaires de travail et des conditions d'emploi.
- prévoir des peines et autres sanctions appropriées pour assurer l'application effective de la loi.

Le code du travail issu de la loi N°84-10/PR, dispose qu'une loi fixera la nature des travaux interdits aux enfants (article 120). De fait, cette loi, n'a toujours pas été promulguée. C'est pourtant elle qui devait fixer la durée du congé en faveur des mères de famille et des jeunes travailleurs de moins de dix-huit ans (article 127), la nature des travaux et les catégories des entreprises qui peuvent accueillir des adolescents... De sorte que les enfants continuent à être exploités impunément, alors que les textes existent. (Cas des enfants vendeurs de rue, généralement âgés de moins de 15 ans, jeunes enfants travaillant à la cueillette des fleurs d'ylang-ylang...)

Les dispositions de la loi N° 88-014 relative à l'apprentissage ne sont pas respectées. Ainsi contrairement à la loi qui fixe à 15 ans minimum, l'âge autorisé pour être admis en apprentissage dans des ateliers, ceux-ci accueillent de nombreux jeunes sans se préoccuper de cette exigence, sans aucun contrat écrit, sans déclaration à la caisse de prévoyance sociale. En général, les maîtres d'apprentissage ou les employeurs surexploitent leurs apprentis, sans tenir compte de leurs aptitudes physiques..

Le module de la MICS sur le travail des enfants a pour objectif de :

- Mesurer la prévalence du travail des enfants.
- Evaluer les risques posés aux enfants qui travaillent, selon le volume horaire par semaine.
- Identifier pour les enfants vivant dans les ménages le pourcentage de ceux qui exercent un emploi rémunéré ou non.
- Evaluer l'impacte du travail des enfants sur leur fréquentation scolaire

Tableau 42: Pourcentage des enfants 5-14 ans qui travaillent couramment, Comores, 2000

Travail rémunéré	Travail non rémunéré	Travail domestique		Ferme ou affaires	Travaillent couramment	Nombre d'enfants
		Moins de 4 heures/jour	Plus de 4 heures/jour			

Masculin	1,9	14,2	39,1	1,2	27,6	35,5	4037
Féminin	0,7	13,4	49,9	3,2	29,1	38,0	3777
Mohéli	0,8	22,9	62,3	2,9	63,1	72,4	698
Anjouan	2,8	13,0	39,8	1,7	26,3	35,9	2538
Grande Comore	0,6	12,9	44,1	2,3	24,1	31,7	4578
Urbain	0,3	11,1	51,5	2,8	32,2	38,4	1515
Rural	1,6	14,4	42,6	2,0	27,4	36,3	6299
Age							
5-9 ans	0,9	11,6	37,8	1,0	21,4	28,9	4269
10-14 ans	1,9	16,4	52,1	3,5	36,6	46,0	3545
Total	1,3	13,8	44,3	2,1	28,3	36,7	7814

Suivi des indicateurs des droits de l'enfant

Ce tableau est basé sur les réponses à une série de questions dans le module sur le travail des enfants qui est administré à la personne qui a la garde de chaque enfant âgé de 5-14 ans. Les enfants qui ont fait un travail rémunéré ou non pour quelqu'un qui n'est pas membre du ménage (TE3 = 1, 2) ou qui ont fait des travaux ménagers à la maison pendant 4 heures ou plus par jour (TE6 = 1 et (TE7/7) > 4 heures) ou ont fait tout autre travail pour la famille (TE8 = 1) sont considérés comme travaillant actuellement.

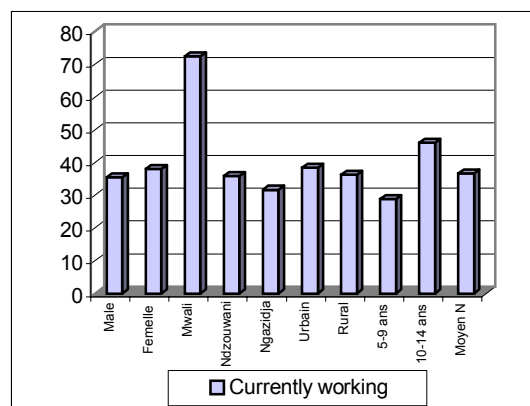
Table 42a: Pourcentage des enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent actuellement dans les fermes

	Travail rémunéré	Travail non rémunéré	Travail pour la famille dans la ferme ou les affaires		Ferme ou affaires	Travaillent couramment	Nombre d'enfants
			Moins de 4 heures/jour	Plus de 4 heures/jour			
Masculin	1.9	14.2	22.5	0.8	27.6	35.0	4037
Féminin	0.7	13.4	23.0	0.9	29.1	36.2	3777
Mohéli	0.8	22.9	53.4	1.8	63.1	72.0	698
Anjouan	2.8	13.0	18.7	1.0	26.3	35.2	2538
Grande Comore	0.6	12.9	20.3	0.7	24.1	30.2	4578
Urbain	0.3	11.1	26.0	1.1	32.2	36.8	1515
Rural	1.6	14.4	22.0	0.9	27.4	35.3	6299
Age							
5-9 ans	0.9	11.6	16.7	0.5	21.4	28.3	4269
10-14 ans	1.9	16.4	30.1	1.4	36.6	44.3	3545
Total	1.3	13.8	22.7	0.9	28.3	35.6	7814

Figure 28

Tableau 42: % d'enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent actuellement

	Currently working	Number of children
<i>Male</i>	35.5	4037
<i>Femelle</i>	38.0	3777
<i>Mwali</i>	72.4	698
<i>Ndzouwani</i>	35.9	2538
<i>Ngazidja</i>	31.7	4578
<i>Urbain</i>	38.4	1515
<i>Rural</i>	36.3	6299
<i>5-9 ans</i>	28.9	4269
<i>10-14 ans</i>	46.0	3545
<i>Moyen N</i>	36.7	7814



Source : MICS 2000

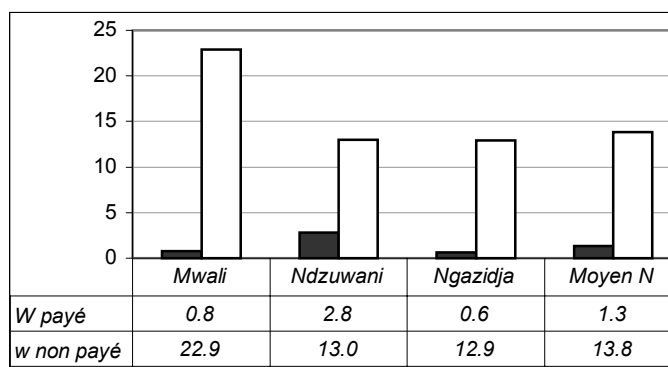
L'enquête a concerné 7814 enfants âgés de 5 à 14 ans de deux sexes. Sur l'ensemble, 36,7% d'entre-eux travaillaient au niveau des trois îles au moment de l'enquête. Les filles (36,2%) sont pratiquement à égalité avec les garçons (35%). 28% des enfants de la tranche d'âge des 5-9 ans travaillent et de même que 46% des 10-14 ans. Parmi les enfants âgés de 5-14 ans, 38,4% exercent un travail domestique en milieu urbain, contre 36,3% en milieu rural.

La prévalence de l'emploi rémunéré et non rémunéré.

Figure 29

Tableau 42: % d'enfants âgés de 5-14ans qui travaillent actuellement

	<i>Paid work</i>	<i>Unpaid work</i>
<i>Male</i>	1.9	14.2
<i>Femelle</i>	0.7	13.4
<i>Mwali</i>	0.8	22.9
<i>Ndzuwani</i>	2.8	13.0
<i>Ngazidja</i>	0.6	12.9
<i>Urbain</i>	0.3	11.1
<i>Rural</i>	1.6	14.4
<i>5-9 ans</i>	0.9	11.6
<i>10-14 ans</i>	1.9	16.4
<i>Moyen N</i>	1.3	13.8



Source : MICS 2000

Parmi les enfants qui exercent un travail domestique, certains sont rémunérés et d'autres ne le sont pas. Au niveau national 13,8% des enfants de 5-14 ans exerceraient un travail non rémunéré, alors que pour 1,3% il serait rémunéré. Le pourcentage des garçons exerçant un emploi rémunéré est un peu élevé (1,9%) que celui des filles (0,7%). On note un écart entre le pourcentage de ceux qui exercent un travail domestique rémunéré en milieu urbain (0,3%) et ceux qui l'exerce en milieu rural (1,6%).

Concernant le travail non payé, le pourcentage est plus élevé en milieu rural (14,4%) qu'en milieu urbain (11,1%). Au niveau des tranches d'âge, celle de 10-14 ans est créditée d'un pourcentage plus élevé de 16,4% par rapport à celui des 5-9 ans (11,6%).

En comparant les îles, le pourcentage des enfants exerçant un emploi rémunéré est plus important à Anjouan (2,8%) qu'à Mohéli (0,8%) et à la Grande Comore (0,6%). En ce qui concerne le travail non payé, le pourcentage est deux fois plus élevé à Mohéli (22,9%) qu'à Anjouan (13%) et à la Grande Comore (12,9%).

Enfants âgés de 5-14 ans travaillant moins ou plus de quatre heures par jour.

Le tableau N°42 distingue deux groupes d'enfants qui travaillent : celui de ceux qui exercent moins 4 heures de travail par jour, et celui de ceux qui travaillent plus de quatre heures par jour. L'intérêt de cette distinction est de permettre de distinguer ceux des enfants qui peuvent travailler et étudier, (1^{er}. Groupe), de ceux qui ne le peuvent pas (2^{ème}.groupe).

Dans l'ensemble des îles, parmi les enfants âgés de 5-14 ans, 44,3% travaillent moins de quatre heures par jour et 2,1%, plus de quatre heures par jour, dans les ménages. Plus de la moitié de ces enfants (51%) travaillant moins de quatre heures par jour, exerce en milieu urbain et 42,6% en milieu rural. Pour ceux qui travaillent plus de quatre heures par jour, on retrouve 2,8% en milieu urbain et 2% en milieu rural.

Parmi les enfants travaillant moins de quatre heures par jour, les garçons représentent 39% et les filles (49,9 %). Par contre, pour les enfants travaillant plus de 4 heures par jour, on trouve 3,2% de filles, et 1,2% de garçons.

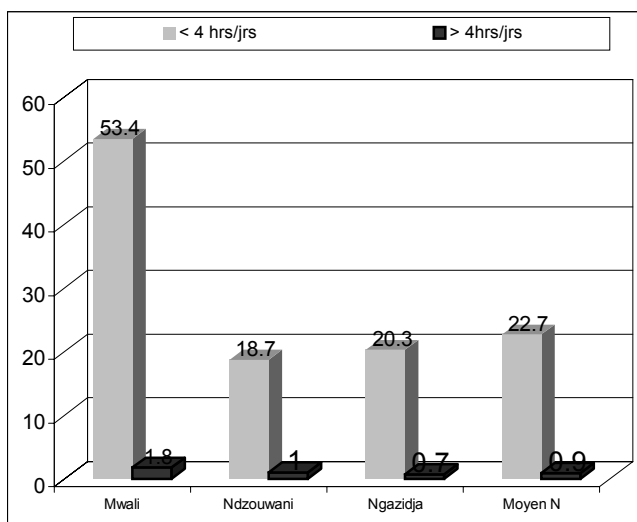
Parmi, les enfants âgés de 5-14 qui travaillaient, 66% d'entre eux exerçaient un travail « familial » (ferme ou affaire). Source :MICS 2000

Les enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent actuellement pour la famille (ferme ou affaire).

Figure 30

Tableau 42: % des enfants âgés de 5-14 ans qui travaillent actuellement

	Travail pour la famille (ferme ou affaires): < 4 h/j	Travail pour la famille (ferme ou affaires): + de 4 h/j
Male	22.5	0.8
Femelle	23	0.9
Mwali	53.4	1.8
Ndzouwani	18.7	1
Ngazidja	20.3	0.7
Urbain	26	1.1
Rural	22	0.9
5-9 ans	16.7	0.5
10-14 ans	30.1	1.4
Moyen N	22.7	0.9



Source : MICS 2000

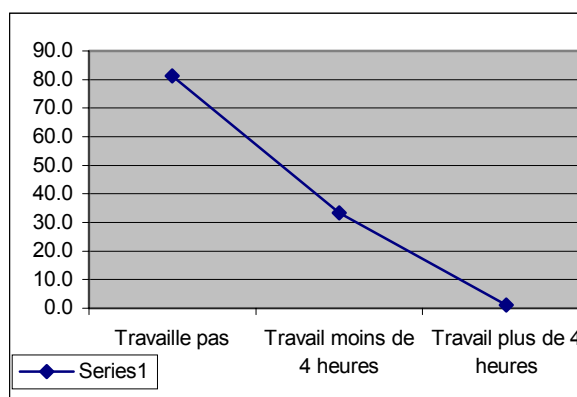
Dans l'ensemble des îles, 22,7% des enfants travaillent moins de quatre heures par jour et 0,9% d'entre eux travaillent plus de quatre heures dans les propriétés ou affaires familiales. Pour ceux qui travaillent moins de quatre heures par jour, le pourcentage est de 26% en milieu urbain et de 22% en milieu rural.

On note que 1,1% des garçons travaillent plus de quatre heures par jour dans les propriétés ou affaires familiales, contre 0,9%. Pour les filles Le taux des filles travaillant moins de quatre heures par jour est plus important (23%) que celui des garçons (22,5%).

Figure 31

Fréquentation scolaire des enfants âgés de 10-14 ans travaillant dans les fermes ou Affaires

Travail	Allant à l'école
Travaille pas	81.2
Travail moins de 4 heures	33.5
Travail plus de 4 heures	1.1



Source : MICS 2000

Ce graphique concerne seulement les enfants de 5-14 ans travaillant dans les propriétés ou affaires familiales.

Les enfants âgés de 10-14 ans qui n'exercent aucun travail et vont à l'école représentent 81,22%. Ceux qui travaillent moins de quatre heures par jour dans les propriétés et affaires familiales comptent pour 33,45%, et ceux qui exercent un travail de plus de quatre heures par jour enregistrent un taux de 1,5%.

Toutefois, les données fournies par l'enquête MICS n'ont pas permis d'établir un lien entre le travail exercé par les enfants âgés de 10-14 ans et la baisse de leur fréquentation scolaire.

Liste des tableaux

Tableau 0: Nombre de ménages théoriquement prévus et nombre de ménages effectivement interviewés	17
Tableau 1: Nombre de ménages et de femmes, et taux de réponse, Comores, 2000	17
Tableau 2: Distribution de la population des ménages par année d'âge et par sexe, Comores, 2000	18
Tableau 3: Pourcentage de cas d'informations manquantes, Comores, 2000	19
Tableau 4: Distribution des pourcentages de ménages par principales caractéristiques, Comores, 2000	22
Tableau 5: Distribution des pourcentages des femmes de 15-49 ans par principales caractéristiques, Comores, 2000	23
Tableau 6: Distribution des pourcentages des enfants de moins de 5 ans par principales caractéristiques, Comores, 2000	24
Tableau 7: Nombre moyen d'enfants nés vivants (CEB) et proportion d'enfants décédés par âge de la mère, Comores, 2000	25
Tableau 8: Taux de mortalité infantile et Taux de mortalité infanto-juvénile, Comores	26
Tableau 9: Pourcentage des enfants âgés de 36-59 mois qui fréquentent une forme organisée de programme d'éducation pré-scolaire, Comores, 2000	33
Tableau 10: Pourcentage des enfants d'âge scolaire (primaire) qui fréquente l'école primaire, Comores, 2000	38
Tableau 11: Pourcentage des enfants entrant en première année du primaire qui éventuellement arrivent en 5^{ème} année, Comores, 2000	40
Tableau 12: Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui est alphabétisée, Comores, 2000	44
Tableau 13: Pourcentage de population utilisant une source d'eau à boire salubre, Comores, 2000	51
Tableau 14: Pourcentage population utilisant un système sanitaire de traitement et d'élimination des excréta, Comores, 2000	59
Tableau 15: Pourcentage des enfants de moins de cinq ans qui sont sévèrement ou modérément sous-nutrition, Comores, 2000	64
Tableau 16: Pourcentage des enfants vivants par type d'allaitement, Comores, 2000	71
Tableau 17: Pourcentage de ménages consommant du sel adéquatement iodé, Comores, 2000	75
Tableau 18: Distribution des pourcentages des enfants âgés de 6-59 mois suivant qu'ils ont reçu une forte dose de supplément de Vitamine A durant les 6 derniers mois, Comores, 2000	78
Tableau 19: Pourcentage des femmes qui ont eu une naissance dans les 12 derniers mois précédant l'enquête suivant qu'elles ont reçu une forte dose de supplément de Vitamine A avant que l'enfant n'atteigne 8 semaines, Comores, 2000	79
Tableau 20: Pourcentage des naissances vivantes durant les 12 derniers mois et qui sont pesés avec un poids inférieur à 2500 grammes à la naissance, Comores, 2000	81
Tableau 21: Pourcentage des enfants âgés de 12-23 mois vaccinés contre les maladies de l'enfance à n'importe quel moment avant l'enquête et avant le premier anniversaire, Comores, 2000	85
Tableau 22: Pourcentage des enfants âgés de 12-23 mois actuellement vaccinés contre les maladies de l'enfance, Comores, 2000	86
Tableau 23: Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant la diarrhée dans les deux dernières semaines et qui sont traités avec SRO ou TRO, Comores, 2000	90
Tableau 24: Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée dans les deux dernières semaines et qui ont pris plus de liquide et continué à manger durant l'épisode diarrhéique, Comores, 2000	91
Tableau 25: Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant eu une infection respiratoire aiguë dans les 2 dernières semaines et qui ont eu reçu un traitement par un personnel de santé, Comores, 2000	95
Tableau 26: Pourcentage des enfants âgés de 0-59 mois reportés malades durant les deux dernières semaines et qui ont reçu davantage de liquide et continué à manger, Comores, 2000	96

Tableau 27: Pourcentage des personnes en charge des enfants de 0-59 mois qui connaissent au moins 2 signes pour aller chercher des soins immédiatement, Comores, 2000	98
Tableau 28: Pourcentage des enfants âgée de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée durant la nuit précédente, Comores, 2000	99
Tableau 29: Pourcentage des enfants âgés de 0-59 mois qui ont été malades avec une fièvre dans les deux dernières semaines et qui ont reçu un médicament anti-malaria, Comores, 2000	101
Tableau 30: Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui connaissent les principaux moyens de prévention de la transmission du HIV, Comores, 2000	104
Tableau 31: Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui identifient correctement les conceptions erronées sur le HIV/SIDA, Comores, 2000	106
Tableau 32: Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui ont identifié correctement les moyens de transmission du HIV de la mère à l'enfants, Comores, 2000	107
Tableau 33: Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui exprime une attitude discriminatoire envers les personnes ayant le HIV/AIDS, Comores, 2000	108
Tableau 34: Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont une bonne connaissance de la transmission du HIV/SIDA, Comores, 2000	109
Tableau 35: Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans qui connaissent un endroit où faire le test du HIV/SIDA et qui ont été testées, Comores, 2000	110
Tableau 36: Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans mariées ou en union qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception, Comores, 2000	116
Tableau 37: Pourcentage des mères ayant eu une naissance dans les 12 derniers mois qui sont protégées contre le tétanos néonatal, Comores, 2000	117
Tableau 38: Distribution des pourcentages des femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance durant la dernière année par type de personnel dispensant de soins prénatals, Comores, 2000 ..	118
Tableau 39: Distribution des pourcentages de femmes âgée de 15-49 ans ayant eu une naissance durant la dernière année par type de personnel assistant à l'accouchement, Comores, 2000	119
Tableau 40: Distribution des pourcentages des enfants âgés de 0-59 mois suivant l'enregistrement des naissances et les raisons de non-enregistrement, Comores, 2000	123
Tableau 41: Pourcentage des enfants de 0-14 ans vivants dans les ménages sans un parent biologique, Comores, 2000	126
Tableau 42: Pourcentage des enfants 5-14 ans qui travaillent couramment, Comores, 2000	129

Résumé des Indicateurs

Indicateurs du Sommet Mondial pour les Enfants		
Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième Anniversaire, pour 1 000 naissances vivantes	74 Pour 1000
Taux de mortalité Infantile	Probabilité de décéder entre la naissance et le premier Anniversaire, pour 1 000 naissances vivantes	59 pour 1000
Taux de mortalité maternelle (TMM)	Nombre annuel de décès des femmes suite à des causes liées à la grossesse, c est à dire les décès sont survenus pendant la grossesse ou dans les 42 jours qui ont suivi la fin de la grossesse, pour 100 000 naissances vivantes	517 pour 100 000
Prévalence de l'insuffisance pondérale	Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui se situent en-dessous de moins 2 écarts-type (-2 ET) et de moins 3 écarts-type (-3 ET) par rapport à la médiane poids-pour-âge de la population de référence du NCHS/WHO	8.7 pour 100
Prévalence du retard de croissance	Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui se situent en-dessous de moins 2 écarts-type (-2 ET) et de moins 3 écarts-type (-3 ET) par rapport à la médiane taille-pour-âge de la population de référence du NCHS/WHO	25.4 pour 100
Prévalence de l'émaciation	Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui se situent en-dessous de moins 2 écarts-type (-2 ET) et de moins 3 écarts-type (-3 ET) par rapport à la médiane poids-pour-taille de la population de référence du NCHS/WHO	42.3 pour 100
Utilisation de l'eau potable salubre	Proportion de la population qui utilise n'importe quelle source d'eau à boire parmi les sources d'approvisionnement suivantes: eau de robinet dans le logement ; borne fontaine ; puits à pompe; puits protégé ; source protégée	pour 100
Utilisation des moyens d'assainissement du traitement des excréments	Proportion de la population qui a, au sein du logement ou de la cour/parcelle: des toilettes connectées au système d'égouts; toutes les autres toilettes à chasse d'eau (privées ou publiques) ; latrines améliorées ; latrines traditionnelles	5 pour 100 (non compris la latrines traditionnelles) 84% avec latrines traditionnelle ouverte
Enfants ayant atteint la classe de 5ème primaire	Proportion d'enfants entrant en première classe de l'école primaire qui atteignent par la suite la classe de 5ème	40.2 pour 100
Taux net de fréquentation de l'enseignement primaire	Proportion d'enfants d'âge scolaire de l'enseignement primaire qui fréquentent une école primaire	78.7pour 100
Taux d'alphabétisation	Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui est capable à la fois de lire et d'écrire, avec compréhension, un texte court et simple lié à la vie quotidienne	59.1 pour 100
Soins prénatals	Proportion de femmes âgées de 15-49 consultées au moins une fois durant la grossesse par un personnel de santé qualifié	74.3 pour 100
Prévalence contraceptive	Proportion de femmes âgées de 15-49 qui utilisent (dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive (moderne ou traditionnelle)	25.84 pour 100
Soins à la naissance de l'enfant	Proportion de naissances consultées par un personnel de santé qualifié	61.8 pour 100

Poids à la naissance inférieur à 2,5 kg	Proportion de naissances vivantes qui pèsent moins de 2 500 grammes	27.3 Pour 100
Consommation du sel iodé	Proportion de ménages qui consomment du sel adéquatement iodé	82.6 Pour 100
Enfants ayant reçu des compléments de vitamine A	Proportion d'enfants âgés de 6-59 mois ayant reçu un supplément d'une dose élevée de vitamine A au cours des 6 derniers mois	5.5 Pour 100
Mères ayant reçu des compléments de vitamine A	Proportion de mères qui ont reçu un supplément d'une dose élevée de vitamine A avant que leur bébé n'atteigne l'âge de 8 semaines	13 pour 100
Taux d'allaitement exclusif	Proportion d'enfants âgés de moins de moins de 4 mois (120 jours) qui sont exclusivement allaités	24.3 pour 100
Taux de pratique d'allaitement et des aliments de complément	Proportion d'enfants âgés de 6-9 mois (180-299 jours) qui reçoivent le sein et les aliments de complément	34.3 pour 100
Taux d'allaitement continu	Proportion d'enfants âgés de 12-15 mois et de 20-23 mois qui sont allaités	65.3 pour 100 (12-15) 45 pour 100 (20-23)
Couverture vaccinale du DTCoq	Proportion d'enfants âgés d'un an vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCoq)	83.3 pour 100
Couverture vaccinale de rougeole	Proportion d'enfants âgés d'un an vaccinés contre la rougeole	93 pour 100
Couverture vaccinale de Polio	Proportion d'enfants âgés d'un an vaccinés contre la Poliomyélite	92.8 pour 100
Couverture vaccinale de TB	Proportion d'enfants âgés d'un an vaccinés contre la tuberculose	99 pour 100
Protection contre le tétanos néonatal	Proportion d'enfants âgés d'un an protégés contre le tétanos néonatal à travers la vaccination de leur mère	46.3 pour 100
Utilisation du TRO	Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois qui avaient la diarrhée durant les deux dernières naissances et étaient traités avec des sels de réhydratation par voie orale ou une solution préparée à la maison (TRO)	77 pour 100
Traitement de la diarrhée à la maison	Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois qui avaient la diarrhée durant les deux dernières naissances et avaient reçu davantage de liquides et des aliments (y compris le lait) sans interruption durant l'épisode	22 pour 100
Recherche de soins pour traiter les infections respiratoires aiguës	Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois qui avaient des IRA durant les deux dernières semaines et étaient conduits à un dispensateur de santé approprié	56.3 pour 100
Développement préscolaire	Proportion d'enfants âgés de 36-59 mois qui fréquentent un certain type de programme organisé d'éducation préscolaire	14.3 pour 100
Indicateurs pour le Suivi des Droits de l'Enfant		
Enregistrement des naissances	Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois dont les naissances sont enregistrées selon les déclarations des mères	83.4 pour 100
Arrangements concernant la résidence des enfants	Proportion d'enfants âgés de 0-14 ans vivant dans des ménages mais sans un parent biologique	6.4 pour 100

Orphelins dans les ménages	Proportion d'enfants âgés de 0-14 ans vivant dans des ménages qui sont orphelins	0.8 pour 100 (les 2 parents) 3.6 pour 100 (un parent)
Travail des enfants	Proportion d'enfants âgés de 5-14 ans vivant dans des ménages qui travaillent actuellement (rémunérés ou non rémunérés, à la maison ou en dehors de la maison)	36.7 pour 100
Indicateurs pour le Suivi du GIME et du paludisme		
Traitement des maladies à domicile	Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois qui étaient malades durant les deux dernières semaines et avaient reçu davantage de liquides et des aliments (y compris le lait) sans interruption	21 pour 100
Connaissance des soins à chercher	Proportion de personnes en charge d'enfants âgés de 0-59 mois qui connaissent au moins deux des symptômes suivants pour chercher des soins: enfant incapable de boire ou d'allaiter, enfant qui devient plus malade, enfant qui développe de la fièvre, un enfant qui a une respiration rapide, un enfant qui a une respiration difficile, un enfant qui a du sang dans les selles, un enfant qui boit difficilement	32.9 pour 100
Moustiquaires	Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire traitée la nuit dernière	36.4 pour 100
Traitement du paludisme	Proportion d'enfants âgés de 0-59 mois qui étaient malades avec de la fièvre durant les deux dernières semaines et qui avaient reçu des médicaments antipaludiques	62.7 pour 100
Indicateurs pour le Suivi HIV/SIDA		
Connaissance de la prévention du VIH/SIDA	Proportion de femmes qui ont cité correctement les trois principaux moyens pour éviter l'infection du VIH	21 pour 100
Connaissance des conceptions erronées du VIH/SIDA	Proportion de femmes qui ont identifié correctement trois principales conceptions erronées sur le VIH/SIDA	15.9 pour 100
Connaissance de la transmission du VIH de la mère à son enfant	Proportion de femmes qui ont identifié correctement des moyens de transmission du VIH de la mère à son enfant	33.8 pour 100
Attitudes discriminatoires vis-à-vis des personnes ayant le VIH/SIDA	Proportion de femmes ayant exprimé une attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes avec le VIH/SIDA	64.1 pour 100
Femmes qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du VIH	Proportion de femmes qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du VIH	31.3 pour 100
Femmes qui ont été testées pour le VIH	Proportion de femmes qui ont été testées pour le VIH	11.4 pour 100

