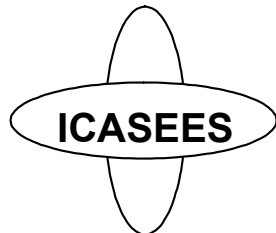



REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité - Travail

**Ministère de l'Economie, du Plan et de la
Coopération Internationale**



**Institut Centrafricain des
Statistiques, et
des Etudes Economiques et
Sociales**

*Suivi de la Situation des Enfants et des
Femmes*

 **MICS-3** Résultats de l'enquête à
indicateurs multiples couplée
avec la sérologie VIH et anémie
en RCA2006

Rapport préliminaire

Bangui, Novembre 2007



TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX.....	2
TABLEAU RECAPITULATIF DES INDICATEURS.....	1
SOURCE : INSTITUT CENTRAFRICAIN DE LA STATISTIQUE, DES ETUDES ECONOMIQUES ET SOCIALES, MICS3.....	1
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	1
AVANT PROPOS.....	2
I.1 INTRODUCTION.....	3
I.3 OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....	5
II. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.....	5
II.1 CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON.....	5
II.2 QUESTIONNAIRES.....	5
II.3 TRAVAIL DE TERRAIN ET TRAITEMENT DES DONNEES.....	7
II.4 COUVERTURE DE L'ENQUETE.....	7
III. RESULTATS.....	7
III.4 MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS.....	8
III.1 ÉTAT NUTRITIONNEL.....	8
III.2 ALLAITEMENT MATERNEL.....	11
III.3 VACCINATION.....	11
III.5 TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DES ENFANTS SUSPECTES DE PNEUMONIE.....	13
III.6 UTILISATION DES COMBUSTIBLES SOLIDES.....	13
III.7 PALUDISME.....	13
III.8 EAU ET ASSAINISSEMENT.....	15
III.10 ASSISTANCE PENDANT L'ACCOUCHEMENT.....	17
III.11 FREQUENTATION DE L'ECOLE PRIMAIRE.....	17
III.12 ENREGISTREMENT DES NAISSANCES.....	18
III.13 MARIAGE PRECOCE ET POLYGAMIE.....	19
III.14 CONNAISSANCES SUR LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA ET UTILISATION DE PRESERVATIFS.....	19
III.16 FREQUENTATION SCOLAIRE DES ENFANTS ORPHELINS ET VULNERABLES.....	20
III.17 VIOLENCE DOMESTIQUE.....	21
VIOLENCE PHYSIQUE.....	21
VIOLENCE SEXUELLE.....	22
VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE.....	22
III.18 SEROPREVALENCE DU VIH.....	23

LISTE DES TABLEAUX

Tableau CM,1: Quotient de mortalité infantile et infanto-juvénile selon les caractéristiques démographiques.....	26
Tableau NU.1: Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui sont sévèrement ou modérément malnutris,	27
Tableau NU.3: Allaitement maternel.....	28
Tableau CH.1: Vaccination durant la première année de vie	29
Tableau CH.1 Vaccination durant la première année de vie (suite)	29
Tableau CH,7: Traitement à l'antibiotique de la pneumonie	30
Tableau CH,8: Utilisation de combustibles solides	31
Tableau CH,11: Enfants dormant dans un lit avec moustiquaire	32
Tableau CH,12: Traitement des enfants avec des médicaments anti-paludiques	33
Tableau EN.1: Source d'approvisionnement en eau de boisson :	34
Tableau EN.5: Utilisation d'installations sanitaires pour évacuer les excréments humains :	35
Tableau RH.1: Utilisation de la contraception :	36
Table RH.5: Assistance pendant l'accouchement :	37
Tableau ED,3: Taux net de scolarisation au primaire.....	38
Tableau CP,5: Mariage précoce et polygamie	40
Tableau CP,1: Enregistrement des naissances	41
Tableau HA.3: Connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA	42
Tableau HA.12: Fréquentation scolaire des orphelins et enfants vulnérables	44
Tableau VD.1: Frustration conjugale	45
Tableau VD2: Violence émotionnelle	46
Tableau VD.3: Violence physique.....	47
Tableau VD.4 : Conséquences de violences physiques.....	48
Tableau VD.5: Violence sexuelle.....	49
Tableau HIV.1 Prévalence du VIH par caractéristiques socio-économiques	50

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

RUBRIQUE	NUMÉRO DE L'INDICATEUR MICS 3	NUMÉRO DE L'INDICATEUR OMD	INDICATEUR	VALEUR	UNITÉ
Mortalité infantile	1	13	Taux de mortalité infanto-juvénile (OMD)	176	pour 1000 nscs vivantes
	2	14	Taux de mortalité infantile	106	pour 1000 naissances vivantes
Etat Nutritionnel	6		Prévalence de l'insuffisance pondérale sévère	8,1	pour 100
	7		Prévalence de retard de croissance sévère	18,7	pour 100
	8		Prévalence de la déperdition sévère	2,3	pour 100
	15		Taux d'allaitement exclusif (0-5 mois)	23,4	pour 100
	16		Taux d'allaitement continu 12-15 mois	85,9	pour 100
	16		Taux d'allaitement continu 20-23 mois	47,1	pour 100
	17		Taux d'alimentation complémentaire commencé à temps	55,2	pour 100
	24	29	Combustibles solides	99,1	pour 100
Santé de l'enfant	25		Taux de couverture vaccinale contre la tuberculose	73,8	pour 100
	26		Taux de couverture vaccinale contre la poliomyélite (Polio)	46,9	pour 100
	27		Taux de couverture vaccinale contre la DTC	54,2	pour 100
	28	15	Taux de couverture vaccinale contre la rougeole	62,0	pour 100
	30		Taux de couverture vaccinale contre la fièvre jaune	35,3	
	31		Enfants complètement vaccinés	32,0	pour 100
	22		Traitement antibiotique des enfants suspectés de pneumonie	39,4	pour 100
	37	22	Enfants de moins de 5 ans dormant sous une MII	15,1	pour 100
	38		Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire	33,1	pour 100
	39	22	Traitement antipaludéen (moins de 5 ans)	41,6	pour 100
Environnement	11	30	Taux d'accès aux sources d'eau potable améliorées	64,0	pour 100
	12	31	Utilisation d'installations sanitaires améliorées	52,5	pour 100
Santé de la reproduction	21	19c	Prévalence des contraceptifs (moderne et traditionnelle)	19,0	pour 100
			Prévalence des méthodes contraceptives modernes	8,6	Pour 100
			Prévalence des méthodes contraceptives traditionnelle	10,5	Pour 100
	4	17	Assistance par un personnel qualifié	53,4	pour 100
	5		Accouchements dans un centre de santé	51,0	pour 100
Éducation	55	6	Taux net de fréquentation du cycle primaire	51,4	pour 100
	61	9	Indice de parité des sexes au niveau primaire	0,84	
Protection de l'enfant	62		Enregistrement des naissances	49,2	pour 100
	67		Mariage avant 15 ans	20,4	pour 100
			Mariage avant 18 ans	56,8	Pour 100
	68		Jeunes femmes de 15-19 ans mariées/en union libre	56,8	pour 100
	70		Polygamie	26,5	pour 100
Violence domestique			Pourcentage de femmes victimes de violence physique	17,5	Pour 100
			Pourcentage de femmes victimes de violence émotionnelle	81,5	Pour 100
			Pourcentage de femmes victimes de violence sexuelle	11,5	Pour 100
VIH/SIDA, comportement sexuel, orphelins et enfants vulnérables	77	20	Fréquentation scolaire comparative orphelins/non orphelins	0,89	
	82	19b	Connaissances générales sur la prévention du VIH	16,8	pour 100
	83	19a	Utilisation de préservatifs des jeunes avec les partenaires occasionnels	40,6	pour 100
	85		Rapport sexuel à haut risque au cours de l'année écoulée	23,9	pour 100
			Prévalence du VIH/SIDA	6,3	Pour 100

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

SIGLES ET ABREVIATIONS

AD	Aire de Dénombrement
BCG	Bacille Calmette Guérin
CDC	Center for Disease Control and Prevention (Centres de Contrôles et Prévention des Maladies des Etats-Unis)
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CSPro	Census Survey Processing
DSRP	Document des Stratégies de Réduction de la Pauvreté
DTC	Diphtérie Tétanos Coqueluche
ICASEES	Institut Centrafricain des Statistiques, des Etudes Economiques et Sociales
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à Indicateurs Multiples)
NCHS	National Center for Health Statistics
OEV	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
Polio	Poliomyélite
RCA	République Centrafricaine
RGPH 03	Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003
SIDA	Syndrôme d'Immuno Déficience Acquise
SPSS	Statistical Package for Social Science
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPO	Vaccin Polio Orale
WHO	World Health Organization (Organisation Mondiale de Santé)

AVANT PROPOS

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

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

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

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

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

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

Sylvain MALIKO

I. CONTEXTE ET OBJECTIFS

I.1 INTRODUCTION

Le Gouvernement de la République Centrafricaine a commandité en 2005, la troisième Enquête à Indicateurs Multiples (MICS), réalisée par l'Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales (ICASEES). L'exécution de cette opération répond au souci des autorités d'utiliser les résultats pour le suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre des politiques, programmes et projets de développement vers l'atteinte des objectifs et cibles définis par les engagements internationaux, notamment :

- la Déclaration du Millénaire pour le Développement, adoptée en septembre 2000 à l'unanimité par les 191 États membres de l'ONU ;
- le Plan d'Action de la campagne «Un monde digne des enfants», adopté par 189 États membres lors de la Session spéciale de Nations Unies sur l'enfance en mai 2002.

Ces deux engagements font suite à l'évaluation, par la communauté internationale, des objectifs du Sommet mondial de l'enfance de 1990. Afin de suivre les progrès enregistrés dans la mise en œuvre par les Etats, tous les pays ayant ratifié la convention relative aux droits de l'enfant devraient réaliser des enquêtes à Indicateurs Multiples (*Multiple Indicator Cluster Surveys MICS*). La réalisation de cette enquête a bénéficié de l'appui technique, financier et matériel du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS), de l'Union Européenne, du PNUD, de l'UNFPA, de l'OMS, de l'ONUSIDA ainsi que de celui de l'UNICEF qui a particulièrement reçu mandat d'accompagner le pays dans ce processus, en apportant son appui multiforme (voir Encadré 1.1).

En souscrivant à ces engagements internationaux, la République Centrafricaine a décidé d'orienter sa politique dans les domaines visant l'amélioration des conditions de vie de la population en général et plus particulièrement celles du couple mère-enfant et à en assurer le suivi. Par ailleurs, conscient de l'ampleur du VIH/SIDA et son impact sur le développement, un volet spécifique à la sérologie du VIH et à l'anémie a été pris en compte dans l'enquête.

Tableau 1.1

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

Les gouvernements signataires de la Déclaration du Millénaire, la déclaration du Plan d'Action de la campagne « Un monde digne des enfants » s'étaient également engagés à suivre la réalisation des buts et objectifs qui y sont définis :

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

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

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

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

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

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

I.2 EFFORTS CONSENTIS AU NIVEAU NATIONAL

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

Ce rapport préliminaire présente quelques résultats et une série d'indicateurs¹ issus de l'enquête. Ces résultats qui ne sont pas définitifs, ne devraient cependant pas subir des changements majeurs pouvant affecter le contenu du rapport final de l'enquête, plus détaillé, dont la publication est prévue en 2008.

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

I.3 OBJECTIFS DE L'ENQUETE

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

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

II. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

II.1 CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

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

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

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

II.2 QUESTIONNAIRES

Afin d'atteindre les objectifs fixés dans l'enquête MICS3, quatre types de questionnaires ont été utilisés : un questionnaire ménage, un questionnaire femmes de 15-49 ans dont les mères et tutrices d'enfants de moins de cinq, un questionnaire enfants de moins de cinq et un questionnaire homme. Ces questionnaires initiés d'un modèle de base MICS 3 et utilisés également dans d'autres pays de la sous-région, ont fait l'objet d'un test préliminaire du 2

au 4 juin 2006. Sur la base des résultats de ce test, des modifications ont été apportées à ces questionnaires avant la collecte effective des données dans le cadre de l'enquête principale.

1. Questionnaire ménage

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

- Panneau d'information sur le ménage
- Feuille d'enregistrement du ménage
- Education
- Eau et assainissement
- Caractéristiques du ménage
- Travail des enfants
- Enfants vulnérables et orphelins du fait du SIDA
- Moustiquaires traitées aux insecticides
- Iodation du sel
- Mortalité maternelle
- Discipline de l'enfant
- Handicap
- Test d'anémie

2. Questionnaire femme. Il comprend les sections suivantes :

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

3. Questionnaire enfants de moins de 5 ans. Dans chaque ménage, les mères ou les personnes en charge d'enfants de moins de 5 ans ont répondu aux questions concernant ces enfants. Ce questionnaire comprend les modules suivants :

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

4. Questionnaire homme

Il comprend les modules suivants:

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

II.3 TRAVAIL DE TERRAIN ET TRAITEMENT DES DONNEES

La formation du personnel de terrain (agents enquêteurs, contrôleurs et superviseurs) a couvert la période du 16 mai au 9 juin 2006, soit 21 jours ouvrables. A l'issue de la formation, seize (16) équipes ont été constituées, chacune composée de trois enquêteurs, deux agents de santé, d'un contrôleur, d'un chef d'équipe et d'un chauffeur.

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

Les données ont été saisies sur 30 micro-ordinateurs mis en réseau et connectés à un poste central. Le programme de saisie développé sous logiciel CSPro a été utilisé. Pour les besoins de contrôle de qualité, chaque questionnaire a été saisi deux fois pour minimiser les erreurs de saisie, en plus des vérifications de cohérence interne qui ont été effectuées. Les procédures et programmes standard conçus dans le cadre du projet MICS3 et adaptés au questionnaire de la République Centrafricaine, ont été utilisés à toutes les étapes. La saisie a démarré le 27 Octobre et a pris fin le 18 Décembre 2006. La tabulation a été faite à l'aide du logiciel SPSS0.

II.4 COUVERTURE DE L'ENQUETE

Sur un échantillon de 11.940 ménages identifiés, 11.723 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 98,2% (tableau HH1). Ce taux est de 98,6% en milieu urbain et de 98,0% en milieu rural. A l'intérieur des 11.723 ménages, 12.436 femmes ont été identifiées comme éligibles parmi lesquelles 11.592 ont été interviewées avec succès, soit un taux de réponse de 93,2% (91,5% en milieu urbain et 94,2% en milieu rural). Par ailleurs, 9.820 enfants ont été aussi identifiés comme éligibles et les informations ont été collectées sur 9.585 d'entre eux, soit un taux de réponse de 97,6% (96,6% en milieu urbain contre 98,1% en milieu rural). En outre, dans un sous-échantillon constitué de ménages sélectionnés pour la sérologie VIH et Anémie (un ménage sur deux), 6.090 hommes ont été identifiés comme éligibles parmi lesquels 5.450 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 89,5% (84,0% en milieu urbain contre 90,7% en milieu rural).

III. RESULTATS

Les principaux résultats sont présentés au niveau national, par milieu de résidence, selon le sexe et la pauvreté d'existence saisie à travers l'indice de bien-être économique.

III.4 MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Un des objectifs prioritaires des OMD et du plan d'action pour *Un monde digne des enfants* consiste à réduire la mortalité chez les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans. Si l'évaluation de la mortalité infantile peut sembler facile de prime abord, l'expérience a montré que les questions directes sur l'occurrence de décès au cours de l'année écoulée, d'un membre du ménage interviewé, donnent des résultats inexacts. Par ailleurs, l'utilisation de statistiques tirées directement des registres d'état civil, est à la fois lente et compliquée, ce qui a amené les démographes à concevoir des systèmes de mesure indirecte de la mortalité infantile. Ces « méthodes indirectes » permettent de réduire au minimum les problèmes liés aux oublis et aux définitions inexacts ou mal interprétées, mais aussi d'éviter le recours à toute technique d'interrogation inadaptée.

Le *taux ou quotient de mortalité infantile* indique la probabilité de décès avant le premier anniversaire. Le *taux infanto-juvénile (décès avant 5 ans)* indique la probabilité de décès avant le cinquième anniversaire. Dans le cadre de l'enquête MICS3, ces deux taux sont calculés sur la base d'une technique d'estimation indirecte, dénommée la méthode de Brass. Cette estimation utilise les données sur le nombre moyen d'enfants déjà nés de femmes âgées de 15 à 49 ans, réparties en groupes d'âges de cinq ans, et la proportion de décès parmi ces enfants, également basée sur cette même répartition. La technique consiste à convertir ces données en probabilités de décès en tenant compte, à la fois, des risques de mortalité auxquels les enfants sont exposés et de la durée de leur exposition à ces risques.

Selon le Tableau CM.1 qui fournit des estimations basées sur diverses spécificités sociales, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont estimés au niveau national respectivement à 106 ‰ et 176 ‰. Les résultats montrent que le risque de décéder avant cinq ne varie pas selon le sexe. Par contre, le risque de décéder avant un an est plus élevé chez les garçons (109 ‰) que chez les filles (102‰). Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont plus faibles en milieu urbain qu'en milieu rural (respectivement 79‰ contre 119‰ pour le taux de mortalité infantile et 126‰ contre 199‰ pour le taux de mortalité infanto-juvénile). Des écarts importants sont également observés selon le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien-être économique du ménage. Les niveaux de mortalité sont plus élevés parmi les enfants dont la mère n'est pas instruite et dans les ménages les plus pauvres que dans les ménages les plus riches. Ainsi, le taux de mortalité infantile passe de 112‰ parmi les enfants de mère sans instruction à 69‰ parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus, tandis que le taux de mortalité des moins de cinq ans tombe de 187‰ à 107‰. S'agissant du niveau de vie, les disparités entre les plus pauvres et les plus riches sont encore plus profondes : le taux est 132‰ contre 71‰ pour la mortalité infantile respectivement et de 223‰ contre 112‰ pour la mortalité infanto-juvénile respectivement, soit des taux presque deux fois plus élevés parmi les enfants des ménages les plus pauvres.

III.1 ÉTAT NUTRITIONNEL

L'état nutritionnel des enfants est le reflet de leur état de santé général. Lorsqu'un enfant a accès à une source d'alimentation appropriée, qu'il n'est pas sujet à des maladies récurrentes et qu'il est bien protégé, il atteint son potentiel de croissance et il est considéré comme bien nourri. Trois indicateurs sont utilisés pour mesurer l'état nutritionnel des enfants: le rapport poids-âge, le rapport taille-âge et le rapport poids-taille. Chacun de ces trois indicateurs est exprimé en termes d'unités d'écart type (z-scores) par rapport à la médiane de la population de référence adoptée par l'OMS (NCHS).

Le rapport poids-âge permet de mesurer la malnutrition aiguë et la malnutrition chronique. Un enfant dont le rapport poids-âge est inférieur de deux écarts types à la médiane de la population de référence est considéré comme souffrant d'une *insuffisance pondérale modérée*, tandis qu'à plus de trois écarts types au-dessous de la médiane il entre dans la catégorie des enfants souffrant d'une *insuffisance pondérale sévère*.

Le rapport taille-âge est une mesure de la croissance linéaire. Un enfant dont le rapport taille-âge est inférieur de deux écarts types à la médiane de la population de référence est considéré court pour son âge et classé parmi les enfants ayant un *retard de croissance modéré*. Lorsque cette mesure est à plus de trois écarts types en dessous de la médiane, l'enfant est classé dans la catégorie des *retards de croissance sévères*. Le retard de croissance est le reflet d'une malnutrition chronique due à la conjugaison d'une absence d'alimentation appropriée pendant une longue période et d'une maladie récurrente ou chronique.

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

Le Tableau NU.1 présente les pourcentages d'enfants classés dans chacune de ces catégories, sur la base des mesures anthropométriques prises lors du travail de terrain. En outre, le tableau inclut le pourcentage d'enfants ayant un excès de poids, à savoir ceux dont le rapport poids-taille est de 2 écarts types au-dessus de la médiane de la population de référence. Dans ce tableau, un quart des enfants sont exclus de l'analyse pour diverses raisons : 3% qui n'ont pas été pesés ou mesurés, 15% dont la date de naissance est inconnue et 7% pour d'autres raisons.

Les résultats du tableau NU.1 indiquent que 28% d'enfants souffrent d'insuffisance pondérale modérée et 8% d'insuffisance pondérale sévère. Près de quatre enfants sur dix (38%) souffrent d'un retard de croissance modéré (malnutrition chronique) tandis que 19% présentent un retard de croissance sévère. Un enfant sur dix (10%) est émacié (malnutrition aiguë/déperdition) et 2% le sont de façon sévère. Environ 5% des enfants ont un excès de poids.

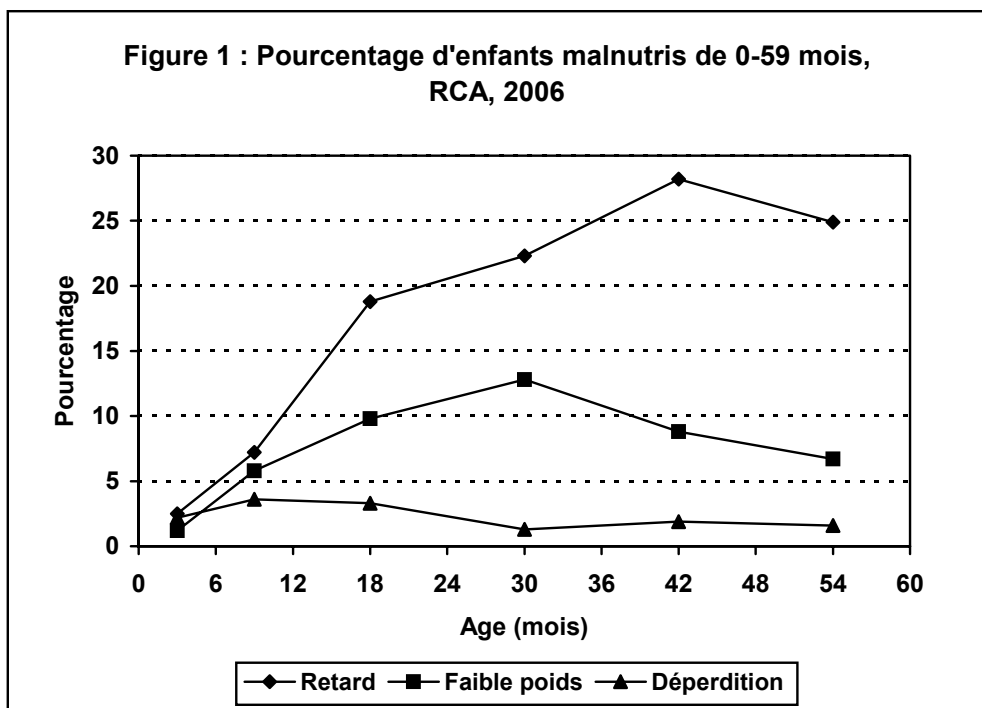
Le taux d'insuffisance pondérale sévère varie légèrement selon le sexe (10% chez les garçons contre 7% chez les filles) et le milieu de résidence (9% en milieu rural contre 7% en milieu urbain). Par contre, d'importantes variations sont notées lorsqu'on considère le niveau de bien-être économique (11% chez les enfants issus des ménages les plus pauvres contre 5% chez ceux des ménages les plus riches) et le niveau d'instruction de la mère (10% parmi ceux dont la mère n'est pas instruite et 6% quand celle-ci a le niveau secondaire ou plus). Le taux d'insuffisance pondérale sévère varie de façon plus nette avec l'âge de l'enfant : de moins de 2% parmi les moins de 6 mois, il atteint 6% à 6-11 mois et 13% à 24-35 mois avant de tomber à 7% à 48-59 mois.

Pour ce qui est du retard de croissance sévère les résultats de l'enquête indiquent que le taux est plus faible dans les zones urbaines (15% que dans les zones rurales (22%). L'écart entre sexe est également significatif (22% pour les garçons contre 17% pour les filles). En revanche on note une augmentation sensible du retard de croissance selon l'âge des enfants. Il est moins répandu parmi les nourrissons de moins de 6 mois et ceux de 6-11 mois

(respectivement moins de 3% et 7%) tandis qu'il est relativement fréquent parmi les plus âgés (20 à 27%). On observe aussi des disparités selon le niveau d'instruction de la mère. Les enfants dont la mère a le niveau secondaire ou plus souffrent moins du retard de croissance que ceux dont la mère a le niveau primaire ou n'est pas instruite (13% contre 18% et 23% respectivement). Les enfants qui vivent dans les ménages plus riches (10%) sont moins affectés que leurs homologues qui vivent dans les autres ménages (10% contre 20 à 23%).

Contrairement aux autres indices nutritionnels, le taux d'émaciation sévère ne présente pratiquement pas de disparités notables selon les catégories sociales d'intérêt comme le milieu de résidence, l'âge et le sexe l'enfant, voire le niveau d'instruction de la mère ou le niveau de bien être du ménage.

Par ailleurs, on note qu'au niveau national 5% d'enfants présentent des signes d'obésité modérée marqués par un rapport poids pour taille supérieur à deux écarts type de la médiane. Le pourcentage d'enfants plus gros pour leur taille ne varie pas selon le milieu de résidence et le sexe de l'enfant. En revanche l'âge de l'enfant influe fortement sur l'excès de poids : 14% des enfants de moins de 6 mois en souffrent tandis que seulement 6% des 6-11 mois et 3% des 48-59 mois sont obèses.



III.2 ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement maternel pendant les premières années de la vie protège l'enfant des infections, lui apporte une source idéale d'éléments nutritifs. De plus, il est économique et sûr, utilisé avec de l'eau potable. Toutefois, sa protection n'est assurée que si les mères n'abandonnent pas l'allaitement trop tôt au profit du lait artificiel pour nourrisson, ce qui peut conduire à un fléchissement de la croissance et à une malnutrition due à une carence en micronutriments. L'objectif du plan d'action «Un monde digne des enfants» stipule que les enfants doivent être allaités exclusivement au cours des six premiers mois, puis poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans au moins, en l'associant avec des aliments complémentaires surs, appropriés et suffisants.

Les données relatives à l'état d'allaitement maternel sont basées sur les déclarations de la mère/tutrice de l'enfant concernant la consommation en aliments et en bouillies au cours des 24 heures qui ont précédé l'enquête. Dans ce rapport, l'*allaitement exclusif* fait référence aux nourrissons qui n'ont reçu que du lait maternel et des vitamines, des compléments minéraux ou des médicaments.

Le tableau NU.3 présente l'allaitement exclusif des nourrissons pendant les six premiers mois, l'alimentation complémentaire des enfants de 6-9 mois et la poursuite de l'allaitement chez les enfants de 12-15 mois et 20-23 mois.

En RCA, 31% d'enfants âgés de 0-3 mois sont exclusivement nourris au lait maternel contre 23% de ceux de la tranche d'âge 0-5 mois, un niveau largement inférieur au taux recommandé². L'introduction des aliments solides et autres est précoce. À l'âge de 6-9 mois, 55% des enfants ont reçu en complément du lait maternel, des aliments solides et semi-solides. En ce qui concerne l'allaitement maternel continu, dans la tranche d'âge de 12-15 mois, 86% des enfants sont concernés contre 47% dans la tranche d'âge 20-23 mois. A 0-3 mois, la différence dans l'allaitement exclusif entre les filles et les garçons est négligeable (respectivement 32% et 29%) et nulle à 0-5 mois. Par contre l'apport d'aliments complémentaires à temps est plus élevé parmi les filles de 6-9 mois (59% contre 52%) ainsi que l'allaitement maternel continu à 12-15 mois (89% contre 83%). De même, l'apport d'aliments complémentaires à temps est plus élevé en milieu rural (57% contre 52% en milieu urbain) et l'allaitement continu à 20-23 mois deux fois plus fréquent dans ce milieu (59% contre 29% en milieu urbain).

III.3 VACCINATION

Selon les directives de l'UNICEF et de l'OMS, appliquées par le Programme Elargi de Vaccination (PEV) en RCA, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu les antigènes de BCG, trois doses de DTC, trois doses de polio, et les vaccins contre la rougeole et la fièvre jaune. Tous les vaccins devraient être administrés à l'enfant au cours de sa première année de vie. Les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières:

- à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations) ;
- ou à partir des réponses données par la mère ou personne en charge de l'enfant lorsque la carte n'est pas disponible.

² Le taux recommandé est de 100%.

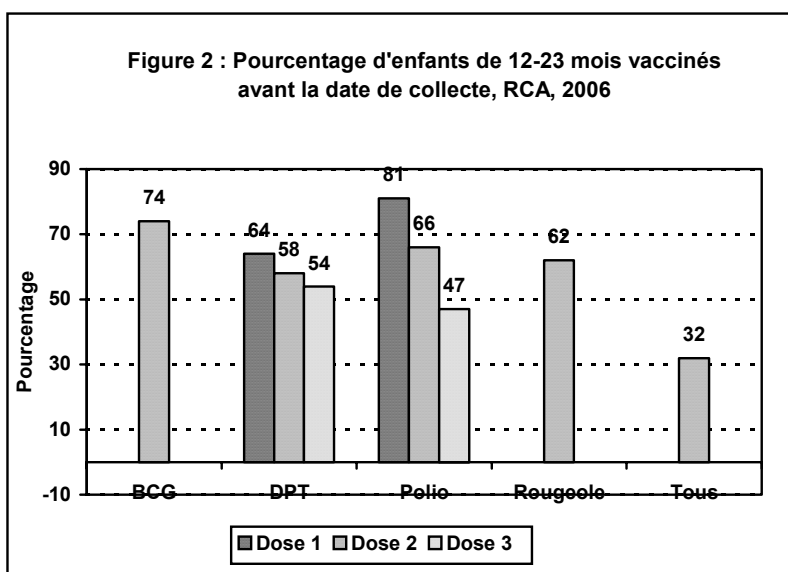
Le Tableau CH.1 montre que, tous vaccins confondus, moins de 30% des enfants vaccinés possèdent leurs carnets de santé et pour moins de 5% c'est la mère qui a déclaré si l'enfant a reçu ou non chacun des vaccins, ainsi que le nombre de fois ou ils ont reçu les doses respectives de DPT1, DPT2 ou DPT3. Le tableau donne aussi le pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins.

Le tableau CH.2 montre que dans l'ensemble, 32% des enfants âgés de 12-23 mois ont reçu toutes les doses de vaccins, cependant la moitié seulement (17%) a été complètement vaccinée en respectant le calendrier vaccinal, c'est-à-dire avant d'avoir 12 mois. Parmi les enfants, 74% ont reçu le vaccin du BCG à un moment quelconque avant l'enquête, 64% ont pris la première dose de DTC et 54% la troisième, 54% ont reçu la dose de polio 0, 81% celle de polio 1 et 47% celle de polio 3, tandis que 62% des enfants ont reçu le vaccin contre la rougeole (Figure 2).

Pour les enfants vaccinés avant leur premier anniversaire, 71% ont reçu le vaccin du BCG, 47% ont pris la troisième dose de DTC, 40% ont pris la troisième dose de polio et 51% ont reçu le vaccin contre la rougeole.

La couverture vaccinale complète ne subit aucune influence du sexe de l'enfant mais varie sensiblement selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la mère et le niveau de vie du ménage. La proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins est deux fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (46% contre 23%). Elle passe de 19% pour les enfants dont la mère n'est pas instruite à 36% quand elle a le niveau primaire et à 54% quand elle atteint le niveau le secondaire ou plus. Le niveau de vie du ménage influe avec la même intensité sur la couverture vaccinale avec une proportion qui passe progressivement de 18% parmi les enfants des ménages les plus pauvres à 54% parmi ceux des ménages les plus riches.

Les autres antigènes administrés aux enfants de 12-23 mois sont l'hépatite B et la fièvre jaune. La proportion d'enfants vaccinés contre ces maladies avant leur premier anniversaire est estimée à 1% et 35% respectivement.



III.5 TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DES ENFANTS SUSPECTES DE PNEUMONIE

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

Le Tableau CH.7 présente l'utilisation d'antibiotiques pour le traitement des enfants de moins de 5 ans suspectés de pneumonie selon certaines caractéristiques socio-démographiques et économiques. Pour l'ensemble du pays, 39% des enfants de moins de 5 ans suspectés de pneumonie ont reçu un antibiotique au cours des deux semaines précédant l'enquête. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain (55%) qu'en milieu rural (28%). Elle baisse aussi avec l'âge de l'enfant : près de quatre enfants âgés de 0 à 47 mois (moins de 4 ans) sur dix suspectés de pneumonie ont été traités aux antibiotiques contre seulement trois sur dix parmi les enfants de 48 à 59 mois. Les enfants issus de mères ou à la charge de personnes de niveau secondaire ou plus ont plus de chance d'être traités que ceux dont la mère ou la personne en charge est de niveau primaire ou sans niveau. : la proportion est de 75% chez les enfants issus de mères ou à la charge de personnes de niveau secondaire ou plus, 36% chez ceux dont la mère ou la personne en charge est de niveau primaire et 29% quand la mère n'est pas instruite. Par ailleurs, les résultats de l'enquête montrent que le pourcentage des enfants suspectés de pneumonie et qui ont reçu un traitement à base d'antibiotiques durant les deux semaines précédant l'enquête est plus élevé dans les ménages les plus riches (73%) que dans ceux les plus pauvres (22%) et pauvres (30%).

III.6 UTILISATION DES COMBUSTIBLES SOLIDES

L'utilisation du bois de chauffe et du charbon comme source d'énergie pour la cuisson, est source de pollution interne et constitue une des causes majeures de problèmes sanitaires notamment chez les enfants de moins de 5 ans où elle se manifeste sous forme de maladies respiratoires aiguës.

Les résultats présentés dans le tableau CH.8 révèlent que la quasi-totalité des ménages en RCA utilisent des combustibles solides pour la cuisson (plus de 99% des ménages). Quelle que soit la catégorie socioéconomique considérée, le bois reste le combustible le plus utilisé (97% des ménages) en particulier milieu rural (98% des ménages contre 94% en milieu urbain). L'électricité et le gaz tout comme les résidus agricoles ou autres combustibles sont utilisés dans une très faible proportion : par exemple, seulement 2,2% parmi les plus riches qui utilisent l'électricité y ont accès.

III.7 PALUDISME

Le paludisme est l'une des causes majeures de mortalité des enfants de moins de cinq ans en RCA. Il est également un facteur d'anémie chez l'enfant et une cause d'absentéisme scolaire. Les mesures préventives, notamment l'utilisation de moustiquaires imprégnées à l'insecticide, peuvent réduire considérablement le taux de la mortalité infantile liée au paludisme. En RCA tout comme dans les zones où le paludisme est fréquent, les

recommandations internationales proposent de traiter toute fièvre chez l'enfant comme s'il s'agissait du paludisme, en lui donnant immédiatement un traitement complet à base de comprimés antipaludéens. Les enfants manifestant des symptômes de paludisme aigu tels que la fièvre ou les convulsions, doivent être conduits dans une formation sanitaire. De même, les enfants convalescents du paludisme doivent recevoir un surplus de liquides et d'aliments et doivent poursuivre l'allaitement maternel.

Le questionnaire MICS3 de la RCA inclut des questions sur l'utilisation de moustiquaires, aussi bien au niveau du ménage que chez les enfants de moins de cinq ans, mais aussi sur le traitement antipaludéen et le traitement préventif intermittent du paludisme. Les résultats de l'enquête MICS3 (tableau CH.11) révèlent que 33% des enfants de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête mais seulement 15% l'ont été sous une moustiquaire imprégnée. Les résultats ne montrent aucune disparité liée au genre. En revanche, ils révèlent que la probabilité de dormir sous une moustiquaire traitée est plus forte quand l'enfant n'a pas encore atteint 4 ans : 14 à 18% des enfants de 0-47 mois ont dormi sous une moustiquaire imprégnée contre seulement 11% des enfants de 48-59 mois. Le taux d'utilisation du moustiquaire imprégnée est aussi largement plus élevée en milieu urbain (24% des enfants) qu'en milieu rural (10%) et dans les ménages plus riches (28% des enfants) que dans les ménages les plus pauvres (5%).

Un peu plus d'un enfant sur cinq (22%) a eu la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête (Tableau CH.12). Cette prévalence est plus élevée chez les enfants de moins de cinq ans résidant dans les centres urbains (29%) que ceux vivant en milieu rural (17%). Paradoxalement les résultats révèlent que les taux de prévalence de la fièvre sont plus élevés chez les enfants vivant dans les ménages les plus riches (26%) que ceux des ménages les plus pauvres (20%). Le même paradoxe peut être noté selon le niveau d'instruction de la mère avec une plus forte prévalence parmi les enfants issus des mères les plus instruites (32%) comparés à ceux issus des mères de niveau primaire (22%) ou sans instruction (17%).

L'administration d'un traitement approprié contre le paludisme dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition des symptômes reste une action fondamentale pour contrecarrer les éventuelles complications de cette infection. Les résultats relatifs au traitement de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans montrent qu'au niveau national, plus de quatre enfants sur dix (42%) souffrant de la fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête, ont suivi dans les 24 heures un traitement antipaludéen approprié. Cette proportion est nettement plus élevée en milieu urbain (48%) qu'en milieu rural (36%). En outre, les enfants âgés de 12-23 mois (44%) et ceux âgés de 24-35 mois (46%) sont nettement mieux soignés dans ce domaine (respectivement 44% et 46%) que ceux de moins d'un an (37%). La prise en charge des enfants qui ont souffert de fièvre varie sensiblement avec le niveau d'instruction de la mère. Elle est meilleure chez ceux dont la mère a atteint le niveau secondaire ou plus (52% des enfants) que chez ceux dont la mère n'a que le niveau primaire (41%) ou n'est pas instruite du tout (35%). Par rapport au bien-être, la proportion des enfants ayant reçu un traitement adéquat est plus élevée dans les ménages les plus riches (52%) et riches (48%) que dans les ménages les plus pauvres (26%) et pauvres (33%).

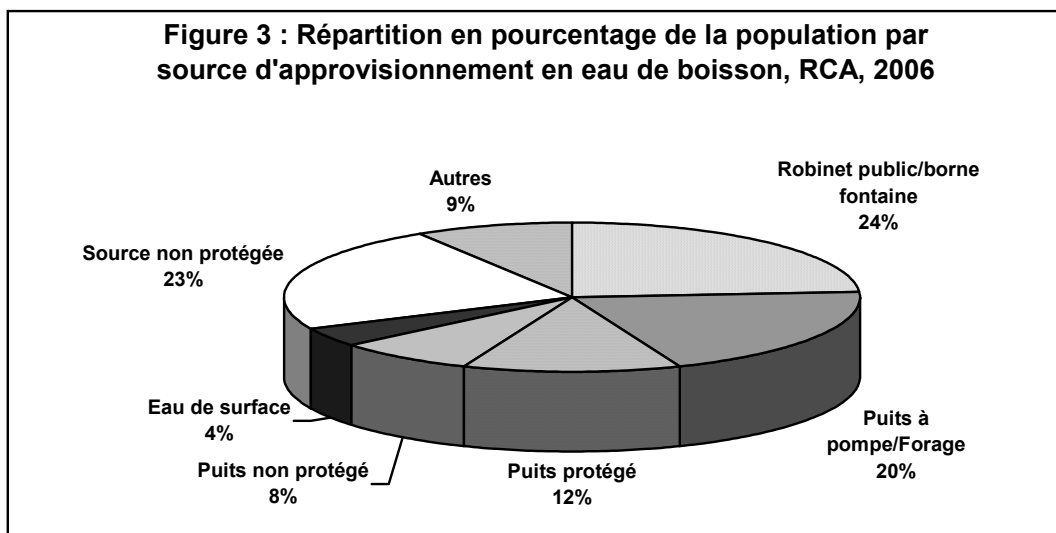
Les médicaments antipaludéens « appropriés » incluent la chloroquine, la SP/Fansidar, les associations médicamenteuses à base d'artémisine (ACT), entre autres. En RCA, 29% des enfants atteints de fièvre ont reçu de la chloroquine, tandis que 25% ont été soignés à la quinine. Seuls 5% ont reçu de l'amodiaquine et 4% de la SP/Fansidar. Un pourcentage important d'enfants ont reçu d'autres types de médicaments que les antipaludéens, notamment des antipyrétiques comme le paracétamol, l'aspirine ou l'ibuprofène.

III.8 EAU ET ASSAINISSEMENT

L'eau potable est une nécessité de base pour garantir une bonne santé si elle n'est pas polluée par des éléments chimiques, physiques et radiologiques qui ont des effets nocifs sur la santé humaine. Par contre, l'eau non potable peut être une importante source de maladies comme le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde et la schistosomiase. Outre son association avec la maladie, l'accès à l'eau potable peut être particulièrement important pour les femmes et les enfants, notamment en zone rurale où la recherche de l'eau, souvent sur de longues distances, leur est essentiellement dévolue.

La définition de l'eau potable retenue dans le cadre de l'enquête MICS est celle d'une eau provenant du robinet, de la borne fontaine, du forage, d'un puits ou forage équipé de pompe à motricité humaine, d'un puit protégé ou d'une source aménagée, y compris l'eau en bouteille l'eau de pluie. Une eau ne provenant pas de ces sources est considérée comme non potable et pouvant être à l'origine de certaines maladies comme celles citées ci-dessus. Cette définition n'est pas celle retenue au plan national qui exclut l'eau de pluie et les puits protégés.

Le Tableau EN.1 donne la répartition de la population par source d'eau de boisson. Les utilisateurs de *sources d'eau potable améliorées* s'approvisionnent à l'un des types de sources suivants : eau courante, fontaine publique, forage/pompe à eau, puits protégé, source protégée ou eau de pluie. Au niveau national, environ deux individus sur trois (64%) consomment de l'eau potable. La principale source d'approvisionnement en eau potable est le robinet public/borne fontaine (24%) suivie des puits/forages équipés de pompe à motricité humaine (20%) et des puits protégés (12%). On observe d'importantes disparités selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction du chef de ménage et l'indice de niveau de vie. En milieu urbain, 89% de la population consomment de l'eau potable contre 47% en milieu rural. Alors que 79% de la population des ménages dont le chef a un niveau d'instruction secondaire ou plus utilisent l'eau d'une source améliorée, 57% seulement de la population des ménages dirigés par un chef sans instruction ou ayant le niveau primaire ont accès à une source d'eau potable. Par rapport à l'indice de bien-être économique, 93% des habitants des ménages les plus riches ont accès à l'eau potable alors que seulement 42% des habitants des ménages les plus pauvres y ont accès.



L'assainissement s'intéresse aussi aux installations sanitaires que les ménages utilisent, l'élimination inadéquate des excréments humains et une mauvaise hygiène individuelle étant à l'origine de diverses maladies dont les maladies diarrhéiques et la polio. *Les installations sanitaires améliorées* incluent les W.C. à chasse d'eau reliée au réseau d'égout, les fosses septiques ou les latrines, les latrines améliorées aérées, les latrines à dalles et les W.C. à compostage. Au niveau national, un peu plus de la moitié de la population (53%) utilisent des installations sanitaires améliorées (Tableau EN.5). Cette proportion est de 66% en milieu urbain contre 43% en milieu rural. Le taux d'utilisation du système d'évacuation sanitaire amélioré varie suivant le niveau d'instruction du chef de ménage. Les membres des ménages dont le chef a le niveau secondaire ou plus ont plus largement accès aux installations améliorées que ceux dirigés par des personnes de niveau primaire ou sans instruction (respectivement 63%, 48% et 46% de leurs populations). Dans les ménages les plus riches, trois personnes sur quatre ont accès à des installations sanitaires améliorées tandis que dans les ménages les plus pauvres, une personne sur cinq seulement dispose de telles installations. Parmi les plus pauvres, 62% ne disposent pas de lieu d'aisance et font leurs besoins dans la nature.

Les latrines couvertes sont les installations sanitaires améliorées les plus répandues dans les ménages (47% de la population),

III.9 CONTRACEPTION

Dans l'ensemble, une femme en union sur cinq (19%) affirme pratiquer au moins une méthode contraceptive (tableau RH1). Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes (9%) ou traditionnelles (11%) demeure encore faible. La pilule (4,4% des femmes) et le préservatif (3,5%) sont les deux méthodes contraceptives modernes les plus utilisées. En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, l'abstinence périodique (7%) est la méthode la plus utilisée, suivie de la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) (3%).

La prévalence contraceptive est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (28% contre 13%). Le taux d'utilisation de la contraception moderne est nettement plus élevé en milieu urbain (18%) qu'en milieu rural (3%) tandis qu'on observe aucune disparité en ce qui concerne l'utilisation des méthodes traditionnelles (10-11%, quel que soit le milieu de résidence). L'âge de la femme influe aussi sur la prévalence contraceptive. Toutes méthodes confondues, le taux passe de 19% pour les femmes de 15-19 ans à son niveau le plus élevé (23%) parmi les femmes de 20-24 ans avant de tomber progressivement jusqu'à 16% pour celles de 39-40 ans et à 7% pour celles 45-49 ans. La pratique de la contraception moderne varie considérablement avec le niveau d'instruction de la femme et l'indice de bien-être économique du ménage. Par rapport au niveau d'instruction, 29% des femmes de niveau secondaire ou plus contre 7% de celles de niveau primaire et à peine 2% de celles qui ne sont pas instruites utilisent des méthodes de contraception moderne. En ce qui concerne l'indice de bien-être économique, les résultats de l'enquête indiquent que la pratique de la contraception moderne est plus élevée chez les femmes en union qui appartiennent aux ménages les plus riches (23%), contrairement aux femmes des ménages les plus pauvres chez qui le taux d'utilisation de la contraception est très faible (1%). S'agissant de l'utilisation des méthodes traditionnelles, comparées aux méthodes modernes, les différences entre catégories sociales sont relativement très faibles ou nulles. Les femmes les plus éduquées et les plus riches utilisent plus les pilules et les préservatifs (10 à 14% contre 0 à 1% parmi les femmes sans instruction et les plus pauvres).

III.10 ASSISTANCE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

L'assistance pendant l'accouchement par un personnel qualifié peut réduire le risque de complication due à l'accouchement grâce à l'utilisation de procédures techniques appropriées, ainsi qu'à un diagnostic et à un traitement précis et rapides des complications. *L'assistance par un personnel qualifié* se définit comme un accouchement suivi par un médecin, une infirmière, une sage-femme ou une sage-femme auxiliaire.

Au cours de la MICS3, toutes les mères ayant eu une naissance vivante au cours des deux dernières années précédant l'enquête, ont répondu à des questions relatives aux soins prénatals, au lieu de l'accouchement et au type de personnel de santé ayant assisté lors de l'accouchement. Le tableau RH5 révèle que 53% des femmes ayant accouché au cours des deux dernières années ont été assistées par un personnel qualifié. Près de deux femmes sur cinq (39%) ont été assistées par une sage-femme ou une infirmière, 12% par une sage-femme auxiliaire et à peine 3% par un médecin.

Le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié augmente significativement selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la femme et l'indice de bien-être économique du ménage. En effet, 83% de femmes résidant en milieu urbain ont été assistées par un personnel qualifié contre 35% en milieu rural. L'âge semble avoir un effet sur la probabilité pour une femme d'être assistée par un personnel qualifié. De 60% parmi les femmes de 15-19 ans, le pourcentage ayant reçu une assistance qualifiée tombe progressivement jusqu'à 41% parmi les femmes de 45-49 ans. De même, 45% des premières ont recours aux infirmières ou sages-femmes tandis que parmi les plus âgées, seules 37 s'adressent à ce type de personnel. Les femmes les plus instruites sont relativement plus nombreuses à bénéficier de l'assistance d'un personnel qualifié: 88% de celles qui ont atteint au moins le niveau secondaire ou plus contre 59% de celles de niveau primaire et 34% de celles qui ne sont pas instruites. Ces proportions sont de 89% chez les femmes résidant dans les ménages les plus riches et 27% chez celles vivant dans les ménages plus pauvres. S'agissant du lieu d'accouchement (dans un centre de santé), la tendance et les différences entre catégories sociales sont les mêmes que celles observées par rapport au personnel d'assistance (personnel qualifié)

III.11 FREQUENTATION DE L'ECOLE PRIMAIRE

L'accès universel à l'éducation de base et la scolarisation au primaire pour tous les enfants, font partie des priorités définies par les Objectifs du Millénaire pour le développement et la campagne pour Un monde digne des enfants. L'éducation est un facteur essentiel pour lutter contre la pauvreté, renforcer les droits des femmes, protéger les enfants du travail dangereux fondé sur l'exploitation et de l'exploitation sexuelle, promouvoir les droits de l'homme et la démocratie, protéger l'environnement et agir sur l'accroissement de la population.

Le tableau ED.3 présente le taux net de scolarisation au primaire. Pour l'ensemble du pays, le taux net de scolarisation est estimé à 51%. Ce taux est nettement plus élevé chez les garçons (56%) que chez les filles (47 %). Le taux de scolarisation croît avec l'âge quel que soit le sexe, mais on observe un écart important entre garçons et filles aux âges élevés: cet écart est de 6 points à 6 ans et de 14 points à 11 ans. Tous sexes confondus, les enfants qui résident en milieu urbain sont mieux scolarisés que ceux du milieu rural ((66% contre 42%). Ce taux croît aussi avec le niveau d'instruction de la mère et l'indice de bien-être économique. Les enfants des mères les plus instruites et ceux des ménages les plus riches ont un taux net de scolarisation deux fois plus élevés que celui des enfants des mères sans instruction et ceux des ménages les plus pauvres (76 à 80% contre 31 à 39%).

Le Tableau ED.7 fournit les ratios de fréquentation des cycles primaire et secondaire par sexe et niveau d'étude. L'analyse des résultats montre qu'au primaire, il existe une certaine inégalité entre filles et garçons. En effet, avec un indice de parité de 0,84 au primaire (c'est-à-dire, 84 filles pour 100 garçons), les filles ont moins de chance d'aller à l'école que les garçons. Cette discrimination est plus accentuée en milieu rural (0,71) qu'en milieu urbain (0,97) où les filles ne semblent pas être défavorisées en matière de scolarisation. Les résultats permettent d'affirmer que le niveau d'instruction de la mère favorise la parité et contribue ainsi à réduire la discrimination entre filles et garçons. La discrimination en défaveur des filles est nettement plus élevée quand la mère de l'enfant n'est pas instruite : l'indice de parité passe de 0,70 dans ce groupe d'enfants à 0,85 et 1,00 respectivement quand la mère a le niveau primaire et secondaire ou plus), montrant ainsi que les filles et les garçons ont les mêmes opportunités de scolarisation lorsque leurs mères ont le niveau secondaire ou plus. Par rapport au niveau de bien être, les inégalités de scolarisation entre filles et garçons sont plus prononcées dans les ménages des plus pauvres que les ménages les plus riches : l'indice de parité est de 0,59 chez les plus pauvres et de 0,97 chez les plus riches).

Au secondaire aussi, les inégalités de scolarisation sont variables selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la mère et le bien être du ménage. Selon le milieu de résidence, les filles qui vivent dans les zones rurales ont beaucoup moins de chance que les garçons d'aller à l'école contrairement à celles qui vivent dans les zones urbaines : l'indice de parité est de 0,30 pour les enfants des ruraux et 0,80 pour les enfants des citadins. Par rapport au niveau d'instruction de la mère, les inégalités de scolarisation sont plus accentuées quand la mère est sans niveau d'instruction que quand elle en a (l'indice est de 0,53 contre plus de 0,73). Quel que soit le niveau de vie du ménage, les filles sont victimes de discrimination, même si les inégalités en leur défaveur sont plus marquées dans les ménages les plus pauvres et les ménages pauvres (avec un indice de parité de 0,32 et 0,25 respectivement) que dans les ménages riches et les plus riches au sein desquels l'indice de parité dépasse 0,84.

III.12 ENREGISTREMENT DES NAISSANCES

La Convention relative aux droits de l'enfant dispose que chaque enfant a le droit à un nom, une nationalité ainsi qu'à l'enregistrement à l'état civil. Au cours de la MICS3, des questions ont été posées aux mères ou aux tuteurs des enfants pour savoir si ces derniers ont été enregistrés ou non à l'état civil. Au cas où l'enfant n'a pas été enregistré, on demande les raisons qui ont motivé la non-déclaration.

Le tableau CP1 présente les résultats concernant les enfants de moins de cinq ans selon que la naissance a été enregistrée ou non et les raisons avancées pour ce non enregistrement. Au niveau national, seulement 49% des enfants de moins de cinq ans ont été enregistrés à l'état civil. Dans la pratique de l'enregistrement des naissances, il n'existe aucune variation significative liée au sexe de l'enfant (51% chez les garçons et 48% chez les filles). Par contre, 72% des enfants résidant en milieu urbain sont enregistrés contre seulement 36% en milieu rural, soit une proportion deux fois plus faible. Des disparités similaires sont aussi observées par rapport au niveau d'instruction de la mère : le taux d'enregistrement est plus faible chez les enfants issus de mères sans instruction (34%) que chez ceux de mères ayant un niveau primaire (55%) ou secondaire ou plus (78%). Par rapport à l'indice de bien-être économique, les enfants qui vivent dans les ménages les plus pauvres et les ménages pauvres sont défavorisés par rapport aux ménages riches et aux ménages les plus riches (respectivement 23% et 36% contre respectivement 64% et 83%).

Pour les naissances non enregistrées, le coût reste la raison la plus couramment avancée (48% des cas). Parmi les raisons précisées, suivent l'éloignement (11%), surtout pour les ménages qui résident en milieu rural (12% contre 4% en milieu urbain) et le risque de payer une amende (9%). Près de trois ménages sur dix (29%) ont donné d'autres raisons non spécifiées.

III.13 MARIAGE PRECOCE ET POLYGAMIE

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

Le Tableau CP.5 fournit le pourcentage de femmes mariées par âge. Il ressort de ce tableau que le mariage est assez répandu chez les femmes de 15-49 ans : près six sur dix (59%) sont mariées ou en union, même au sein des femmes les plus jeunes. Le mariage est plus répandu en milieu rural (66%) qu'en milieu urbain (52%), parmi les femmes sans instruction (69%) que parmi celles de niveau secondaire ou plus (50%) et parmi les plus pauvres (deux tiers des femmes) que parmi les plus riches (47%).

Parmi ces femmes mariées, une sur cinq l'a été avant l'âge de 15 ans. La classe d'âges la plus vieille semble la moins touchée par le mariage précoce que les autres : seulement 16% des femmes de 45-49 ans se sont mariées avant 15 ans tandis que ce pourcentage se situe à 21-22% pour les 15-29 ans. Cette proportion est relativement plus élevée en milieu rural (22%) qu'en milieu urbain (18%). Comparées aux femmes qui ont le niveau secondaire ou plus, celles qui n'ont aucune instruction sont relativement plus nombreuses à contracter mariage avant l'âge de 15 ans (24% contre 14%). Par rapport au niveau de bien être, les femmes qui vivent dans les ménages les plus pauvres et les ménages pauvres sont les plus nombreuses à se marier avant 15 ans comparativement à celles qui vivent dans les ménages les plus riches (respectivement 23% et 25% contre 16%).

Plus de la moitié des femmes de 15-49 ans (57%) déclarent aussi avoir contracté leur union avant l'âge de 18 ans. Cette proportion est plus élevée en milieu rural (60%) qu'en milieu urbain (53%). Par rapport au niveau d'instruction la proportion est plus élevée chez celles sans instruction (59%) ou de niveau primaire (58%) que celles de niveau secondaire ou plus (48%). La proportion des femmes qui ont contracté leur premier mariage avant l'âge de 18 ans est plus faible dans les ménages les plus riches (50%) que celles des autres ménages (plus de 57%).

Plus d'une femme sur quatre (27%) est en union polygamique. Cette situation ne varie presque pas selon le milieu de résidence ou le niveau d'instruction. En revanche, la proportion des femmes en union polygamique est plus élevée chez les femmes de 45-49 ans que chez celles de 15-19 ans (28% contre 20%) et dans les ménages les plus riches (29%) que dans les ménages les plus pauvres (21%),

III.14 CONNAISSANCES SUR LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA ET UTILISATION DE PRESERVATIFS

La connaissance du mode de transmission du VIH et des stratégies de prévention constitue une condition décisive de la réduction du taux de prévalence du VIH. La production des

indicateurs fiables sur la connaissance du VIH constitue le premier jalon de la sensibilisation des jeunes et de la mise à leur disposition des outils de protection contre l'infection.

Le Tableau HA.3 indique que 56% des femmes de 15 à 49 ans connaissent deux méthodes de prévention de la transmission du VIH, notamment 'avoir un seul partenaire sexuel non infecté qui n'a aucun autre partenaire' et 'utiliser le préservatif lors de chaque rapport sexuel occasionnel'. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain (64%) qu'en milieu rural (50%). Selon le niveau d'instruction, on constate que le pourcentage des femmes connaissant deux méthodes de transmission du VIH/SIDA augmente au fur et à mesure que le niveau d'instruction s'élève (44% chez les femmes sans niveau, 61% chez les celles qui ont le niveau primaire et 71% chez celles qui ont le niveau secondaire ou plus). Cette tendance est également observée selon le niveau de bien-être économique des ménages (42% pour les femmes de ménages les plus pauvres contre 67% chez celles vivant dans les ménages les plus riches).

Par rapport aux conceptions erronées, un peu plus d'une femme sur cinq (22%) a identifiée les trois fausses idées sur la transmission du VIH/SIDA (transmission du virus du Sida par la 'sorcellerie ou par des moyens surnaturels', transmission par 'piqûres de moustique' et 'personne paraissant en bon état ayant le Sida'). Les femmes du milieu urbain sont relativement plus nombreuses à identifier ces trois conceptions erronées que celles du milieu rural ((28% contre 17%). De même, les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus sont relativement plus nombreuses à déceler les idées erronées sur la transmission du VIH/SIDA que celles de niveau primaire et celles qui n'ont pas d'instruction (respectivement 37%, 22% et 15%). S'agissant du niveau de bien-être économique, le pourcentage des femmes qui ont bien identifié les trois conceptions erronées est élevé dans les ménages les plus riches que dans les ménages les plus pauvres ((31% contre 15%).

Pour l'ensemble du pays, à peine 17% des femmes ont une connaissance exhaustive de la transmission du VIH/SIDA, c'est-à-dire la connaissance exhaustive des deux méthodes de prévention du VIH et des trois idées erronées. Cette connaissance exhaustive varie selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le statut de bien-être économique. Le niveau de connaissance exhaustive est meilleur dans les zones urbaines que dans les zones rurales ((21% contre 13%). De même, ce pourcentage est plus élevé chez les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus que chez celles de niveau primaire et celles qui n'ont pas d'instruction (respectivement 28%, 17% et 12%).

La proportion de jeunes de 15 à 24 ans qui connaissent deux méthodes de prévention de la transmission du VIH, rejettent les idées fausses et savent qu'une personne bien portante peut être porteuse du virus constitue un indicateur clé qui permet d'évaluer la réponse d'un pays face à la pandémie. Aussi, le niveau très bas de cet indicateur dans le pays doit-il constituer une source de préoccupation pour les responsables de la santé publique nationale. En effet, moins d'une jeune femme sur cinq (seulement 17%) a une connaissance exhaustive et exacte du VIH. Même si cette connaissance est fortement liée au niveau d'études, au milieu de résidence et au niveau de richesse, les pourcentages observés dans les catégories privilégiées restent encore très faibles et n'atteignent guère 30% des jeunes femmes.

III.16 FREQUENTATION SCOLAIRE DES ENFANTS ORPHELINS ET VULNERABLES

Plus l'épidémie du VIH progresse, plus le nombre d'enfants rendus orphelins et vulnérables par le VIH et le SIDA augmente. Les orphelins ou les enfants confiés sont plus vulnérables à la négligence et à l'exploitation. Le suivi des résultats scolaires chez les

orphelins de père et de mère par rapport à ceux dont les parents sont en vie ou qui vivent avec l'un des deux permet de vérifier que les droits de l'enfant sont respectés même après le décès des parents ou leur incapacité à subvenir aux besoins de leurs enfants.

Le tableau HA.12 donne des indications sur tous les enfants orphelins de père et de mère. Au niveau national, 3% des enfants de 10 à 14 ans sont orphelins des deux parents dont 61% seulement fréquentent un établissement scolaire. Par contre, parmi les 69% d'enfants dont les deux parents sont en vie, cette proportion est de 68%. Le ratio de fréquentation scolaire des enfants orphelins de deux parents par rapport à la fréquentation des enfants vivant avec leurs deux parents biologiques en vie révèle que les orphelins sont défavorisés en termes de scolarisation (ratio de 0,89, soit 89 orphelins scolarisés pour 100 non - orphelins). Les inégalités sont plus accentuées en milieu rural que dans les centres urbains (le ratio est de 0,79 contre 0,92 respectivement). Alors que les garçons orphelins sont défavorisés, au contraire, les filles orphelines sont avantagées : le ratio est 0,89% pour les premiers et de 1,08 pour les dernières. Par rapport au bien-être économique, les orphelins dans les ménages les plus pauvres sont plus discriminés que ceux dans les ménages les plus riches (le ratio est de 0,40 contre 0,98).

La situation spécifique des orphelins est globalement similaire à celle des enfants orphelins ou vulnérables (EOV), en termes de discrimination par rapport aux non-orphelins ou non vulnérables (non-EOV). En effet, le ratio de fréquentation scolaire entre les deux catégories est presque le même (1,03). Les disparités entre milieux sont toujours présentes en défaveur du milieu rural (le ratio est de 0,82 contre 0,96). Par rapport au sexe les disparités sont variables : alors que les filles EOV bénéficient d'un traitement égal, les garçons EOV sont discriminés même si l'ampleur n'est pas aussi prononcée (le ratio est de 1,00 pour les filles et 0,94 pour les garçons). Par contre, les enfants EOV vivant des ménages les plus pauvres sont plus défavorisés que ceux des ménages les plus riches : le ratio est de 0,77 contre 0,97.

III.17 VIOLENCE DOMESTIQUE

L'enquête MICS3 a permis de saisir certains aspects de l'ampleur de la violence domestique ou violence perpétrée par les hommes sur leurs conjointes. Dans la déclaration relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes, les Nations Unies définissent la violence domestique comme *"tous actes dirigés contre les femmes et causant ou pouvant causer un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles et psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte et la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée"*.

VIOLENCE PHYSIQUE

Pour appréhender la violence physique, des questions ont été posées aux femmes sur le dernier partenaire concernant les actes suivants:

- Il vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous;
- Il vous gifle ou tord votre bras;
- Il vous crache dans la figure;
- Il vous frappe à coup de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser;
- Il vous donne des coups de pied ou vous traîne à terre;
- Il essaye de vous étrangler ou de vous brûler;
- Il vous menace ou vous attaque avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme.

Les résultats de l'enquête montrent qu'environ une femme sur cinq (18%) a affirmé avoir subi au moins une forme quelconque de violence physique au cours des douze derniers mois précédents l'enquête (tableau VD.3). Celles-ci affirment dans la plupart des cas avoir été giflées ou avoir eu le bras tordu (14%) ou bousculées, secouées ou lapidées avec des objets (10%). Environ 6% des femmes ont affirmé avoir été frappées à coup de poings ou avec quelque chose qui pouvait les blesser.

L'ampleur de la violence physique varie avec le milieu de résidence, l'âge de la femme, le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique du ménage. Dans les zones urbaines, 22% des femmes ont affirmé avoir subi une violence physique contre 14% dans les zones rurales. Cette pratique diminue avec l'âge de la femme avec une fréquence moins élevée chez les femmes de 45-49 ans (10% contre plus de 21% parmi les femmes de 15-24 ans). Les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus sont plus exposées à la violence physique que celles de niveau primaire et celles qui ne sont pas instruites (respectivement (27%, 19% et 13%). On note de même que la violence physique est davantage localisée dans les ménages les plus riches que dans les ménages les plus pauvres ((23% contre 14%).

Le tableau VD.4 montre que parmi les victimes des sévices physiques au cours des 12 derniers mois, 8% affirment avoir eu des dommages physiques. Environ 6% ont eu des hématomes et meurtrissures, 5% une blessure, une fracture ou une entorse et 3% ont été consultées par un médecin ou se sont rendues dans une formation sanitaire pour cause de sévices physiques.

VIOLENCE SEXUELLE

La violence sexuelle concerne les femmes qui ont été forcées physiquement à avoir des rapports sexuels au cours des douze derniers mois ou qui ont été obligées à pratiquer d'autres types d'actes sexuels. Le tableau VD.5 montre que 12% des femmes enquêtées ont été victimes de violence sexuelle. 7% de ces femmes ont été forcées par leurs maris/partenaires à avoir des rapports sexuels et 3% ont été obligées à pratiquer d'autres actes sexuels contre leur gré.

Les femmes des zones urbaines sont plus fréquemment victimes d'actes de violence sexuelle que celles des zones rurales ((14% contre 10%). La violence sexuelle baisse avec l'âge : plus d'une femme de 15-34 ans sur dix est victime de violence sexuelle alors qu'à peine 4% des femmes de 45-49 ans en sont victimes. Comme pour les violences physiques, les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus sont plus exposées que celles ayant un niveau primaire et celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (respectivement 17%, 12% et 9%). De même, les femmes qui vivent dans les ménages les plus nantis sont relativement plus nombreuses à subir une violence sexuelle que celles des ménages les plus pauvres (14% contre 9%).

VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE

Les femmes victimes de violence psychologique ou émotionnelle sont celles dont les maris/partenaires ont perpétré à leur encontre les actes suivants:

- Il est jaloux ou en colère si vous parlez à d'autres hommes;
- Il vous accuse d'être souvent infidèle;
- Il ne vous permet pas de rencontrer des amies de sexe féminin;
- Il essaye de limiter vos contacts avec la famille d'origine;
- Il insiste pour savoir où vous êtes à tout moment;

- Il ne vous fait pas confiance en ce qui concerne l'argent;
- Il vous dit quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes;
- Il vous menace méchamment, vous-même ou quelqu'un proche de vous.

Au niveau national quatre femmes sur cinq (81%) ont subi une violence psychologique. En générale les violences émotionnelles résultent de la jalousie de la part du conjoint. On note par ordre de priorité 'la jalousie ou la colère du conjoint si la femme parle à d'autres hommes' (60%), 'le mari insiste pour savoir où la femme se trouve à tout moment' (56%), 'le manque de confiance en ce qui concerne la gestion de l'argent' (41%), 'les accusations pour cause d'infidélité' (38%) et 'l'interdiction de rencontrer des amies de sexe féminin' (33%).

Le pourcentage des femmes victimes de violence psychologique est plus élevé dans les zones urbaines que dans les zones rurales (87% contre 77%). On note également que les jeunes femmes sont plus exposées que celles d'âges avancés : 72% des femmes de 45-49 ans contre 83 à 85% des femmes de 15-29 ans. La prévalence de la violence psychologique augmente avec le niveau d'instruction de la femme : elle passe de 76% pour les femmes sans instruction à 83% pour celles qui ont un niveau primaire et à 89% pour celles qui ont un niveau secondaire ou plus. Concernant le niveau de bien être économique, les résultats sont presque identiques : les femmes qui vivent dans les ménages les plus riches sont plus touchées que celles qui vivent dans les ménages les plus pauvres ((87% contre 77%).

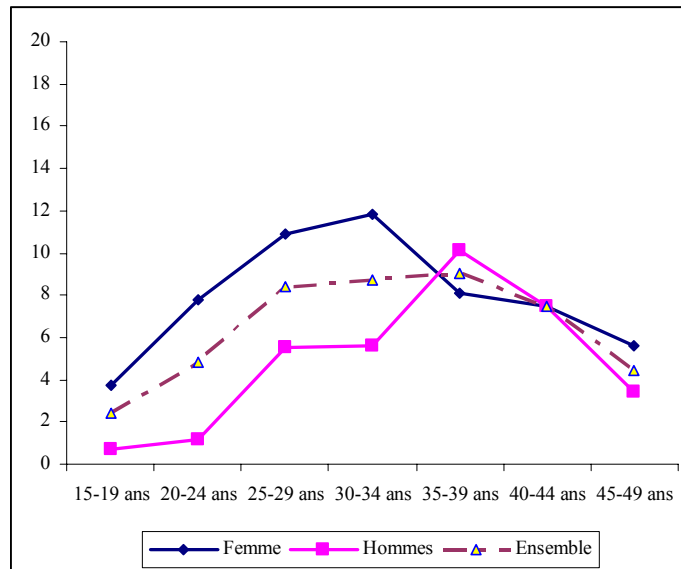
III.18 SEROPREVALENCE DU VIH

Les cas de VIH positif renvoient uniquement à ceux qui sont infectés par le VIH-1 (y compris ceux qui sont infectés aux VIH-1 et VIH-2; sont excluent ceux qui sont uniquement infectés par le VIH-2).

Avec un taux de prévalence de 6,2% auprès des personnes de 15-49 ans, au niveau national, l'infection est de type généralisé. Cette prévalence cache d'importantes disparités selon le sexe, l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique. Les femmes sont plus vulnérables à cette infection que les hommes ((7,8% contre 4,3% des hommes). La prévalence est deux fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (respectivement 8,3% et 4,7%). Ces résultats confirment que l'infection à VIH a un visage urbain. En effet, non seulement la prévalence est plus élevée en milieu urbain, mais c'est aussi dans ce milieu que l'écart entre sexes est plus prononcé (11,1% des femmes sont infectées contre 5,1% des hommes) alors que cet écart est faible en milieu rural (5,4% des femmes sont infectées contre 3,8% des hommes).

La prévalence du VIH varie considérablement avec l'âge mais quel que soit l'âge, les femmes sont plus touchées par cette pandémie. On estime à 3,7% la proportion de femmes de 15-19 ans séropositives contre 0,7% d'hommes. Même à 20-24 ans, le taux de prévalence est plus élevé chez les femmes que chez les hommes ((7,8% contre 1,2%). On note par ailleurs que l'épidémie est plus concentrée chez les femmes de 25-34 ans (11,0 à 12,0%) et les hommes de 35-49 ans (7,5 à 10,1%).

Graphique: Prévalence du VIH par âge et sexe



Il est aussi intéressant de noter que globalement, les risques d'infection à VIH semblent augmenter avec le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique. La prévalence passe de 4,6% parmi les personnes sans instruction à 9,4% parmi les personnes de niveau d'instruction supérieur. De même, elle passe de 4,1% parmi les membres des ménages les plus pauvres à 8,0% parmi les membres des ménages les plus riches, soit deux fois plus.

Les résultats indiquent paradoxalement que l'épidémie est plus répandue chez les femmes ayant le niveau secondaire que chez celles ayant le niveau supérieur (respectivement 13,0% et 8,6%) tandis que chez les hommes, c'est l'inverse que l'on observe (10,4% et 5,5%). On note aussi deux fois plus de femmes séropositives dans les ménages les plus riches que dans les ménages les plus pauvres ((10,9% contre 4,7%) tandis que chez les hommes l'écart entre catégories socio-économiques est relativement faible (4,9% contre 3,4%).

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

	Milieu		Total
	Urbain	Rural	
Ménages Sélectionnés	3695	8246	11941
Ménages Occupés	3695	8245	11940
Ménages Enquêtés	3642	8081	11723
Taux de réponse des ménages	98.6	98.0	98.2
Femmes Eligibles	4642	7794	12436
Femmes Enquêtées	4249	7343	11592
Taux de réponse des femmes	91.5	94.2	93.2
Enfants Eligibles	3156	6664	9820
Enfants enquêtés	3049	6536	9585
Taux de réponse des enfants	96.6	98.1	97.6
Hommes Eligibles	2178	3912	6090
Hommes enquêtés	1829	3621	5450
Taux de réponse des hommes	84.0	92.6	89.5

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

**Tableau CM,1: Quotient de mortalité infantile et infanto-juvénile selon les caractéristiques démographiques,
RCA, 2006**

		Quotient de mortalité infantile*	Quotient de mortalité infanto- juvénile**
Sexe	Garçon	109	175
	Fille	102	176
Milieu	Urbain	79	126
	Rural	119	199
Instruction de la mere	Sans niveau	112	187
	Primare	110	183
	Secondaire & +	69	107
Quintile de bien-être économique	Plus pauvre	132	223
	Pauvre	121	203
	Moyen	109	181
	Riche	83	134
	Plus riche	71	112
Total	Total	106	176

* MICS indicateur 2; OMD indicateur 14

** MICS indicateur 1; OMD indicateur 13

Tableau NU.1: Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui sont sévèrement ou modérément malnutris, RCA, 2006

		Poids pour âge:		Taille pour âge:		Poids pour taille:			Nombre d'enfants
		% dessous -2 SD	% dessous -3 SD*	% dessous - 2 SD	% dessous - 3 SD**	% dessous -2 SD	% dessous -3 SD***	% dessus +2 SD	
Sexe	Masculin	30,5	9,1	39,8	20,7	11,4	2,6	4,7	3053
	Féminin	26,0	7,1	35,0	16,7	9,0	2,0	4,8	2820
Milieu de résidence	Urbain	26,1	6,9	32,6	14,5	11,3	2,7	4,4	2582
	Rural	30,1	9,1	41,4	22,1	9,4	2,0	5,0	3291
Age	< 6 mois	4,6	1,2	8,8	2,5	4,9	2,2	13,7	735
	6-11 mois	21,9	5,8	19,7	7,2	13,8	3,6	6,1	720
	12-23 mois	36,8	9,8	43,9	18,8	15,5	3,3	4,1	1295
	24-35 mois	33,6	12,8	43,9	22,3	9,8	1,3	2,0	1112
	36-47 mois	33,5	8,8	46,3	28,2	9,1	1,9	2,5	1108
Niveau d'instruction de la mère	48-59 mois	27,8	6,7	47,2	24,9	6,2	1,6	3,4	904
	Sans niveau	31,9	9,6	40,9	23,0	10,6	2,2	5,0	2066
	Primaire	27,1	7,8	37,6	18,3	9,5	2,1	4,4	2681
	Secondaire et +	24,8	5,9	30,7	11,9	11,5	2,9	4,6	1093
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	31,8	10,5	43,7	23,4	11,2	2,3	7,3	938
	Pauvre	29,9	8,2	38,0	19,6	8,2	2,2	4,5	1140
	Moyen	29,5	10,0	43,3	22,5	10,4	2,2	4,0	1291
	Riche	29,4	7,2	39,0	19,5	10,7	2,4	4,3	1280
Ensemble	Le plus riche	21,8	5,2	24,6	9,6	10,9	2,4	4,2	1224
		28,3	8,1	37,5	18,7	10,2	2,3	4,7	5873

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

* MICS indicateur 6; OMD indicateur 4

** MICS indicateur 7

*** MICS indicateur 8

Tableau NU.3: Allaitement maternel
Pourcentage d'enfants vivants selon le statut d'allaitement à différents groupes d'âge, RCA, 2006

		Enfants de 0-3 mois		Enfants de 0-5 mois		Enfants de 6-9 mois		Enfants de 12-15 mois		Enfants de 20-23 mois	
		Pourcentage, allaitement maternel exclusif	Nombre enfants	Pourcentage, allaitement exclusif*	Nombre enfants	Pourcentage enfants recevant le lait maternel et des aliments solides et semi-solides (purée) **	Nombre enfants	Pourcentage, allaitement maternel ***	Nombre enfants	Pourcentage, allaitement maternel***	Nombre enfants
Sexe	Masculin	28,9	417	22,7	593	51,5	362	83,1	384	45,9	234
	Féminin	32,2	407	23,5	623	59,2	335	88,9	359	48,5	213
Milieu de résidence	Urbain	31,5	280	22,2	425	51,5	262	83,8	297	29,4	177
	Rural	30,0	544	23,6	791	57,4	435	87,3	446	58,7	270
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	32,0	373	24,8	533	57,4	287	88,1	298	63,7	164
	Primaire	29,1	341	21,2	530	53,0	304	87,2	329	46,0	183
	Secondaire et +	30,9	107	24,0	150	55,1	103	76,3	116	22,3	98
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	23,0	191	19,4	283	50,4	141	87,6	149	58,4	88
	Pauvre	34,1	183	23,7	275	61,9	134	85,1	165	56,7	73
	Moyen	32,7	190	26,1	275	48,0	166	91,8	143	58,2	101
	Riche	31,7	145	24,3	211	59,9	135	89,4	149	40,3	105
	Le plus riche	32,4	114	22,1	173	57,8	121	74,9	137	20,9	80
Ensemble		30,5	824	23,1	1216	55,2	697	85,9	743	47,1	447

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

* MICS indicateur 15

** MICS indicateur 17

*** MICS indicateur 16

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

	BCG *	DTC0q 1	DTC0q 2	DTC0q 3 ***	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3 **	Rougeole ****	Tous *****	Aucun	Nombre d'enfants de 12-23 mois
Carnet de vaccination	33,6	32,0	26,3	21,9	28,4	32,3	27,2	26,6	28,0	24,7	0,4	1844
Déclaration de la mère	40,3	31,9	32,1	32,2	25,4	48,4	38,4	20,3	34,2	7,3	11,1	1844
Carnet de vaccination/Déclaration de la mère	73,8	63,9	58,4	54,2	53,8	80,6	65,7	46,9	62,0	32,0	11,5	1844
Vacciné avant l'âge de 12 mois	71,1	59,5	54,0	46,5	53,0	75,1	60,8	40,1	50,5	16,9	11,5	1844

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

* MICS Indicateur 25

** MICS Indicateur 26

*** MICS Indicateur 27

**** MICS Indicateur 28 ; OMD Indicateur 15

***** MICS Indicateur 31

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

	HepB1	HepB2	HepB3*	Fièvre jaune**	Nombre d'enfants de 12-23 mois
Carnet de vaccination	2,0	1,0	1,1	13,9	1844
Déclaration de la mère	0,0	0,0	0,0	28,8	1844
Carnet de vaccination/Déclaration de la mère	2,1	1,1	1,1	42,7	1844
Vacciné avant l'âge de 12 mois	1,8	0,8	1,0	35,3	1844

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

* MICS Indicateur 29

** MICS Indicateur 30

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

		Pourcentage d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie a été suspecté et qui a reçu un traitement à l'antibiotique durant les 2 dernières semaines *	Nombre d'enfants de 0-59 mois chez qui un cas de pneumonie a été suspecté dans les 2 dernières semaines précédant l'enquête
Sexe	Masculin	37,9	364
	Féminin	41,2	314
Milieu de résidence	Urbain	54,7	286
	Rural	28,2	392
Âge	0-11 mois	40,6	207
	12-23 mois	42,1	160
	24-35 mois	41,8	121
	36-47 mois	38,2	101
Niveau d'instruction de la mère	48-59 mois	30,3	86
	Sans niveau	28,7	271
	Primaire	35,7	290
	Secondaire et +	74,6	114
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	22,0	150
	Pauvre	27,9	145
	Moyen	35,0	124
	Riche	45,6	139
Ensemble	Le plus riche	72,5	120
		39,4	678

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

* MICS indicateur 22

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

		Type de combustible utilisé pour la cuisine											Total	Combustible solide pour la cuisine *	Nombre de ménages	
		Electricité	Gaz propane liquifié (GPL)	Gaz naturel	Kérosène	Charbon/li gnite	Charbon de bois	Bois	Paille/ban chas/herbes	Bouse	residus agricoles	Autres				Manquant
Milieu de résidence	Urbain	0,8	0,1	0,1	0,1	0,1	4,0	94,3	0,1	0,0	0,0	0,2	0,3	100,0	98,4	4095
	Rural	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	1,2	98,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	100,0	99,4	7628
Niveau d'instruction du chef de ménage	Sans niveau	0,2	0,0	0,0	0,4	0,0	1,5	97,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	100,0	99,0	3271
	Primaire	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	1,7	97,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	100,0	99,4	5277
	Secondaire et +	0,7	0,2	0,1	0,1	0,0	3,8	94,6	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	100,0	98,6	3079
	Le plus pauvre	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	99,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	100,0	99,8	3141
Quintile de bien-être économique	Pauvre	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,7	98,7	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	100,0	99,5	2635
	Moyen	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	3,1	96,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	100,0	99,4	2344
	Riche	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	3,1	95,7	0,2	0,0	0,0	0,2	0,5	100,0	99,0	1998
	Le plus riche	2,2	0,3	0,2	0,2	0,1	6,3	90,1	0,3	0,0	0,0	0,3	0,1	100,0	96,8	1605
Ensemble		0,3	0,1	0,0	0,2	0,0	2,2	96,8	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	100,0	99,1	11723

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

* MICS indicateur 24; OMD indicateur 29

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

		Ont dormi sous une moustiquaire *	Ont dormi sous une moustiquaire traitée **	Ont dormi sous une moustiquaire non traitée	Ont dormi sous une moustiquaire mais ne sait pas si elle était traitée	Ne sait pas s'ils ont dormi sous une moustiquaire	N'ont pas dormi sous une moustiquaire	Nombre d'enfants de 0-59 mois
Sexe	Masculin	33,2	15,1	17,3	0,9	0,3	66,5	4858
	Féminin	32,9	15,1	17,1	0,6	0,2	67,0	4727
Milieu	Urbain	52,4	24,0	27,1	1,3	0,4	47,2	3552
	Rural	21,7	9,9	11,4	0,4	0,1	78,2	6033
Âge	0-11 mois	34,8	16,4	18,0	0,4	0,3	64,9	2183
	12-23 mois	38,0	18,4	19,0	0,7	0,2	61,8	1844
	24-35 mois	32,0	13,7	17,0	1,3	0,2	67,8	1814
	36-47 mois	31,9	15,4	16,1	0,4	0,1	68,0	1936
Quintile de bien-être économique	48-59 mois	28,4	11,1	16,2	1,1	0,3	71,4	1676
	Le plus pauvre	10,9	4,9	5,7	0,2	0,1	89,1	2013
	Pauvre	21,9	9,9	11,8	0,2	0,2	77,9	2045
	Moyen	29,2	15,5	12,9	0,8	0,0	70,7	2075
Riche	Riche	47,3	20,1	26,6	0,6	0,5	52,2	1855
	Le plus riche	63,7	28,2	33,3	2,3	0,4	35,8	1596
Total		33,1	15,1	17,2	0,8	0,2	66,7	9585

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

* MICS indicateur 38

** MICS indicateur 37; OMD indicateur 22

Tableau CH,12: Traitement des enfants avec des médicaments anti-paludiques
Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont souffert de la fièvre dans les 2 dernières semaines et qui ont reçu un traitement anti-paludique, RCA, 2006

		A eu la fièvre au cours des 2 dernières semaines	Nombre d'enfants de 0-59 mois	Enfant ayant eu la fièvre au cours des 2 dernières semaines et qui ont été traités avec :													Nombre d'enfants avec la fièvre pendant les 2 dernières semaines	
				Antipaludéen : SP/Fansidar	Antipaludéen : Chloroquine	Antipaludéen : Amodiaquine	Antipaludéen : Quinine	Antipaludéen : Amodiaquine et Artesunate	Antipaludéen : Artesunate	Antipaludéen : Autre antipaludéen	Tout antipaludéen approprié	Autre médicament : Paracétamol/Acetaminophen	médicament : Aspirine	médicament : Ibuprofen	médicament : Autre	Ne sait pas		Tout traitement antipaludéen approprié dans les 24 heures sur la base des symptômes *
Sexe	Masculin	22,8	4858	5,7	30,2	5,3	26,4	2,87	2,9	8,6	59,3	57,3	7,3	2,0	20,5	1,4	43,3	1107
	Féminin	20,5	4727	2,5	28,2	4,3	23,4	2,08	2,1	8,6	54,3	56,4	8,4	2,2	18,7	0,9	39,6	969
Milieu de résidence	Urbain	28,8	3552	7,3	29,7	7,7	34,0	2,51	2,5	11,2	67,6	61,9	6,6	2,2	25,2	0,8	47,7	1023
	Rural	17,4	6033	1,2	28,9	2,1	16,2	2,50	2,5	6,1	46,6	52,0	9,1	1,9	14,3	1,4	35,6	1053
Âge	0-11 mois	18,9	2183	1,3	26,0	4,0	22,2	2,02	2,0	10,6	52,6	51,7	8,9	2,1	21,7	0,8	36,6	413
	12-23 mois	27,0	1844	5,0	28,2	7,9	23,9	3,70	3,7	8,9	58,8	60,0	7,6	2,6	22,1	1,0	43,9	497
	24-35 mois	24,8	1814	6,2	32,7	2,5	28,0	2,37	2,4	7,1	61,2	61,0	9,1	1,3	16,0	0,5	45,7	450
	36-47 mois	20,3	1936	3,8	30,7	4,6	24,8	1,93	1,9	8,2	55,6	55,5	7,0	2,1	17,5	2,7	38,2	393
Niveau d'instruction de la mère	48-59 mois	17,8	1676	4,9	29,1	5,2	24,9	2,33	2,3	8,2	55,9	54,7	6,5	2,3	21,9	0,5	42,9	298
	Sans niveau	17,4	4127	3,3	29,8	2,1	17,8	2,33	2,3	6,6	50,1	51,1	9,7	1,7	14,9	1,3	35,4	719
	Primaire	22,4	4007	2,9	26,9	2,9	25,2	1,63	1,6	8,7	54,6	57,3	8,2	1,9	17,8	0,7	41,1	896
	Secondaire et +	32,2	1409	8,4	32,9	13,1	36,1	4,53	4,5	11,5	72,5	65,1	4,3	3,1	30,8	1,7	52,1	454
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	19,9	2013	1,3	22,7	1,9	12,3	1,70	1,7	5,1	38,3	44,4	9,7	2,0	10,8	0,9	26,0	401
	Pauvre	17,0	2045	1,2	26,7	0,9	16,3	3,73	3,7	4,5	44,7	53,7	9,7	0,6	18,5	0,5	32,6	347
	Moyen	19,9	2075	3,4	30,9	1,2	23,3	1,25	1,2	10,3	57,2	57,9	8,3	2,0	16,4	2,6	45,1	413
	Riche	27,2	1855	7,9	35,5	6,4	30,3	1,80	1,8	12,3	66,9	62,3	6,7	1,5	26,5	1,3	48,5	505
Ensemble	Le plus riche	25,7	1596	6,0	28,5	12,7	39,6	4,37	4,4	9,3	73,3	63,9	5,4	4,2	24,2	0,1	52,4	410
		21,7	9585	4,2	29,3	4,8	25,0	2,50	2,5	8,6	57,0	56,9	7,8	2,1	19,7	1,1	41,6	2076

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

*MICS indicateur 39; OMD indicateur 22

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

		Source principale de l'eau à boire															Total	Source améliorée d'approvisionnement en eau *	Nombre de membres du ménage
		Source améliorée								Source non améliorée									
		Eau de robinet dans le logement	Dans la cours/parcelle	Robinet public/borne fontaine	Puits a pompe/forage	Puits protégé	Source protégée	Eau de pluie	Eau en bouteille	Puits non protégé	Source non protégée	Camion citerne	Charrette avec petite citerne/tonneau	Eau de surface	Autre	Manquant			
Milieu	Urbain	3,0	2,4	51,2	9,3	19,0	3,4	0,1	0,0	6,7	3,9	0,1	0,0	0,7	0,0	0,0	100,0	88,5	22510
	Rural	0,0	0,1	5,0	27,4	6,8	7,4	0,0	0,0	9,2	36,9	0,0	0,2	6,7	0,2	0,1	100,0	46,8	31874
Niveau d'instruction du chef de ménage	Sans niveau	0,3	0,7	18,2	23,7	8,2	6,2	0,0	0,0	8,5	28,5	0,2	0,3	5,1	0,1	0,0	100,0	57,3	13072
	Primaire	0,4	0,6	15,9	20,7	12,3	6,8	0,1	0,0	9,4	28,2	0,0	0,1	5,4	0,1	0,0	100,0	56,7	23641
	Secondaire & +	3,1	1,8	40,0	16,1	14,1	3,8	0,1	0,0	6,3	12,3	0,0	0,0	2,1	0,1	0,0	100,0	79,1	17233
Quintile de bien-etre économique	Le plus pauvre	0,0	0,0	1,3	30,2	3,9	6,2	0,0	0,0	10,7	38,4	0,0	0,4	8,9	0,1	0,0	100,0	41,5	10877
	Pauvre	0,0	0,0	5,7	23,6	8,7	7,3	0,0	0,0	10,3	38,5	0,0	0,0	5,6	0,3	0,0	100,0	45,4	10876
	Moyen	0,0	0,1	18,1	23,4	13,9	7,4	0,1	0,0	9,5	23,0	0,0	0,1	4,2	0,1	0,1	100,0	62,9	10874
	Riche	0,1	0,4	38,6	15,0	17,7	5,5	0,1	0,0	8,3	12,1	0,3	0,0	1,8	0,0	0,1	100,0	77,4	10883
	Le plus riche	6,1	4,7	56,8	7,5	15,1	2,5	0,1	0,0	2,2	4,1	0,0	0,0	0,7	0,1	0,0	100,0	92,9	10875
Total		1,3	1,0	24,1	19,9	11,9	5,8	0,1	0,0	8,2	23,2	0,1	0,1	4,2	0,1	0,0	100,0	64,0	54384

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

* MICS indicateur 11; OMD indicateur 30

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

		Type de toilettes utilisées par le ménage														Total	Pourcentage de la population utilisant des installations sanitaires d'évacuation des excréments humains *	Nombre de membres du ménage
		Installations sanitaires améliorées							Installations sanitaires non améliorées									
		Chasse branchée à l'égout	Chasse branchée à fosse septique	Chasse branchée à latrines	Latrines améliorées auto aérées (LAA)	Latrines couvertes	Toilettes à compostage	Chasse branchée à autre chose	Chasse branchée à endroit inconnu	Latrines à fosses/trou ouvert	Seaux/tinettes	Toilettes suspendues/latrines suspendues	Pas de toilettes ou brousse ou champ	Autres	Manquant			
Milieu de résidence	Urbain	0,7	2,4	0,8	7,2	54,8	0,0	0,1	0,0	28,7	0,0	0,3	4,5	0,5	0,0	100,0	65,8	22510
	Rural	0,0	0,1	0,0	1,6	41,4	0,0	0,0	0,0	21,1	0,0	0,3	34,9	0,6	0,0	100,0	43,1	31874
Niveau d'instruction du chef de ménage	Sans niveau	0,0	0,4	0,4	1,7	43,8	0,0	0,1	0,0	20,5	0,0	0,3	32,2	0,5	0,0	100,0	46,3	13072
	Primaire	0,0	0,2	0,2	2,7	44,6	0,0	0,1	0,0	24,6	0,0	0,3	26,5	0,6	0,0	100,0	47,8	23641
	Secondaire & +	0,8	2,6	0,6	7,3	51,7	0,0	0,1	0,0	26,8	0,0	0,2	9,4	0,5	0,0	100,0	62,9	17233
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	0,0	0,0	0,0	0,4	19,6	0,0	0,1	0,0	16,2	0,0	0,9	62,0	0,7	0,1	100,0	20,0	10877
	Pauvre	0,0	0,0	0,0	1,4	40,7	0,0	0,2	0,0	26,0	0,0	0,0	31,0	0,6	0,1	100,0	42,1	10876
	Moyen	0,0	0,2	0,0	2,8	54,3	0,0	0,1	0,0	28,3	0,0	0,1	13,6	0,7	0,0	100,0	57,3	10874
	Riche	0,1	0,4	0,5	5,3	62,1	0,1	0,1	0,0	26,9	0,0	0,3	4,0	0,3	0,0	100,0	68,5	10883
	Le plus riche	1,3	4,5	1,2	9,6	58,0	0,0	0,0	0,0	23,9	0,0	0,1	0,9	0,4	0,0	100,0	74,7	10875
Total		0,3	1,0	0,3	3,9	46,9	0,0	0,1	0,0	24,3	0,0	0,3	22,3	0,5	0,0	100,0	52,5	54384

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

* MICS Indicateur 12; OMD Indicateur 31

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

		Pourcentage de femmes (actuellement mariées ou en union) utilisant :													Ensemble	Toute méthode moderne	Toute méthode traditionnelle	Toute méthode *	Nombre de femmes actuellement mariées ou en union
		N'utilise aucune méthode	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pillule	DIU (Stérilet)	Injections	Implants	Préservatif	Diaphragme	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)	Abstinence périodique	Retrait	Autre					
Milieu	Urbain	71,6	0,6	0,2	9,0	0,1	0,4	0,0	7,1	0,1	2,1	8,0	0,4	0,5	100,0	17,5	11,0	28,4	3722
	Rural	87,4	0,1	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	3,0	5,9	0,5	0,7	100,0	2,5	10,1	12,6	5438
Âge	15-19	80,7	0,4	0,0	2,1	0,1	0,1	0,0	6,7	0,0	2,9	6,1	0,4	0,6	100,0	9,3	10,0	19,3	1522
	20-24	77,0	0,5	0,1	4,4	0,0	0,3	0,0	5,0	0,0	3,5	8,3	0,4	0,6	100,0	10,3	12,7	23,0	2055
	25-29	78,6	0,1	0,1	5,3	0,0	0,0	0,0	4,0	0,1	3,1	7,5	0,2	0,9	100,0	9,7	11,7	21,4	1888
	30-34	80,6	0,2	0,4	5,8	0,1	0,1	0,0	2,1	0,0	2,2	7,0	0,6	0,8	100,0	8,8	10,6	19,4	1286
	35-39	84,5	0,0	0,0	5,1	0,0	0,4	0,0	0,8	0,0	2,2	6,1	0,4	0,5	100,0	6,2	9,3	15,5	1023
	40-44	84,7	0,3	0,0	5,1	0,0	0,3	0,2	0,3	0,0	1,1	6,0	1,1	0,9	100,0	6,2	9,1	15,3	819
	45-49	93,5	0,0	0,0	1,8	0,5	0,2	0,0	0,6	0,3	0,5	2,4	0,2	0,1	100,0	3,4	3,1	6,5	568
	Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	90,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,1	0,0	0,5	0,0	2,9	4,4	0,4	0,5	100,0	1,8	8,2	10,0
Primaire		80,3	0,1	0,1	4,1	0,0	0,2	0,0	2,8	0,1	2,8	8,2	0,7	0,7	100,0	7,4	12,3	19,7	3666
Secondaire & +		59,1	1,4	0,3	13,7	0,3	0,3	0,0	13,3	0,1	1,2	9,4	0,0	1,0	100,0	29,3	11,6	40,9	1508
Quintile de bien-etre économique	Le plus pauvre	91,6	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	2,4	3,9	0,8	0,7	100,0	0,5	7,9	8,4	1790
	Pauvre	87,4	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	3,1	6,5	0,2	0,5	100,0	2,4	10,2	12,6	1852
	Moyen	83,6	0,0	0,0	2,6	0,1	0,1	0,0	1,8	0,0	3,4	7,6	0,2	0,6	100,0	4,7	11,7	16,4	1884
	Riche	77,8	0,7	0,3	6,3	0,0	0,1	0,0	4,5	0,0	2,3	6,8	0,7	0,5	100,0	12,0	10,2	22,2	1809
Ensemble	Le plus riche	64,5	0,6	0,2	11,1	0,2	0,6	0,1	10,3	0,2	1,8	8,8	0,3	1,1	100,0	23,4	12,1	35,5	1823
		81,0	0,3	0,1	4,4	0,1	0,2	0,0	3,5	0,0	2,6	6,8	0,4	0,7	100,0	8,6	10,5	19,0	9160

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

* MICS indicateur 21; OMD indicateur 19C

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

		Personne ayant assisté à l'accouchement								Total	Tout personnel qualifié *	Accouchement dans un centre de santé **	Nombre de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête
		Médecin	Infirmière /Sage-femme	Sage-femme auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Agent de santé/communautaire	Parente/Amie	Autre	Pas d'assistance				
Milieu	Urbain	5,2	65,3	12,1	4,7	2,4	5,8	2,3	2,1	100,0	82,6	75,3	1593
	Rural	,7	22,2	12,1	25,6	6,0	21,9	5,7	5,8	100,0	35,0	35,6	2533
Âge	15-19	2,8	44,8	12,4	16,9	3,8	14,4	3,3	1,5	100,0	60,0	55,8	834
	20-24	2,3	41,9	13,4	15,0	3,9	15,6	3,8	4,1	100,0	57,6	55,2	1213
	25-29	2,2	37,6	12,5	17,7	5,6	14,2	5,2	5,0	100,0	52,3	48,8	937
	30-34	4,2	32,7	10,2	19,8	4,8	16,4	5,6	6,4	100,0	47,1	45,2	579
	35-39	1,3	32,5	8,6	19,1	6,7	21,8	4,1	6,0	100,0	42,3	44,7	358
	40-44	,4	29,7	13,5	27,2	2,8	15,1	4,1	7,2	100,0	43,7	43,7	172
	45-49	,0	37,3	4,0	21,7	2,6	20,0	11,5	2,9	100,0	41,4	42,1	32
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	,9	22,3	10,4	24,5	5,2	23,4	5,7	7,5	100,0	33,6	33,1	1665
	Primaire	2,5	42,2	14,5	16,7	4,6	13,3	3,6	2,6	100,0	59,2	55,7	1806
	Secondaire & +	5,6	72,9	9,8	1,9	2,9	2,7	2,9	1,3	100,0	88,3	83,3	639
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	,5	17,5	8,8	28,4	5,1	26,2	5,5	8,0	100,0	26,8	26,0	862
	Pauvre	1,0	26,2	10,8	26,6	5,3	20,3	4,5	5,3	100,0	38,0	38,6	874
	Moyen	3,8	33,0	15,5	17,5	5,5	14,8	5,3	4,5	100,0	52,3	48,4	890
	Riche	2,6	50,6	15,7	9,1	4,8	11,2	3,6	2,4	100,0	68,9	65,9	785
	Le plus riche	4,9	74,6	9,3	2,9	1,7	3,3	2,6	,8	100,0	88,7	83,0	714
Total		2,5	38,9	12,1	17,6	4,6	15,7	4,4	4,4	100,0	53,4	51,0	4126

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

* MICS indicateur 4; OMD indicateur 17 ;

** MICS indicateur 5

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

		Masculin		Féminin		Total	
		Taux net de scolarisation	Nombre enfants	Taux net de scolarisation	Nombre enfants	Taux net de scolarisation*	Nombre enfants
Milieu de résidence	Urbain	67,2	1953	65,0	1884	66,1	3837
	Rural	48,3	2957	34,1	2744	41,5	5701
Age	6	27,6	1006	22,4	989	25,0	1994
	7	48,1	954	40,7	878	44,5	1833
	8	61,8	875	51,0	833	56,5	1709
	9	68,3	623	62,6	664	65,3	1287
	10	68,7	851	56,5	756	63,0	1608
	11	75,6	601	62,2	508	69,5	1108
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	45,2	2214	31,8	2041	38,7	4255
	Primaire	58,7	1874	50,1	1808	54,5	3682
	Secondaire et +	79,4	804	79,7	745	79,5	1549
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	39,1	926	23,0	872	31,3	1798
	Pauvre	45,6	1016	32,9	919	39,6	1935
	Moyen	53,6	971	41,3	961	47,5	1932
	Riche	62,7	1008	59,5	954	61,1	1962
	Le plus riche	77,2	990	75,2	922	76,2	1912
Ensemble		55,8	4910	46,7	4629	51,4	9539

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

* MICS indicateur 55; OMD indicateur 6

Tableau ED,7 : Parité entre les sexes en matière d'éducation
Ratio filles/garçons fréquentant le primaire et ratio filles/garçons ce cycle, RCA, 2006

		Taux net de scolarisation au primaire (TNSP), filles	Taux net de scolarisation au primaire (TNSP), garçons	Indice de parité entre les sexes (IPS) pour le primaire *	Taux net de scolarisation au secondaire (TNSS), filles	Taux net de scolarisation au secondaire (TNSS), garçons	Indice de parité entre les sexes (IPS) pour le secondaire *
Milieu	Urbain	65.0	67.2	.97	16.5	20.6	.80
	Rural	34.1	48.3	.71	1.2	3.9	.30
Niveau d'instruction de la mère	Sans niveau	31.8	45.2	.70	1.1	2.1	.53
	Primaire	50.1	58.7	.85	1.8	2.1	.88
	Secondaire & +	79.7	79.4	1.00	12.2	16.7	.73
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	23.0	39.1	.59	.8	2.4	.32
	Pauvre	32.9	45.6	.72	.9	3.5	.25
	Moyen	41.3	53.6	.77	2.5	5.8	.44
	Riche	59.5	62.7	.95	10.3	11.7	.88
	Le plus riche	75.2	77.2	.97	22.8	27.3	.84
Total		46.7	55.8	.84	8.7	12.0	.73

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

* MICS Indicateur 61; OMD Indicateur 9

Tableau CP,5: Mariage précoce et polygamie

Pourcentage de femmes de 15-49 ans mariées ou en union avant leur 15ème anniversaire, pourcentage de femmes de 20-49 ans mariées ou en union libre avant leur 18ème anniversaire, pourcentage de femmes âgées de 15-19 ans actuellement mariées ou en union libre, et pourcentage de femmes mariées ou en union ou union polygamique, RCA, 2006

		Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 15 ans *	Nombre de femmes de 15-49 ans	Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 18 ans*	Nombre de femmes de 20-49 ans	Pourcentage de femmes de 15-19 ans mariées ou en union **	Nombre de femmes de 15-19 ans	Pourcentage de femmes de 15-49 ans en mariage ou en union polygamique ***	Nombre de femmes de 15-49 ans mariées ou en union
Milieu de résidence	Urbain	17,7	5019	52,5	3732	52,5	1287	25.1	3722
	Rural	22,4	6573	59,8	5288	65,9	1285	27.5	5438
Âge	15-19	21,8	2572	-	0	59,2	2572	19.6	1522
	20-24	20,9	2411	60,6	2411	-	0	26.4	2055
	25-29	20,6	2154	54,6	2154	-	0	26.4	1888
	30-34	19,2	1478	56,1	1478	-	0	31.9	1286
	35-39	19,2	1191	54,9	1191	-	0	29.0	1023
	40-44	21,5	1002	57,2	1002	-	0	26.9	819
	45-49	16,1	783	54,2	783	-	0	28.4	568
	Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	23,8	4720	58,7	3871	69,4	849	26.9
	Primaire	19,6	4750	58,1	3516	55,9	1234	26.5	3666
	Secondaire et +	14,1	2069	48,2	1593	49,8	476	25.5	1508
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	22,8	2279	58,0	1857	65,7	422	21.0	1790
	Pauvre	24,9	2238	60,4	1750	71,4	488	25.7	1852
	Moyen	19,7	2279	59,0	1798	64,7	481	27.6	1884
	Riche	18,7	2337	57,1	1777	52,5	560	28.9	1809
	Le plus riche	16,1	2459	49,6	1837	46,9	622	29.2	1823
Ensemble		20.4	11592	56,8	9020	59,2	2572	26,5	9160

Tableau CP,1: Enregistrement des naissances

Répartition (en pourcentage) des enfants de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée et les raisons de non enregistrement, RCA, 2006

		Naissance enregistrée *	Ne sait pas si la naissance est enregistrée	Nombre d'enfants de 0-59 mois	Raisons de non enregistrement de naissance (%) :							Total	Nombre d'enfants de 0-59 mois non enregistré à l'état civil
					Ca coûte très cher	C'est trop loin	S'est rappelé plus tard	Ne savait pas que l'enfant devrait être enregistré	Ne voulait pas payer d'amen de	Ne sait pas où l'enregistrer	Ne voit pas l'utilité		
Sexe	Masculin	50,9	1,6	4858	48,4	10,1	1,6	1,2	8,0	30,0	0,7	100,0	2310
	Féminin	47,5	1,7	4727	47,4	11,1	2,6	1,3	9,4	27,2	1,0	100,0	2403
Milieu de résidence	Urbain	72,0	1,8	3552	48,6	3,7	3,2	3,0	8,9	31,8	0,8	100,0	930
	Rural	35,8	1,5	6033	47,7	12,3	1,9	0,8	8,6	27,7	0,9	100,0	3783
Âge	0-11 mois	38,6	0,9	2183	45,4	10,4	2,0	0,9	9,2	31,4	0,7	100,0	1319
	12-23 mois	48,7	1,6	1844	48,3	9,5	1,7	1,3	8,8	29,8	0,6	100,0	917
	24-35 mois	52,1	2,4	1814	47,3	12,7	2,0	1,2	8,2	28,3	0,3	100,0	825
	36-47 mois	53,6	1,5	1936	51,6	11,3	2,2	1,6	8,1	24,3	0,9	100,0	869
Niveau d'instruction de la mère	48-59 mois	55,8	1,7	1676	49,5	9,9	3,1	1,2	8,8	26,0	1,5	100,0	712
	Sans niveau	33,6	1,6	4127	47,9	11,6	2,8	0,7	9,5	26,6	0,8	100,0	2674
	Primaire	55,1	1,8	4007	48,4	10,0	1,2	2,1	7,4	30,2	0,8	100,0	1729
	Secondaire et +	77,7	1,4	1409	46,0	5,1	1,7	0,7	6,9	37,8	1,7	100,0	295
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	22,6	1,6	2013	51,8	12,2	1,8	0,5	7,4	25,5	0,6	100,0	1528
	Pauvre	35,8	1,5	2045	46,2	12,7	2,0	1,6	9,7	26,8	1,1	100,0	1282
	Moyen	49,2	1,0	2075	48,3	10,2	1,9	1,0	9,9	28,5	0,2	100,0	1035
	Riche	64,1	2,1	1855	46,8	4,4	3,7	1,6	7,6	34,8	1,2	100,0	628
Ensemble	Le plus riche	82,7	2,3	1596	33,1	8,1	1,2	4,6	9,4	40,7	2,8	100,0	240
		49,2	1,6	9585	47,9	10,6	2,1	1,3	8,7	28,5	0,9	100,0	4713

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

* MICS Indicateur 62

**Tableau HA.3: Connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA
Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant une connaissance complète sur la transmission du VIH/SIDA,
RCA, 2006**

		Pourcentage de femmes :			Nombre de femmes
		Connaissant deux méthodes pour prévenir la transmission du VIH	Identifiant 3 idées fausses sur la transmission du VIH	Ayant une connaissance exhaustive(identifiant 2 méthodes de prévention et 3 idées fausses) *	
Milieu de residence	Urbain	64,2	28,4	21.4	5019
	Rural	49,5	16,9	13.4	6573
Age	15-19	50,7	22,2	15.8	2572
	20-24	60,9	23,8	18.9	2411
	15-24	55,7	23,0	17.3	4984
	25-29	60,3	22,6	17.3	2154
	30-34	58,5	23,4	19.2	1478
	35-39	55,5	20,4	15.5	1191
	40-44	49,6	18,2	12.9	1002
	45-49	48,8	17,1	14.6	783
Statut matrimonial	Marié /En union	56,2	21,7	16.7	9160
	A été mariée/En union	59,6	21,0	17.8	1363
	N'a jamais été mariée/En union	48,3	24,5	17.0	1070
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	44,2	15,3	11.7	4720
	Primaire	60,6	21,7	16.8	4750
	Secondaire & +	71,6	37,1	28.4	2069
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	42,4	15,1	12.0	2279
	Pauvre	46,5	16,1	11.4	2238
	Moyen	57,4	21,3	17.5	2279
	Riche	64,6	24,8	19.2	2337
	Le plus riche	67,0	31,3	23.3	2459
Total		55.9	21,9	16,8	11592

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

*MICS Indicateur 82; OMD Indicateur 19b

Tableau HA.9: Utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque
Pourcentage de jeunes femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels à haut risque au cours de l'année écoulée et ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à haut risque, RCA

	Pourcentage de femmes de 15-24 ans ayant :			Nombre de femmes âgées de 15-24 ans	Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire sans être marié à lui, non cohabitant *	Nombre de femmes âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Pourcentage de femmes ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels avec un partenaire non marié à celui ci ou non cohabitant **	Nombre de femmes âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire non marié à celui ci ou non cohabitant
	Déjà eu des rapports sexuels	Eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois					
Milieu de résidence	Urbain	79,0	72,0	2459	32,3	1772	48,8	572
	Rural	86,4	79,7	2524	16,6	2012	26,6	333
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	87,0	81,1	1627	14,7	1320	24,7	194
	Primaire	81,2	73,6	2274	24,8	1674	37,6	415
	Secondaire et +	79,6	73,6	1056	37,8	777	54,8	294
Statut matrimonial	Marié /En union	99,0	93,5	3577	16,3	3344	39,8	546
	A été marié/En union	98,0	73,6	412	75,8	303	39,2	230
	N'a jamais été marié/En union	17,9	13,6	995	95,7	136	46,6	130
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	87,3	79,2	854	16,7	676	17,6	113
	Pauvre	88,7	83,0	908	16,0	753	26,3	120
	Moyen	85,3	79,7	933	21,9	744	34,6	163
	Riche	81,5	73,8	1067	28,1	787	48,7	221
	Le plus riche	74,2	67,4	1222	35,0	823	52,7	288
Ensemble		69,8	63,4	3 865	44,9	2 449	61,8	1 099

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

* MICS Indicateur 85

** MICS Indicateur 83; OMD Indicateur 19a

Tableau HA.12: Fréquentation scolaire des orphelins et enfants vulnérables
Fréquentation scolaire des enfants de 10-14 ans selon le statut dans l'orphelinat et la vulnérabilité, RCA, 2006

		Pourcentage d'enfants dont le père et la mère sont décédés	Taux de fréquentation scolaire des enfants dont la mère et le père sont décédés	Pourcentage d'enfants dont les deux parents sont en vie, l'enfant vivant avec au moins un parent	Taux de fréquentation scolaire des enfants dont les deux parents sont en vie, l'enfant vivant avec au moins un parent	Taux de fréquentation scolaire des enfants orphelins de père et de mère par rapport aux non orphelins *	Pourcentage d'enfants orphelins ou vulnérables	Fréquentations scolaires des enfants orphelins ou vulnérables	Pourcentage des enfants non orphelins ou ni vulnérables	Fréquentation scolaire des enfants des enfants non orphelins ou ni vulnérables	Taux de fréquentation des EOVS par rapport aux non-EOVS	Nombre total d'enfants âgés de 10-14 ans
Sexe	Masculin	3,0	66,6	70,2	74,8	0,89	26,5	69,0	73,5	73,3	0,94	3395
	Féminin	4,5	64,3	62,5	59,7	1,08	29,2	57,4	70,8	57,1	1,00	3241
Milieu de résidence	Urbain	5,5	74,8	60,7	81,3	0,92	35,1	75,6	64,9	78,8	0,96	3025
	Rural	2,3	45,8	71,2	58,3	0,79	21,8	46,1	78,2	56,4	0,82	3611
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	1,6	18,4	66,4	46,4	0,40	25,5	36,1	74,5	46,6	0,77	1064
	Pauvre	2,5	40,7	67,0	53,5	0,76	23,1	40,0	76,9	52,5	0,76	1263
	Moyen	2,9	39,4	71,6	63,8	0,62	26,2	59,3	73,8	60,1	0,99	1261
	Riche	3,6	65,4	66,9	77,3	0,85	30,6	73,8	69,4	75,7	0,98	1493
	Le plus riche	7,0	88,6	61,3	90,4	0,98	31,9	83,7	68,1	86,7	0,97	1556
Ensemble		3,2	61,1	63,5	69,8	0,89	30,6	67,6	69,4	67,6	1,03	6637

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

* MICS Indicateur 77; OMD Indicateur 20

Tableau VD.1: Frustration conjugale
Pourcentage de femmes victimes de frustration conjugale, MICS3, RCA - 2006

		Il passe habituellement son temps libre avec vous	Il vous consulte au sujet de différentes questions du ménage	Il est affectueux avec vous	Il vous respecte et tient compte de vos désirs	Femmes victimes de frustration conjugale*	Nombre de femme
Milieu	Urbain	49,4	44,7	59,2	56,5	74,7	4 193
	Rural	53,4	48,8	63,0	54,6	74,8	5 917
Âge	15-19	46,5	42,5	60,1	54,9	73,5	1 675
	20-24	50,0	45,7	61,0	55,1	75,0	2 277
	25-29	48,9	45,0	59,2	52,7	72,6	2 074
	30-34	53,4	48,3	61,8	54,2	74,5	1 429
	35-39	53,8	49,8	62,3	56,2	75,7	1 122
	40-44	60,7	54,0	64,9	58,6	76,5	900
	45-49	60,9	54,4	66,8	63,5	80,7	633
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	54,4	48,7	62,2	55,1	74,3	4 252
	Primaire	49,0	44,7	60,3	54,2	73,9	4 089
	Secondaire & +	51,6	49,0	62,2	59,0	77,7	1 726
Statut matrimonial	Marié /En union	53,6	49,3	63,7	57,9	77,1	9 160
	A été marié/En union	32,1	25,0	38,2	29,6	52,5	951
Quintile de bien-être économique	Le plus pauvre	53,0	47,4	59,5	53,2	69,3	2 015
	Pauvre	51,9	48,6	61,9	55,2	74,9	2 000
	Moyen	51,9	45,9	61,3	53,5	76,0	2 054
	Riche	52,2	45,6	62,2	55,6	76,5	2 012
	Le plus riche	49,5	48,2	62,4	59,5	77,1	2 029
Ensemble		51,7	47,1	61,4	55,4	74,8	10 110

Tableau VD2: Violence émotionnelle
Pourcentage de femmes victimes de violences émotionnelles, MICS3, RCA - 2006

		Il est jaloux ou en colère si vous parlez à d'autres hommes	Il vous accuse d'être souvent infidèles	Il ne vous permet pas de rencontrer des amies de sexe féminin	Il essaye de limiter vos contacts limiter avec famille d'origine	Il insiste pour savoir où vous êtes à tous moments	Il ne vous fait pas confiance en ce qui concerne l'argent	Il vous dit quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes	Il vous menace méchamment, vous ou quelqu'un proche de vous	Pourcentage de femmes victimes de violence émotionnelle*	Nombre de femme
Milieu	Urbain	65,0	41,9	40,1	26,7	61,8	43,6	14,4	20,7	86,8	4 193
	Rural	55,7	35,2	27,4	19,1	51,6	38,3	10,0	9,2	77,2	5 917
Âge	15-19	67,5	44,7	38,8	25,6	63,2	42,2	9,9	15,6	85,0	1 675
	20-24	65,3	43,0	38,3	26,0	62,1	39,8	12,2	17,4	86,1	2 277
	25-29	62,1	36,2	32,7	23,6	58,9	43,0	11,7	13,3	83,3	2 074
	30-34	56,7	37,3	31,8	20,3	52,7	37,3	12,8	13,8	78,9	1 429
	35-39	53,5	34,7	27,2	17,5	46,6	39,7	11,1	10,9	77,5	1 122
	40-44	46,1	30,1	19,9	15,8	43,7	39,9	13,0	10,1	71,3	900
	45-49	45,1	25,7	24,5	16,9	43,3	39,5	13,0	9,6	72,1	633
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	53,3	31,9	26,6	19,4	50,3	37,6	8,6	8,0	76,4	4 252
	Primaire	62,1	41,7	34,8	22,5	57,1	41,0	14,1	15,0	82,7	4 089
	Secondaire & +	68,9	44,0	42,4	28,8	66,7	46,4	14,1	25,9	89,4	1 726
Statut matrimonial	Marié /En union	58,7	36,6	31,9	22,0	55,4	40,7	11,2	12,7	81,4	9 160
	A été marié/En union	68,0	51,2	39,6	24,2	60,1	38,0	18,2	26,4	79,4	951
Quintile de bien-etre économique	Le plus pauvre	56,1	36,1	27,3	17,9	50,0	37,7	9,6	7,5	76,6	2 015
	Pauvre	57,9	36,5	28,9	18,0	51,0	40,6	10,3	10,0	80,0	2 000
	Moyen	56,4	37,7	30,6	23,1	54,9	40,2	12,5	12,2	80,0	2 054
	Riche	60,4	38,8	36,4	23,9	59,7	39,9	12,5	18,2	82,6	2 012
	Le plus riche	66,9	40,6	39,8	28,3	63,5	43,8	14,1	21,6	86,7	2 029
Ensemble		59,5	37,9	32,6	22,2	55,8	40,5	11,8	13,9	81,2	10 110

Tableau VD.3: Violence physique
Pourcentage de femmes victimes violences physiques, MICS3, RCA - 2006

		Vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous	Vous gifles ou tord le bras	Vous crache dans la figure	Vous frappe à coup de poings ou avec quelque chose qui pouvait blesser	Vous donne des coups de pied ou vous traîne à terre	Essaye de vous étrangler ou de vous brûler	Vous menace ou vous attaque avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme	Pourcent age de femmes victimes de violence physique *	Nombre de femme
Milieu	Urbain	12,6	17,6	1,2	7,5	4,6	2,6	1,3	21,9	4 193
	Rural	8,6	10,8	0,9	5,4	3,6	1,8	0,9	14,4	5 917
Âge	15-19	12,3	16,1	1,2	6,6	4,3	2,2	0,6	21,0	1 675
	20-24	13,0	17,9	1,0	8,0	5,6	3,2	2,0	22,9	2 277
	25-29	9,8	13,5	1,4	6,0	3,8	2,3	0,8	17,6	2 074
	30-34	9,9	11,7	1,0	6,2	3,3	1,7	0,7	15,8	1 429
	35-39	7,4	9,9	0,3	5,1	3,1	1,2	0,9	12,0	1 122
	40-44	8,1	9,7	1,0	5,3	3,7	2,1	0,4	12,4	900
	45-49	4,9	8,6	0,7	3,4	1,9	0,9	0,9	9,5	633
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	7,7	9,5	1,0	4,7	3,5	1,6	0,7	12,6	4 252
	Primaire	10,7	14,8	1,0	7,0	4,4	2,6	1,2	18,8	4 089
	Secondaire & +	15,7	21,0	1,3	8,6	4,6	2,6	1,6	26,7	1 726
Statut matrimonial	Marié /En union	10,1	13,6	1,0	6,1	3,9	2,0	0,9	17,4	9 160
	A été marié/En union	11,9	13,3	1,3	8,4	5,3	3,3	2,1	18,6	951
Quintile de bien-etre économique	Le plus pauvre	9,5	10,6	1,4	6,2	4,5	1,6	0,8	14,0	2 015
	Pauvre	8,9	10,8	0,8	5,9	4,2	2,3	1,1	14,6	2 000
	Moyen	9,1	12,8	0,9	5,4	3,7	1,9	0,7	16,5	2 054
	Riche	10,4	15,6	1,0	6,5	3,7	2,8	0,9	19,5	2 012
	Le plus riche	13,3	18,3	1,1	7,4	3,9	2,1	1,6	22,8	2 029
Ensemble		10,2	13,6	1,0	6,3	4,0	2,2	1,0	17,5	10 110

Tableau VD.4 : Conséquences de violences physiques
Pourcentage de femmes victimes selon les conséquences de violences physiques, MICS3, RCA - 2006

		Pourcentage de femmes ayant eu des hématomes et des meurtrissures au cours des douze derniers mois	Pourcentage de femmes ayant eu une blessure, une fracture ou une entorse au cours des douze derniers mois	Pourcentage de femmes consulté par un Docteur ou dans une formation sanitaire à cause de quelque chose au cours des douze derniers mois	Pourcentage de femmes ayant eu des dommages physiques*	Nombre de femme
Milieu	Urbain	7,8	6,6	4,5	11,2	4 193
	Rural	4,4	3,6	1,9	6,4	5 917
Age	15-19	5,9	4,5	1,9	8,5	1 675
	20-24	6,9	5,1	2,7	9,9	2 277
	25-29	6,0	4,5	3,1	8,2	2 074
	30-34	4,9	5,0	4,1	8,2	1 429
	35-39	5,3	3,8	2,0	6,4	1 122
	40-44	5,9	6,6	5,4	9,5	900
	45-49	3,6	4,0	2,0	5,1	633
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	3,6	3,3	1,2	5,6	4 252
	Primaire	6,8	5,2	3,1	9,5	4 089
	Secondaire & +	8,9	7,6	6,9	12,8	1 726
Statut matrimonial	Marié /En union	5,5	4,7	2,9	8,0	9 160
	A été marié/En union	9,0	6,2	3,8	11,7	951
Quintile de bien-etre économique	Le plus pauvre	4,4	4,2	1,5	6,8	2 015
	Pauvre	4,5	3,4	1,7	6,5	2 000
	Moyen	4,8	4,3	2,9	7,1	2 054
	Riche	7,2	5,8	4,5	9,8	2 012
	Le plus riche	8,0	6,3	4,3	11,6	2 029
Ensemble		5,8	4,8	3,0	8,4	10 110

Tableau VD.5: Violence sexuelle
Pourcentage de femmes victimes violences sexuelles, MICS3, RCA - 2006

		Pourcentage de femmes forcées physiquement à avoir des rapports sexuels au cours des douze derniers mois	Pourcentage de femmes forcées à pratiquer d'autres types d'actes sexuels au cours des douze derniers mois	Pourcentage de femmes victimes de violence sexuelle*	Nombre de femme
Milieu	Urbain	7,4	3,7	14,2	4 193
	Rural	6,7	2,4	9,5	5 917
Âge	15-19	10,3	4,8	14,6	1 675
	20-24	7,6	3,7	13,9	2 277
	25-29	7,3	3,0	12,2	2 074
	30-34	6,6	2,0	10,2	1 429
	35-39	6,2	1,4	9,6	1 122
	40-44	4,0	1,9	7,6	900
	45-49	1,9	1,2	4,0	633
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	5,5	1,8	8,6	4 252
	Primaire	7,5	3,1	12,4	4 089
	Secondaire & +	9,7	5,3	16,6	1 726
Statut matrimonial	Marié /En union	6,8	2,9	10,9	9 160
	A été marié/En union	9,1	3,1	17,0	951
Quintile de bien-etre économique	Le plus pauvre	7,3	2,8	11,2	2 015
	Pauvre	6,5	1,9	9,1	2 000
	Moyen	6,8	2,6	9,9	2 054
	Riche	6,8	2,9	13,5	2 012
	Le plus riche	7,7	4,4	13,8	2 029
Ensemble		7,0	2,9	11,5	10 110

Tableau HIV.1 Prévalence du VIH par caractéristiques socio-économiques
Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes enquêtés de 15-49 ans qui ont effectué le test du VIH selon certaines caractéristiques socio-économiques, RCA, MICS 2006.

Caractéristiques socio-économiques	Femmes 15-49 ans		Hommes 15-59 ans		Ensemble	
	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif
Groupe d'âge						
15-19 ans	3,7	1180	0,7	844	2,4	2024
20-24 ans	7,8	1132	1,2	903	4,8	2034
25-29 ans	10,9	917	5,5	772	8,4	1689
30-34 ans	11,8	720	5,6	715	8,7	1434
35-39 ans	8,1	585	10,1	554	9,0	1138
40-44 ans	7,5	516	7,5	450	7,5	967
45-49 ans	5,6	363	3,4	420	4,4	783
Milieu de résidence						
Urbain	11,1	2300	5,1	1985	8,3	4285
Rural	5,4	3113	3,8	2672	4,7	5784
Niveau d'instruction						
Sans instruction	5,2	2277	2,8	670	4,6	2948
Primaire	8,6	2203	3,5	2268	6,0	4471
Secondaire	13,0	858	5,5	1549	8,2	2407
Supérieur	6,2	53	10,4	169	9,4	222
Programme non formel	5,6	22	-	0	5,6	22
Quintiles de bien-être économique						
Le plus pauvre	4,7	1023	3,4	914	4,1	1938
Pauvre	5,1	1072	3,8	912	4,5	1985
Moyen	8,2	1119	3,4	885	6,0	2004
Riche	10,1	1051	6,1	887	8,3	1938
Le plus riche	10,9	1147	4,9	1058	8,0	2205
Effectif 15-49 ans	7,8	5413	4,3	4657	6,2	10069
Hommes 50-59 ans	-	-	1,8	523	-	-
Total 15-59 ans	-	-	4,1	5179	-	-
Les cas de VIH positif renvoient uniquement à ceux qui sont infectés par le VIH-1 (y compris ceux qui sont infectés à la fois au VIH-1 et au VIH-2, sont exclus ceux qui sont uniquement infecté par le VIH-2)						