

**Enquête  
Démographique et  
de Santé et à Indicateurs  
Multiples aux Comores  
EDSC-MICS 2012**

**Rapport  
Préliminaire**

**Secrétariat Général du Gouvernement  
Direction Générale de la Statistique et de la  
Prospective (DGSP)**

**ICF International**



# UNION DES COMORES

*Unité – Solidarité – Développement*

-----



## ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ ET À INDICATEURS MULTIPLES AUX COMORES (EDSC-MICS 2012)

### Rapport préliminaire

Mars 2013

Direction Générale de la Statistique et de  
la Prospective (DGSP), Moroni, Comores

et

ICF International, Calverton, Maryland, USA



Ce rapport présente les résultats préliminaires de la deuxième Enquête Démographique, de Santé aux Comores, couplée avec l'enquête à Indicateurs Multiples (EDSC-MICS12). L'EDS-MICS 2012 de l'Union des Comores a été réalisée de Juin 2012 à janvier 2013 par la Direction Générale de la Statistique et de la Prospective (DGSP), Commissariat Général au Plan, en collaboration avec les services techniques du ministère de la Santé Publique. L'EDSC-MICS 2012 a été financée par le Gouvernement de l'Union des Comores et le Système des Nations Unies (SNU) en particulier, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). En outre, ICF International a fourni l'assistance technique dans le cadre d'un contrat de services avec l'UNICEF.

Pour tout renseignement concernant l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de l'Union des Comores (EDSC-MICS 12), contacter la Direction Générale de la Statistique et de la Prospective (DGSP), BP 131, Moroni, Comores. Téléphone : (269) 763 58 95 ; Fax (269) 773 40 95.

Pour obtenir des informations sur le projet DHS, contactez ICF International, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA ; Téléphone : 301-572-0200, Fax : 301-572-0999 ; Email : [reports@measuredhs.com](mailto:reports@measuredhs.com) ; Internet : [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com).

## TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION .....	1
2	OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE .....	1
	2.1 Objectifs de l'enquête.....	1
	2.2 Questionnaires .....	2
	2.3 Échantillonnage .....	3
	2.4 Cartographie et collecte des données.....	4
	2.5 Traitement des données .....	4
3	RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES.....	5
	3.1 Couverture de l'échantillon.....	5
	3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	5
	3.3 Fécondité.....	6
	3.4 Préférences en matière de fécondité .....	8
	3.5 Utilisation de la contraception .....	9
	3.6 Soins prénatals et accouchement .....	11
	3.7 Vaccination des enfants .....	14
	3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance.....	16
	3.9 Indicateurs du paludisme .....	17
	3.10 Allaitement et alimentation de complément .....	20
	3.11 État nutritionnel des enfants.....	21
	3.12 Mortalité des enfants.....	23
	3.13 Connaissance du VIH/sida.....	25
	3.14 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom .....	26

## LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1	Résultat de l'interview ménage et de l'interview individuelle .....	5
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés .....	6
Tableau 3	Fécondité actuelle.....	7
Tableau 4	Préférences en matière de fécondité.....	8
Tableau 5	Utilisation actuelle de la contraception .....	10
Tableau 6	Indicateurs de santé maternelle .....	12
Tableau 7	Vaccination des enfants.....	15
Tableau 8	Traitement des infections respiratoires aiguës, de la fièvre et de la diarrhée.....	16
Tableau 9	Indicateurs du paludisme.....	19
Tableau 10	Allaitement selon l'âge de l'enfant.....	20
Tableau 11	État nutritionnel des enfants.....	22
Tableau 12	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans .....	24
Tableau 13	Connaissance du sida .....	25
Tableau 14	Connaissance des moyens de prévention du VIH .....	26
Tableau 15.1	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois: Femmes .....	27
Tableau 15.2	Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes.....	28
Graphique 1	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence .....	7
Graphique 2	Taux de fécondité générale selon l'EDSC I 1996 et l'EDSC-MICS II 2012.....	8
Graphique 3	Prévalence contraceptive (femmes en union), EDSC I 1996 et EDSC-MICS II 2012 .....	11
Graphique 4	Indicateurs de santé maternelle et infantile, EDSC I 1996 et EDSC-MICS II 2012 .....	13
Graphique 5	Prévalence des maladies des enfants de moins de cinq ans et recherche de traitement, EDSC-MICS II 2012 .....	17
Graphique 6	Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans.....	22
Graphique 7	Tendance de la mortalité infantile et juvénile, EDSC I 1996, MICS 2000, et EDSC-MICS II 2012 .....	24

# 1 INTRODUCTION

La deuxième Enquête Démographique et de Santé couplée avec l'enquête à Indicateurs Multiples aux Comores (EDSC-MICS II 2012) a été réalisée par la Direction Générale de la Statistique et de la Prospective (DGSP), avec l'appui technique du Ministère de la Santé Publique, du Ministère de l'Education Nationale et des Directions Régionales du Plan des Iles. L'EDSC-MICS II 2012 a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS) d'ICF International, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques et de santé portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale, la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant et le VIH/sida.

L'EDSC-MICS II 2012 a été financée par le Gouvernement de l'Union des Comores et le Système des Nations Unies (SNU) notamment, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA).

Cette deuxième Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples aux Comores (EDSC-MICS II) a permis de disposer de données statistiques de qualité, actualisées concernant la situation sociodémographique et sanitaire de la population comorienne et, en particulier, des enfants et des femmes. Par conséquent, ces données permettront d'évaluer et de rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la stratégie de croissance et réduction de la pauvreté et pour la réalisation des OMD, ainsi que d'autres engagements mondiaux et nationaux en matière de développement social. De plus, ces données sont représentatives au plan national ainsi qu'au niveau régional.

Ce rapport préliminaire a pour objectif de présenter les premiers résultats de l'EDSC-MICS II 2012. Il fournit des indicateurs de base relatifs à la fécondité, à la planification familiale, à la santé de la reproduction, ainsi qu'à l'état nutritionnel des enfants et à la connaissance et aux comportements par rapport au VIH/Sida ; il fournit également des estimations sur la prévention et le traitement du paludisme chez les enfants et les femmes enceintes.

Du fait qu'ils ont été produits avant la révision finale et l'analyse approfondie du fichier complet de l'enquête, ces résultats restent provisoires et susceptibles de légères modifications. Un rapport final, présentant tous les résultats définitifs de l'enquête, de façon détaillée, sera publié dans les prochains mois.

## 2 OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

### 2.1 Objectifs de l'enquête

La deuxième Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSC-MICS II) aux Comores a pour objectif principal de produire de nombreux indicateurs socio-économiques, démographiques, sanitaires et nutritionnels au niveau de l'ensemble de la population et des sous-populations des femmes de 15-49 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15-59 ans. En particulier, l'EDSC-MICS II vise à identifier et/ou à estimer :

#### **Pour l'ensemble de la population :**

- les niveaux de scolarisation ;
- les niveaux d'utilisation du sel iodé ;
- l'accès à l'eau potable et aux infrastructures sanitaires ;
- certains indicateurs de bien-être des ménages.

#### **Pour les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de 5 ans :**

- divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité, de mortalité des enfants et de mortalité maternelle ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;

- les catégories de femmes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques sociodémographiques ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité des enfants ;
- les différentes composantes de la santé de la reproduction et de la santé des enfants : visites prénatales et postnatales, conditions d'accouchement, allaitement, vaccinations, prévalence et traitement de la diarrhée, de la fièvre et des Infections Respiratoires Aigües (IRA) chez les enfants de moins de 5 ans ;
- l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de 5 ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille) ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes ainsi que les comportements à risque des femmes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida.

**Pour les hommes de 15-59 ans :**

- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories d'hommes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes ainsi que les comportements à risque des hommes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida.

Les données ayant été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans de nombreux autres pays ayant participé au programme DHS, elles font partie, de ce fait, d'une base de données utilisables et comparables au niveau international.

## 2.2 Questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs fixés, trois types de questionnaires ont été utilisés. Les questionnaires ont été programmés sur support papier que les agents de collectes utilisaient pour poser les questions et enregistrer les résultats de l'interview. Trois types de questionnaires ont été utilisés. Il s'agit du :

- 1) **Questionnaire ménage.** Il permet de collecter des informations sur le ménage notamment les caractéristiques du ménage, des membres du ménage et du logement. Il comprend les différentes parties suivantes :
  - Tableau ménage qui permet de collecter, entre autres les informations, l'âge, le sexe, le niveau d'instruction des membres du ménage ;
  - Caractéristiques du logement (type de toilettes, eau, mur du logement, etc.) ;
  - Possession et utilisation de moustiquaires ;
  - Travail des enfants ;
  - Test de sel pour la teneur en iode ;
  - Poids et taille des enfants de moins de 5 ans ;
  - Poids et taille des femmes de 15 à 49 ans.

En outre, le questionnaire ménage permet d'établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement. Il permet aussi de déterminer les populations de référence pour le calcul de certains taux démographiques.

- 2) **Questionnaire femme.** Il comprend les treize sections suivantes :
  1. Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
  2. Reproduction ;
  3. Contraception ;
  4. Grossesse et soins postnatals ;



5. Vaccination des enfants, santé et nutrition;
  6. Mariage et activité sexuelle;
  7. Préférences en matière de fécondité ;
  8. Caractéristiques du conjoint et travail de la femme ;
  9. Connaissance et comportement sur le VIH/sida ;
  10. Autres problèmes de santé ;
  11. Violence domestique ;
  12. Mortalité maternelle ;
- 3) Questionnaire *homme*. Il s'agit également d'un questionnaire individuel comprenant les huit sections suivantes :
1. Caractéristiques sociodémographiques de enquêté ;
  2. Reproduction ;
  3. Contraception ;
  4. Mariage et activité sexuelle ;
  5. Préférences en matière de fécondité ;
  6. Emploi et rôle des sexes
  7. VIH/sida ;
  8. Autres problèmes de santé ;

Ces instruments ont été développés à partir des questionnaires de base du programme DHS, préalablement adaptés au contexte des Comores et en tenant compte des objectifs de l'enquête.

Par ailleurs, plusieurs séances de traduction des principaux termes et expressions, en particulier ceux relatifs aux aspects sensibles des questionnaires ( les questions sur la reproduction, l'activité sexuelle, la contraception et les maladies) ont été réalisées dans la principale langue parlée aux Comores (Shikomori) de façon à ce qu'au cours de l'enquête, les enquêtrices traduisent les questions le plus fidèlement possible.

### 2.3 Échantillonnage

L'échantillon de l'EDSC-MICS II 2012 est un échantillon de ménages représentatif au niveau national, basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. Comme pour les enquêtes précédentes, l'EDSC-MICS II comprenait 5 domaines d'études constitués de chacune des trois principales îles (régions) du pays (Mohéli, Ndzouani , Ngazidja), du milieu urbain et du milieu rural.

L'échantillonnage a été sélectionné à deux degrés. Au premier degré, 252 grappes ont été sélectionnées, et tirées proportionnellement à leur taille, à partir de la liste des Zones de Dénombrement (ZD) établie lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 2003 et en partie mise à jour en 2012. Toutes les grappes sélectionnées ont fait l'objet d'un dénombrement exhaustif des ménages. Au deuxième degré, des ménages ont été tirés, à probabilité égale, à partir de la liste des ménages établie lors de l'opération de dénombrement. Le nombre de ménages tirés a été de 20 dans chaque grappe urbaine ou rurale. Au total, 5040 ménages ont été sélectionnés pour l'enquête.

Tous les membres des ménages tirés ont été identifiés à l'aide du questionnaire ménage. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, résidentes habituelles ou visiteuses ayant passé la nuit précédente ont été éligible pour être enquêtées individuellement. En outre, ces femmes, de même que tous les enfants âgés de moins de 5 ans, ont été mesurés et pesés.

De plus, dans un le sous-échantillon de la moitié des ménages sélectionnés, tous les hommes de 15 à 59 ans résidents habituels ou visiteurs,) ont également été enquêté individuellement.

## **2.4 Cartographie et collecte des données**

L'opération de cartographie et de dénombrement des 252 grappes de l'échantillon s'est déroulée sur le terrain du 25 février au 19 mars 2012. Trente-huit équipes composées de 2 agents cartographes et énumérateurs, préalablement formés, étaient chargés de ce travail.

La formation pour l'enquête principale s'est déroulée du 12 juin au 5 juillet 2012. Cent quatre personnes ayant, au moins, un niveau de fin d'études secondaires ont suivi la formation. À l'issue de la formation, on a réalisé un pré-test pendant cinq jours. Les cent-quatre agents ont été déployés en zone urbaine et en zone rurale non loin de Moroni. Les enseignements tirés de ce pré-test ont permis de finaliser les questionnaires et les manuels d'instructions du personnel de collecte. Les meilleurs candidats ont été retenus pour la collecte principale et répartis en treize équipes, composées chacune d'un chef d'équipe, d'une contrôlease, d'un enquêteur homme et de trois agents enquêtrices.

La collecte des données sur l'ensemble du territoire national a débuté le 20 août 2012 et s'est achevée le 5 décembre 2012.

## **2.5 Traitement des données**

Les questionnaires remplis sur le terrain ont été acheminés au bureau central de l'enquête à Moroni, pour être édités, puis saisis. La saisie des questionnaires a été effectuée en utilisant le logiciel CSPro, développé conjointement par le Bureau du Recensement des États-Unis et le Programme DHS. Une personne au bureau central était chargée de la réception des questionnaires et 7 autres personnes étaient chargées de la vérification/codification des questionnaires. Deux équipes de saisie composées de 12 agents de chaque, étaient chargées de la saisie des questionnaires. La saisie des questionnaires a débuté le 20 septembre 2012 et s'est achevée le 20 janvier 2013, soit quatre (4) mois.

À la fin de la collecte sur le terrain, les données saisies au bureau central ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. La vérification finale a été réalisée par un informaticien et un démographe du programme DHS, utilisant une technique éprouvée au cours de dizaines d'enquêtes antérieures similaires.

### 3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

#### 3.1 Couverture de l'échantillon

Au total, 5 040 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 4 740 ménages occupés ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 4 740 ménages, 4 482 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 95 % (Tableau 1). Les taux de réponses sont quasiment identiques en milieu rural et en milieu urbain.

Dans les 4 482 ménages enquêtés, 5 719 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et, pour 5 329 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès, soit un taux de réponse de 93 %. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : 2 614 hommes étaient éligibles et 2 167 ont été interviewés (taux de réponses de 83 %). Les taux de réponse enregistrés en milieu urbain sont pratiquement les mêmes que ceux obtenus en milieu rural chez les femmes. Chez les hommes, le taux de réponse est un peu plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (84 % contre 82 %).

Tableau 1 Résultat de l'interview ménage et de l'interview individuelle

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse selon le milieu de résidence (non pondéré), Comores 2012

Résultat	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
<b>Interview des ménages</b>			
Ménages sélectionnés	2 165	2 876	5 041
Ménages occupés	2 008	2 732	4 740
Ménages interviewés	1 892	2 590	4 482
Taux de réponse des ménages <sup>1</sup>	94,2	94,8	94,6
<b>Interview des femmes de 15-49 ans</b>			
Effectif de femmes éligibles	2 409	3 310	5 719
Effectif de femmes éligibles interviewées	2 250	3 079	5 329
Taux de réponse des femmes éligibles <sup>2</sup>	93,4	93,0	93,2
<b>Interview des hommes de 15-59 ans</b>			
Effectif d'hommes éligibles	1 207	1 407	2 614
Effectif d'hommes éligibles interviewés	1 019	1 148	2 167
Taux de réponse des hommes éligibles <sup>2</sup>	84,4	81,6	82,9

<sup>1</sup> Ménages interviewés/Ménages occupés.

<sup>2</sup> Enquêtes interviewés/Enquêtés éligibles.

#### 3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Le tableau 2 présente la répartition des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, la religion, l'état matrimonial, le milieu de résidence, l'île et le niveau d'instruction. Pour chaque catégorie, le tableau présente l'effectif non pondéré, c'est-à-dire le nombre de femmes ou d'hommes effectivement enquêtés dans chaque catégorie, ainsi que l'effectif pondéré correspondant, c'est-à-dire le nombre de femmes et d'hommes ajusté par un coefficient de pondération pour assurer la représentativité de l'échantillon par rapport à la population totale des Comores. Bien que l'enquête ait porté sur les hommes de 15-59 ans, dans ce tableau et dans tous les tableaux suivants, les résultats détaillés par caractéristiques sociodémographiques sont limités aux hommes de 15-49 ans de façon à pouvoir les comparer directement aux femmes.

La répartition par âge met en évidence une forte proportion de jeunes. En effet, 25 % de femmes et 26 % d'hommes sont âgés de 15-19 ans ; environ 19 % de femmes et 15 % d'hommes appartiennent au groupe d'âges 20-24 ans. Puis, au fur et à mesure que l'âge augmente, on constate une diminution régulière des proportions. Globalement, ces caractéristiques reflètent la structure d'une population jeune.

En ce qui concerne l'état matrimonial, on relève que 61 % de femmes et 53 % d'hommes étaient en union au moment de l'enquête. Du fait que les hommes ont tendance à se marier plus tard que les femmes, la proportion de célibataires est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (42 % contre 32 %). À l'inverse, la proportion de personnes en rupture d'union (divorce, séparation ou veuvage) est plus élevée chez les femmes (7 %) que chez les hommes (5 %).

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Comores 2012

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
<b>Groupe d'âges</b>						
15-19	24,7	1 315	1 295	26,1	522	522
20-24	18,7	995	987	15,3	305	321
25-29	16,9	899	928	14,0	281	288
30-34	14,0	744	727	13,4	269	252
35-39	11,8	629	635	14,0	280	272
40-44	8,5	451	450	9,2	184	189
45-49	5,5	295	307	8,0	160	155
<b>État matrimonial</b>						
Célibataire	32,3	1 720	1 654	42,1	843	870
Marié (e)	55,6	2 963	2 923	46,3	926	879
Vit ensemble	5,6	298	368	6,9	138	143
Divorcé (e)	5,8	308	348	4,4	88	104
Veuve/veuf	0,7	40	36	0,2	4	3
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	33,1	1 762	2 250	36,3	726	937
Rural	66,9	3 567	3 079	63,7	1 273	1 062
<b>Région/île</b>						
Mohéli	6,1	323	840	7,3	146	372
Ndzouani	45,5	2 424	1 804	42,8	855	615
Ngazidja	48,4	2 582	2 685	49,9	998	1 012
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	31,0	1 652	1 535	16,0	320	309
Primaire	19,6	1 046	1 016	27,7	554	510
Secondaire ou +	49,1	2 616	2 763	56,2	1 123	1 177
Ensemble 15-49 <sup>1</sup>	100,0	5 329	5 329	100,0	1 999	1 999
50-64	na	na	na	na	168	168
Ensemble 15-59	na	na	na	na	2 167	2 167

Note: Les niveaux d'instruction correspondent au plus haut niveau atteint, qu'il soit achevé ou non.

na = Non applicable

<sup>1</sup> Y compris 16 cas (pondérés) de femmes de 15-49 ans et 15 cas (non pondérés) de femmes de 15-49 ans, 2 cas (pondérés) d'hommes de 15-49 ans et 3 cas (non pondérés) d'hommes de 15-49 ans, pour lesquels le niveau d'instruction est manquant..

La répartition selon le milieu de résidence montre que 33 % des femmes et 36 % des hommes résident en milieu urbain. La répartition géographique de la population reflète bien le poids démographique respectif de chaque île. Ainsi, le tableau 2 révèle que les îles de Ngazidja (48 % de femmes et 50 % d'hommes) et de Ndzouani (46 % de femmes et 43 % d'hommes) sont celles qui comptent les proportions les plus élevées de femmes et d'hommes, suivi de l'île de Mohéli (6 % de femmes et 7 % d'hommes).

On constate que globalement, les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, 31 % des femmes n'ont aucun niveau d'instruction contre 16 % chez les hommes. À l'opposé, 49 % des femmes contre 56 % des hommes ont atteint un niveau secondaire ou plus.

### 3.3 Fécondité

L'estimation du niveau de la fécondité est obtenue directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Les indicateurs sont calculés sur la période de trois ans précédant l'enquête. Cette période de trois années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et réduire les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarés par la mère. La fécondité est mesurée par les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'auraient ces femmes, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

Le tableau 3 indique qu'en moyenne, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 4,3 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (en moyenne, 4,8 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,5 enfants). On observe également qu'à tous les âges, les taux de fécondité par âge sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain (Graphique 1). Les courbes de fécondité urbaine et rurale suivent une tendance similaire, c'est-à-dire, qu'elles augmentent rapidement pour atteindre un maximum à 30-34 ans avant de baisser de façon régulière avec l'âge. En milieu urbain, le niveau de fécondité maximum atteint est 165 ‰ alors qu'en milieu rural, le maximum atteint, est de 224 ‰. De plus, si les adolescentes de 15-19 ans ne contribuent que pour 9 % à la fécondité totale du milieu urbain, elles contribuent pratiquement dans la même proportion (8 %) à la fécondité du milieu rural.

**Tableau 3. Fécondité actuelle**

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des trois années précédant l'enquête, par milieu de résidence, Comores 2012

Groupe d'âges	Milieu de résidence			EDSC-I 1996
	Urbain	Rural	Ensemble	
15-19	66	72	70	66
20-24	135	189	171	196
25-29	160	216	197	237
30-34	165	224	205	246
35-39	100	147	131	164
40-44	51	70	63	78
45-49	18	34	28	29
ISF (15-49)	3,5	4,8	4,3	5,1
TGFG	116	154	141	161
TBN	27,7	34,5	32,3	33,9

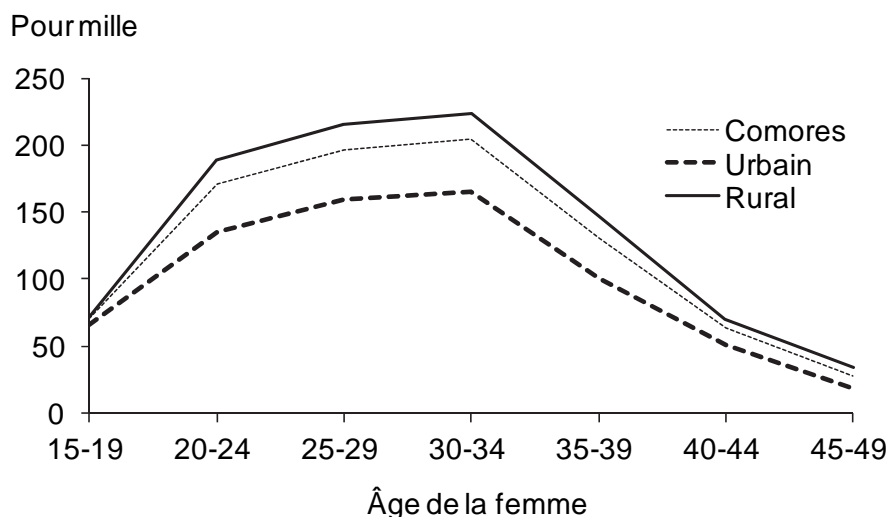
Note: Les taux sont exprimés pour 1000 femmes. Les taux pour le groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'enquête.

ISF : Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme.

TGFG : Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15-44 ans.

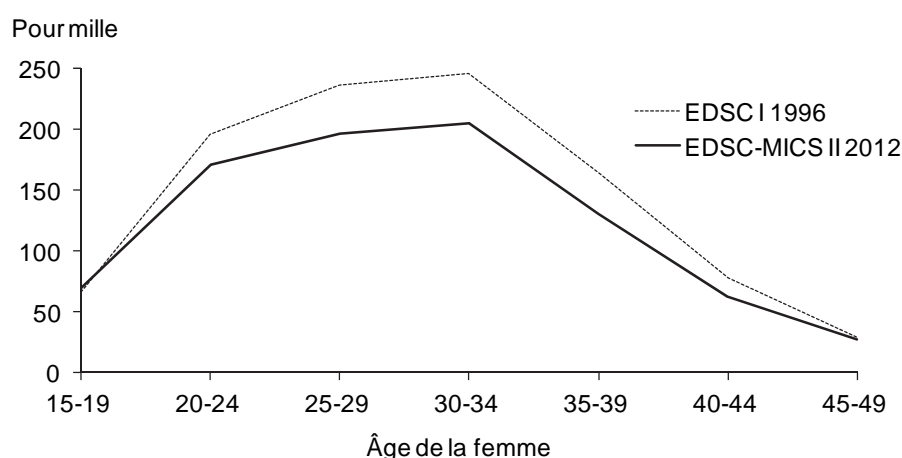
TBN : Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus.

**Graphique 1**  
**Taux de fécondité générale par âge**  
**selon le milieu de résidence**



En 1996, l'ISF avait été estimé à 5,1 enfants par femme (4,1 en urbain et 5,5 en rural), contre 4,3 en 2012 (3,5 en urbain et 4,8 en rural). Il semble donc une baisse du niveau de fécondité entre les deux enquêtes. La comparaison des taux par âge de 1996 et 2012 (Graphique 2) met en évidence des courbes régulières et très proches, le niveau maximum de fécondité étant toujours atteint à 30-34 ans.

**Graphique 2**  
**Taux de fécondité générale selon l'EDSC I 1996**  
**et l'EDSC-MICS II 2012**



### 3.4 Préférences en matière de fécondité

Parmi les femmes actuellement en union, 20 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (supplémentaires), proportion relativement élevée. À l'opposé, 69 % des femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant : 26 % ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant dans les deux années à venir, et 30 % souhaiteraient cet enfant plus tard (après deux ans) c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certain espacement des naissances (Tableau 4). Par ailleurs, 13 % des femmes voudraient un enfant ou un enfant supplémentaire mais sans savoir quand. Par rapport aux données de l'EDSC 1996, on constate que la proportion de femmes qui ne veulent plus d'enfant a baissé (33 % contre 20 %) ; en outre, la proportion de femmes qui souhaitent espacer leur prochaine naissance est, elle aussi, restée pratiquement la même (31 % en 1996 et 30 % en 2012). De même, la proportion de femmes qui désirent avoir un prochain enfant dans les deux années à venir (24 % en 1996 et 26 % en 2012) et celle des indécisés (5 % en 1996 et 4 % en 2012) n'ont également pratiquement pas varié. Par contre la proportion de femmes qui veulent des enfants mais ne savent pas quand est passée de 4 % à 13 %.

**Tableau 4 Préférences en matière de fécondité**

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants (supplémentaires), selon le nombre d'enfants vivants, Comores 2012

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants <sup>1</sup>							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt <sup>2</sup>	48,2	37,2	28,0	21,0	19,1	14,8	8,1	25,7
Veut un autre plus tard <sup>3</sup>	9,3	45,1	46,3	40,8	34,5	25,4	14,0	30,0
Veut un autre, NSP quand	39,8	10,6	9,9	11,2	5,5	5,8	5,6	13,3
Indécise	0,7	1,6	4,3	4,3	5,5	8,5	4,0	3,8
Ne veut plus d'enfant	0,6	2,6	4,9	15,0	21,5	32,2	53,7	18,9
Stérilisée	0,2	0,0	0,2	1,3	0,7	2,4	1,5	0,8
S'est déclarée stérile	1,0	1,2	1,8	1,4	5,7	6,4	8,8	3,7
Manquant	0,3	1,8	4,6	4,9	7,5	4,5	4,3	3,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	528	486	485	446	404	309	603	3 261

<sup>1</sup> Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle.

<sup>2</sup> Veut une autre naissance dans les deux ans.

<sup>3</sup> Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus.

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance augmente de façon importante avec le nombre d'enfants vivants : de 3 % chez les femmes ayant un seul enfant vivant, la proportion passe à 5 % chez celles ayant deux enfants vivants, 15 % chez celles ayant trois enfants vivants, et atteint un maximum de 54 % chez les femmes ayant six enfants ou plus. La proportion de femmes qui veulent espacer leurs naissances (attendre deux ans ou plus avant le prochain enfant) est relativement élevée quel que soit le nombre d'enfants vivants, sauf chez les femmes sans enfant (9 %).

### 3.5 Utilisation de la contraception

L'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans en union n'est pas très élevée : 19 % ont déclaré utiliser une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête (Tableau 5), et la plupart des utilisatrices utilisent des méthodes modernes (14 % contre 5 % pour les méthodes traditionnelles). La tendance est à la baisse pour l'utilisation de méthode quelconque depuis l'EDSC II 1996 puisque la proportion d'utilisatrices est passée de 21 % en 1996 à 19 % à l'enquête actuelle. Par contre, en ce qui concerne les méthodes modernes, y compris la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), la prévalence a augmenté, en passant de 11 % en 1996<sup>1</sup> à 14 % en 2012 (Graphique 3). La prévalence contraceptive traditionnelle a baissé (5 % en 2012 contre 9 % en 1996). L'augmentation de la prévalence contraceptive moderne provient essentiellement de celle des injectables (passant de 4 % à 6 %). Les injectables (6 %), la pilule (3 %), le condom et l'implant (2 %), sont les méthodes contraceptives moderne les plus utilisées. Toutefois, il faut noter que la stérilisation féminine a baissé de 3 % en 1996 à 1 % en 2012. Au niveau des méthodes traditionnelles, c'est la continence périodique qui constitue la méthode traditionnelle la plus utilisée (3 %).

En outre, les résultats mettent en évidence des écarts importants d'utilisation de la contraception. Du point de vue du milieu de résidence, c'est en milieu urbain que l'utilisation de la contraception est la plus fréquente : 21 % des femmes en union utilisent actuellement une méthode moderne en milieu urbain contre 11 % en milieu rural. En milieu urbain, 8 % de femmes utilisent les injectables, 5 % utilisent la pilule, 3 % utilisent les implants, 3 % le condom et 1 % la MAMA. Sur le plan régional, c'est à Ndzouani que la prévalence contraceptive moderne est la plus élevée (15 %) tandis qu'à Mohéli, seulement 9 % de femmes en union utilisent une méthode moderne.

Le niveau d'instruction des femmes constitue un autre facteur différentiel important. Chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus, 17 % utilisent actuellement une méthode moderne, contre 15 % chez celles ayant un niveau primaire et 11 % chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction.

Par ailleurs, on relève que la prévalence de la contraception moderne varie peu selon le groupe d'âges de la femme : en effet, quel que soit le groupe d'âges, la prévalence un peu élevée, varie entre 14 % aux groupe d'âges 15-19 ans et 17 % dans le groupe d'âges 35-39 ans, puis diminue pour atteindre un minimum de 5 % à 45-49 ans. Les plus fortes proportions d'utilisatrices se situent à 35-39 ans (17 %).

On note par contre que le niveau d'utilisation de la contraception moderne varie en fonction du nombre d'enfants vivants de la femme. Un peu élevée parmi les femmes sans enfant (11 %), la prévalence augmente avec le nombre d'enfants pour atteindre son maximum de 19 % lorsque la femme a 3-4 enfants vivants, et 16 % lorsqu'elle en a 5 enfants vivants ou plus.

---

<sup>1</sup> Il convient de noter qu'en 1996, la MAMA n'avait pas été posée dans le questionnaire.

Tableau 5. Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Comores 2012

Caractéristique sociodémographique	Méthode moderne									Méthode traditionnelle			Total	Effectif de femmes	
	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	DIU	Pilule	Injectable	Implant	Condom masculin	MAMA <sup>1</sup>	Une méthode traditionnelle	Continence périodique	Retrait			Autre <sup>2</sup>
<b>Groupe d'âges</b>															
15-19	19,7	13,5	0,0	0,0	0,9	4,0	0,8	6,3	1,4	6,2	4,5	1,7	0,0	80,3	216
20-24	19,1	14,3	0,0	0,2	3,0	4,7	0,9	4,9	0,7	4,8	2,2	2,6	0,0	80,9	526
25-29	21,4	14,9	0,0	0,0	3,0	7,0	1,9	2,3	0,7	6,5	3,2	3,3	0,0	78,6	676
30-34	20,1	14,5	0,1	0,0	3,9	6,5	1,9	0,8	1,2	5,6	2,7	2,5	0,4	79,9	637
35-39	20,6	16,8	2,4	0,0	4,7	5,9	1,9	1,2	0,8	3,7	3,0	0,7	0,1	79,4	567
40-44	20,1	14,4	2,0	0,1	2,5	6,5	2,1	0,5	0,8	5,7	4,9	0,7	0,1	79,9	390
45-49	8,4	5,3	2,0	0,3	1,2	1,2	0,3	0,3	0,0	3,1	3,1	0,0	0,0	91,6	249
<b>Milieu de résidence</b>															
Urbain	29,6	20,6	1,2	0,2	5,3	7,8	2,5	2,9	0,7	9,0	5,9	3,0	0,0	70,4	1 065
Rural	14,4	11,0	0,6	0,0	2,0	4,6	1,1	1,8	0,9	3,4	1,9	1,4	0,1	85,6	2 196
<b>Région/lieu</b>															
Mohéli	18,7	8,8	1,6	0,0	1,6	3,2	1,9	0,5	0,0	9,9	6,2	3,4	0,3	81,3	208
Ndzouani	19,4	15,0	1,3	0,1	3,3	6,5	2,1	0,4	1,3	4,4	3,2	1,0	0,2	80,6	1 447
Ngazidja	19,4	14,1	0,3	0,1	3,1	5,1	1,0	4,0	0,5	5,3	2,8	2,6	0,0	80,6	1 606
<b>Niveau d'instruction</b>															
Aucun	12,9	10,7	0,9	0,0	1,9	5,4	1,1	0,7	0,8	2,2	1,6	0,6	0,0	87,1	1 338
Primaire	19,1	15,3	0,9	0,0	3,7	6,9	2,0	0,9	1,0	3,8	3,2	0,6	0,0	80,9	718
Secondaire ou +	26,8	17,4	0,7	0,1	4,2	5,2	1,9	4,5	0,7	9,4	5,1	4,1	0,3	73,2	1 196
<b>Nombre d'enfants vivants</b>															
0	19,0	11,0	0,2	0,0	1,5	0,3	0,1	9,0	0,0	8,0	3,2	4,8	0,0	81,0	593
1-2	16,5	10,7	0,1	0,2	3,2	4,2	1,1	1,0	0,9	5,8	4,0	1,8	0,0	83,5	958
3-4	22,8	18,5	1,0	0,0	4,6	9,0	2,7	0,3	0,8	4,3	2,7	1,3	0,3	77,2	823
5+	19,5	16,0	1,9	0,0	2,7	7,7	2,0	0,5	1,3	3,5	2,7	0,7	0,0	80,5	888
Ensemble <sup>3</sup>	19,4	14,2	0,8	0,1	3,1	5,6	1,6	2,1	0,8	5,2	3,2	1,9	0,1	80,6	3 261

Note: Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.

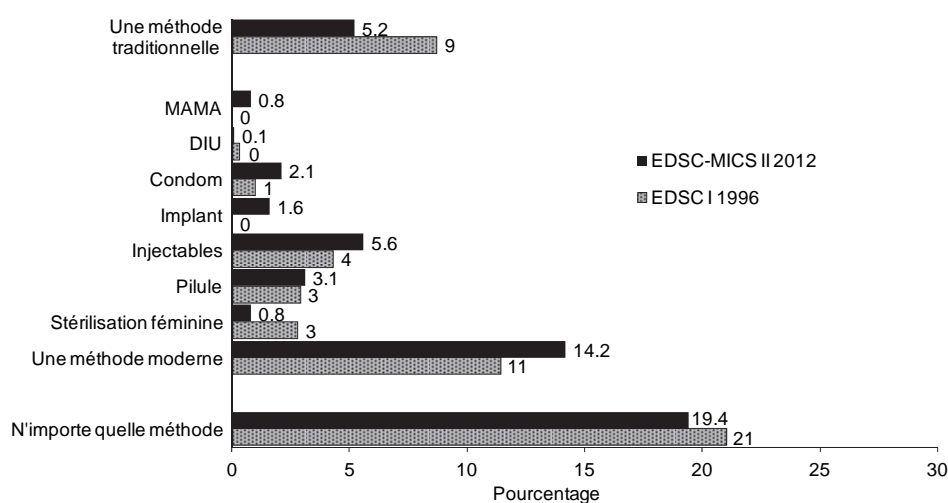
<sup>1</sup> MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.

<sup>2</sup> Y compris le retrait de presque 0,0%.

<sup>3</sup> Y compris 9 cas de femmes en union, pour lesquels le niveau d'instruction est manquant.



**Graphique 3**  
**Prévalence contraceptive (femmes en union),**  
**EDSC I 1996 et EDSC-MICS II 2012**



### 3.6 Soins prénatals et accouchement

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la mère et à son enfant une bonne santé.

Au cours de l'EDSC-MICS 2012, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant ont été posées à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête.

Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté et si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes leurs naissances ayant eu lieu au cours des cinq dernières années, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

Dans l'ensemble, 92 % des femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente (Tableau 6) et cette proportion a augmenté depuis l'EDSC I de 1996 (85 %) (Graphique 4). La proportion de femmes qui ont vu un professionnel de santé durant leur grossesse est assez élevée et elle varie peu en fonction de l'âge. On observe cependant un écart entre les milieux de résidence : en effet, les femmes vivant en milieu urbain (95 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (91 %). On ne remarque pas de différences selon les îles. En effet, le taux de consultation prénatale est assez élevée et elle est de 92 % quelle que soit l'île, Ngazidja ou à Mohéli. Par contre, malgré le niveau assez élevé, la proportion de femmes qui se sont rendues en visité prénatale est influencée par le niveau d'instruction. Les femmes sans niveau d'instruction (89 %) sont proportionnellement moins nombreuses que les autres à avoir bénéficié de soins prénatals au cours de la grossesse de leur dernier-né. Par contre, la quasi-totalité des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (96 %) ont reçu des soins prénatals.

Tableau 6 Indicateurs de santé maternelle

Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé pour la dernière naissance vivante et pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ; parmi toutes les naissances vivantes des 5 années ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé et pourcentage de celles qui ont eu lieu dans un établissement de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Comores 2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé <sup>1</sup>	Pourcentage de femmes dont la naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal <sup>2</sup>	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé <sup>3</sup>	Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
<b>Age de l'enfant en mois</b>						
< 11	92,2	40,2	687	84,0	76,2	704
12-23	91,7	46,0	611	86,0	80,8	692
24-35	93,4	44,9	361	81,1	75,4	622
36-59	91,1	39,6	406	79,5	73,9	1 219
<b>Age de la mère à la naissance</b>						
<20	90,1	34,3	233	81,6	72,0	433
20-34	92,8	44,6	1 422	82,5	77,4	2 285
35+	90,5	40,5	410	81,1	74,1	518
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	94,8	40,5	598	92,2	87,8	868
Rural	90,9	43,5	1 466	78,5	71,9	2 367
<b>Région/Ile</b>						
Mohéli	91,6	70,4	149	75,3	71,0	237
Ndzouani	92,2	33,1	1 057	76,0	69,7	1 725
Ngazidja	92,0	49,6	859	91,8	85,8	1 274
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>						
Aucun	89,1	38,5	896	72,0	65,8	1 516
Primaire	91,6	42,8	514	87,5	80,9	775
Secondaire ou +	96,4	48,4	647	94,1	89,0	934
Ensemble <sup>4,5</sup>	92,1	42,6	2 064	82,2	76,1	3 236

<sup>1</sup> Les médecins, les infirmières et sages-femmes sont considérés ici comme des prestataires formés pour les soins prénatals.

<sup>2</sup> Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 5 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, 5 injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

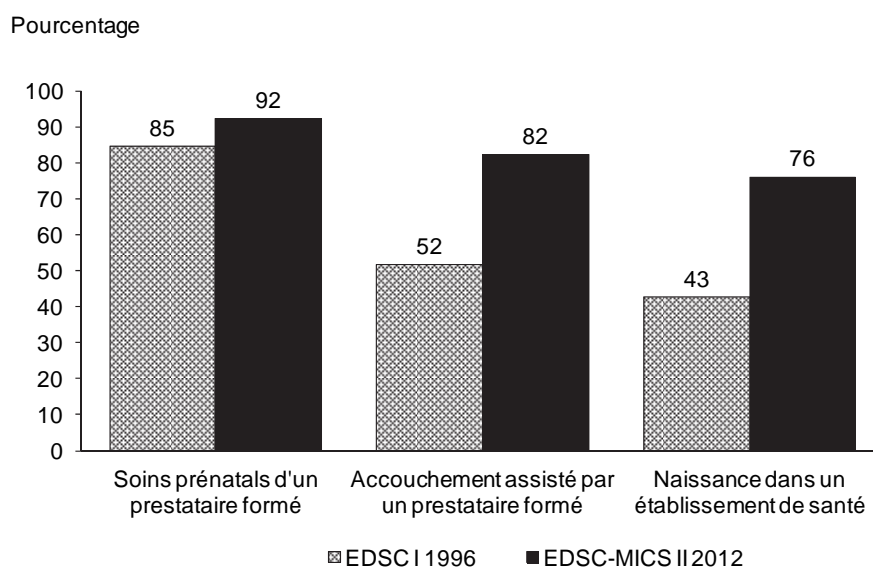
<sup>3</sup> Les médecins, les infirmières et sages-femmes sont considérés comme des prestataires formés pour l'assistance à l'accouchement.

<sup>4</sup> Y compris 8 cas de femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et 14 cas de naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pour lesquels le niveau d'instruction de la femme ou de la mère (pour les naissances) est manquant.

<sup>5</sup> Y compris 7 cas de femmes et 10 cas des naissances, pour lesquels le niveau d'instruction est manquant.

Les injections à l'anatoxine antitétanique (VAT) sont faites aux femmes enceintes pour prévenir le tétanos néonatal, une des causes les plus importantes de mortalité néonatale. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir, au minimum, deux injections antitétaniques pendant la grossesse ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou encore, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

**Graphique 4**  
**Indicateurs de santé maternelle et infantile,**  
**EDSC I 1996 et EDSC-MICS II 2012**



Le tableau 6 montre que la couverture vaccinale contre le tétanos des femmes enceintes est peu élevée : près des quatre femmes sur dix (43 %) ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néonatal. Par ailleurs, les nouveau-nés de mère résidant en milieu urbain (41 %) sont moins fréquemment protégés que ceux de mère résidant en milieu rural (44 %). De même, dans les îles, les résultats montrent que la couverture en VAT est inégale : les îles de Mohéli (70 %) et de Ngazidja (50 %) sont celles où la couverture est la meilleure. En revanche, dans l'île de Ndzouani, une proportion plus faible (33 %) des femmes ont reçu une protection adéquate contre le tétanos. La proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos néonatal augmente avec le niveau d'instruction de la mère. Cette proportion passe de 39 % quand la mère est sans niveau d'instruction à 48 % quand elle a atteint, au moins, le niveau secondaire.

Comme on l'a déjà mentionné, pour toutes les naissances survenues au cours des cinq dernières années, on a demandé à la mère où elle avait accouché et qui l'avait assistée à ce moment-là. Les résultats de l'EDSC-MICS 2012 révèlent que 76 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé, contre 43 % en 1996 (Graphique 4). Le pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé ne varie pas beaucoup avec l'âge. Par contre, on note un écart très important entre le milieu urbain où 88 % des femmes ont accouché en établissement de santé contre 72 % en milieu rural.

Les différences entre îles sont très importantes. Le pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé supérieur à 50 % quelle que soit l'île, passe de 70 % à Ndzouani, à 71 % à Mohéli et à 86 % à Ngazidja. Enfin, les proportions de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé varient positivement et de façon significative avec le niveau d'instruction : de 66 % chez les femmes sans niveau d'instruction, le pourcentage passe à 81 % chez les femmes de niveau primaire et à 89 % chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus.

En ce qui concerne l'assistance à l'accouchement, on observe que 82 % des femmes ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé formé lors de l'accouchement ; Cette proportion a énormément augmenté depuis 1996. (Graphique 4). L'assistance à l'accouchement par du personnel de santé formé présente les mêmes variations selon les caractéristiques sociodémographiques que celles observées pour l'accouchement en formation sanitaire.

### 3.7 Vaccination des enfants

Dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère de la Santé Publique et conformément aux recommandations de l’OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné s’il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTCoq<sup>2</sup> contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. D’après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations doivent avoir été administrées à l’enfant au cours de sa première année.

Lors de l’EDSC-MICS II, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient relevées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d’établir avec exactitude la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque le carnet de l’enfant n’était pas disponible. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âges auxquels ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV. Il apparaît au tableau 7 que pour 73 % des enfants de 12-23 mois, un carnet de vaccination a été montré à l’enquêtrice.

D’après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, 62 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 11 % n’ont reçu aucun vaccin. Les autres (27 %) ont donc été partiellement vaccinés. En particulier, 85 % des enfants ont reçu le BCG ; dans 82 % des cas, les enfants ont reçu la première dose de DTCoq ; et dans une proportion encore plus élevée (87 %), ils ont reçu la première dose de polio ; en outre, 75 % des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été donnée à plus de la majorité des enfants (81 %).

Pour le DTCoq et surtout la Polio, les déperditions sont importantes entre la première et la troisième dose. De 82 % pour la première dose de DTCoq, la couverture tombe à 79 % pour la deuxième et à 73 % pour la troisième, soit une déperdition de 11 % entre la première et la troisième dose. En ce qui concerne la Polio, les pourcentages respectifs sont 87 %, 80 % et 71 %, soit une déperdition de 18 % entre la première et la troisième dose.

La couverture vaccinale complète varie énormément d’une île à l’autre. À Ngazidja (78 %) et Mohéli (63 %), la majorité des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés. À l’opposé, dans l’île de Ndzouani (50 %), la proportion est seulement près de la moitié des enfants. C’est également dans l’île de Ndzouani que l’on trouve la proportion la plus élevée d’enfants de 12-23 mois n’ayant reçu aucun vaccin (13 %). L’instruction de la mère a aussi un effet positif sur la vaccination des enfants : le taux de couverture vaccinale complète passe de 56 % chez les enfants dont la mère est sans instruction à 69 % chez ceux dont la mère a, au moins, un niveau secondaire.

---

<sup>2</sup> Il faut noter que les enfants qui, d’après le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère, avaient reçu des doses de Pentavalent (ou Pentacoq) ont été comptabilisés ici comme ayant reçu les doses correspondantes de DTCoq.

Tableau 7. Vaccination des enfants

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête par source d'information (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Comores 2012

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTCoq <sup>1</sup>						Polio			Rougeole	Tous les vaccins <sup>3</sup>	Aucun vaccin	Pourcentage ayant présenté un carnet de vaccination		Effectif d'enfants	
		1			2			3						Aucun vaccin	Effectif d'enfants		
		1	2	3	0 <sup>2</sup>	1	2	3									
<b>Sexe</b>																	
Masculin	82,3	79,6	76,9	68,9	76,1	84,8	75,9	66,1	72,2	57,1	12,4	69,3	347				
Féminin	88,8	85,0	82,3	76,9	86,3	88,9	84,0	76,4	78,7	67,2	8,5	76,5	313				
<b>Milieu de résidence</b>																	
Urbain	87,3	83,3	80,7	73,5	84,2	85,6	77,8	68,7	75,0	60,2	10,5	68,4	200				
Rural	84,6	81,7	78,9	72,4	79,5	87,2	80,5	72,0	75,4	62,6	10,6	74,6	460				
<b>Région/île</b>																	
Mohéli	93,8	91,9	84,3	76,6	86,6	93,7	87,1	66,8	78,4	62,6	2,4	68,9	48				
Ndzouani	81,3	78,2	74,7	64,7	77,0	83,4	74,6	63,1	68,0	50,2	13,1	67,0	360				
Ngazidja	89,6	86,0	85,3	83,4	85,5	90,1	85,6	83,1	85,0	78,4	8,4	81,6	251				
<b>Niveau d'instruction</b>																	
Aucun	83,4	80,7	76,7	68,4	77,5	85,2	78,4	65,4	71,9	55,7	11,7	67,4	274				
Primaire	84,5	81,6	78,2	71,4	81,0	88,0	78,6	71,0	76,0	61,9	10,0	76,0	158				
Secondaire ou +	88,5	84,5	83,8	79,0	85,1	87,8	82,2	77,8	79,0	69,3	9,3	77,0	227				
Ensemble	85,4	82,2	79,4	72,7	80,9	86,7	79,7	71,0	75,3	61,9	10,5	72,7	660				

<sup>1</sup> DTCoq ou Pentacoq.

<sup>2</sup> Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.

<sup>3</sup> BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq (ou Pentacoq) et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance).

### 3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), la fièvre et la déshydratation induite par des diarrhées sévères constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée chaque fois qu'un enfant présente ces symptômes est cruciale et déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Pour obtenir les informations sur la prévalence et le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a demandé aux mères si, dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, l'enfant avait souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë) et/ou de la fièvre et s'il avait eu de la diarrhée ; de plus, dans chaque cas, on a demandé ce qui avait été fait pour traiter l'enfant.

Dans l'ensemble, 3 % des enfants ont présenté des symptômes d'IRA (Graphique 5). Parmi les enfants qui ont eu une IRA au cours des deux semaines avant l'enquête, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 38 % d'entre eux (Tableau 8). Cependant, les nombres de cas sont trop faibles pour permettre une analyse comparative selon les caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 8 Traitement des infections respiratoires aiguës, de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé; parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé ; parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu une solution préparée à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) et pourcentage qui ont été traités avec n'importe quel type de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Comores 2012

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA <sup>1</sup>		Enfants avec la fièvre		Enfants avec la diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé <sup>2</sup>	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé <sup>2</sup>	Effectif avec la fièvre	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/prestataire de santé <sup>2</sup>	Pourcentage à qui on a donné une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO)	Pourcentage ayant été traité avec une TRO <sup>3</sup>	Effectif avec la diarrhée
<b>Groupe d'âges en mois</b>								
<6	*	15	52,2	58	32,5	29,5	48,3	55
6-11	*	7	40,5	95	44,3	37,0	62,8	107
12-23	(35,9)	25	52,7	187	40,2	45,1	64,7	179
24-35	*	22	40,7	125	33,0	31,2	60,5	77
36-47	*	12	31,1	114	42,8	34,7	53,6	70
48-59	*	6	50,2	82	41,3	33,0	(57,8)	26
<b>Sexe</b>								
Masculin	43,3	46	43,0	339	41,4	38,6	59,0	264
Féminin	(32,4)	41	46,3	321	37,7	36,6	61,1	251
<b>Milieu de résidence</b>								
Urbain	(46,7)	27	45,0	221	40,5	40,2	68,1	136
Rural	34,2	59	44,4	439	39,3	36,7	57,1	379
<b>Région/Ile</b>								
Mohéli	(44,8)	11	52,6	50	46,2	49,8	60,1	31
Ndzouani	(36,8)	46	43,8	372	38,0	39,2	65,6	318
Ngazidja	(37,8)	30	44,2	238	41,3	32,3	49,3	166
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>								
Aucun	(39,0)	44	44,2	261	39,8	37,8	58,4	237
Primaire	*	15	42,7	174	36,6	31,6	54,7	132
Secondaire ou +	(40,8)	27	46,9	224	41,6	42,4	67,3	145
Ensemble <sup>4</sup>	38,1	87	44,6	660	39,6	37,6	60,0	515

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

<sup>1</sup> Les symptômes d'IRA (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou à des difficultés respiratoires associées à des problèmes de congestion dans la poitrine) sont considérés comme des indicateurs de la pneumonie.

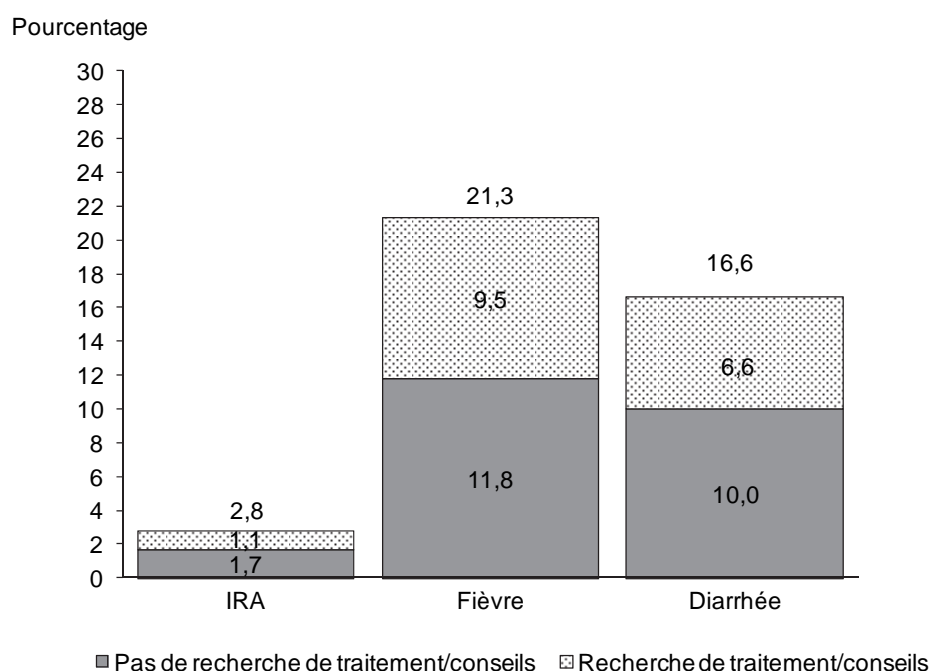
<sup>2</sup> Non compris les pharmacies, les vendeurs ambulants, et les boutiques.

<sup>3</sup> Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et les solutions maison recommandées.

<sup>4</sup> Y compris 1 cas d'enfants avec la fièvre et 1 cas d'enfants avec la diarrhée, pour lesquels le niveau d'instruction de la mère est manquant.

Dans l'ensemble, 21 % des enfants ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête (Graphique 5). Parmi ces enfants, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 45 % d'entre eux (Tableau 8). Les enfants du milieu rural (44 %), ceux des îles de Ndzouani et de Ngazidja (44 %), et ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (44 %) ou est de niveau primaire (43 %) sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché des soins en cas de fièvre. Le sexe de l'enfant ne semble pas influencer de façon importante la décision de recherche d'un traitement (46 % pour les filles contre 43 % pour les garçons).

**Graphique 5**  
**Prévalence des maladies des enfants de moins de cinq ans et recherche de traitement EDSC-MICS II 2012**



EDSC-MICS II 2012

Par ailleurs, 17 % des enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête (Graphique 5). Un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour 40 % de ces enfants (Tableau 8). Par ailleurs, 38 % des enfants malades ont reçu une solution de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et 60 % ont reçu une Thérapie de Réhydratation Orale (TRO, à savoir soit une SRO, soit une solution maison sucrée salée). Les résultats selon le milieu de résidence ne font pas apparaître de variations très importantes (41 % en milieu urbain contre 39 % en milieu rural pour la recherche de traitement ; 68 % en milieu urbain et 57 % en milieu rural pour le recours à la TRO).

### 3.9 Indicateurs du paludisme

La lutte contre le paludisme occupe une place importante dans toutes les politiques et stratégies nationales de développement mises en place ces dernières années. Ainsi, dans l'étude Prospective Nationale Comores 2025, la Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté et le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté ont retenu la lutte contre le paludisme comme un des axes stratégiques prioritaires de lutte contre la pauvreté.

L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement de la fièvre chez les enfants par des antipaludéens, et la prise préventive d'antipaludéens par les femmes enceintes constituent les moyens les plus efficaces de lutte contre le paludisme.

Les données obtenues à l'EDSC-MICS 2012 permettent d'évaluer les proportions de ménages disposant de moustiquaires, en particulier les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) et leur utilisation par les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Il ressort du tableau 9, qu'aux Comores, près de huit ménages sur dix possèdent, au moins, une moustiquaire, qu'elle ait été traitée ou non (79 %). Cette proportion est un peu plus élevée en milieu rural (80 %) qu'en milieu urbain (76 %). En ce qui concerne les MII, les proportions qui en possèdent sont de 57 % pour les ménages du milieu urbain et de 60 % pour ceux du milieu rural. Dans l'ensemble, 59 % des ménages possèdent au moins une moustiquaire de ce type.

La proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant passé la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire, quelle qu'elle soit, est de 61 % : elle est du même niveau en milieu urbain et en milieu rural. Étant donné que la possession de MII n'est pas encore généralisée, la proportion d'enfants ayant dormi sous une MII n'est pas très élevée (41 %). Cette proportion est un peu plus élevée en milieu rural que rural urbain (43 % contre 39 %). Par ailleurs, si on se limite aux seuls enfants qui vivent dans un ménage possédant au moins une MII, on constate un taux d'utilisation des MII par les enfants plus élevé (67 %). Ce taux d'utilisation des MII atteint également 67 % dans chacun des deux milieux, urbain et rural.

En ce qui concerne les femmes enceintes, on constate qu'en moyenne près de sept femmes enceintes sur dix (70 %) ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Encore une fois, cette proportion est plus élevée en milieu rural (72 %) qu'en milieu urbain (65 %). La proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une MII est de 44 % (47 % en milieu rural et 38 % en milieu urbain). Par ailleurs, la proportion de femmes enceintes vivant dans un ménage ayant une MII et ayant dormi sous ce type de moustiquaire est de 75 %. Cependant, cette proportion est un peu plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural (respectivement 79 % et 74 %).

Pour réduire le paludisme pendant la grossesse et ainsi protéger le fœtus, il est recommandé que les femmes enceintes non seulement dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide mais aussi prennent, à titre préventif, des antipaludéens pendant la grossesse. Au cours de l'EDSC-MICS II, on a donc demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance pendant les cinq dernières années si, durant la grossesse la plus récente, elles avaient pris des antipaludiques et, dans le cas d'une réponse positive, de quels antipaludéens il s'agissait.

Pour seulement 60 % des dernières naissances ayant eu lieu au cours des deux années ayant précédé l'enquête, la mère a pris, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse : 59 % en milieu urbain et 60 % en milieu rural. Par contre, la proportion de femmes ayant reçu, au cours des visites prénatales, comme on le recommande, un Traitement Préventif Intermittent (TPI), à savoir deux doses de SP/Fansidar n'est que de 28 % et elle est quasiment identique selon le milieu de résidence urbain, rural (28 %).

Pendant la collecte des données, on a également demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et, dans ce cas, quels antipaludéens avaient été pris par cet enfant. Parmi les enfants de moins de cinq ans, 21 % avait eu de la fièvre dans les deux semaines précédentes. Cette proportion est un peu plus élevée en milieu urbain (25 %) qu'en milieu rural (20 %). Parmi ces enfants, 27 % ont pris un antipaludéen, dont la majorité ont pris une SP/Fansidar (12 %), une combinaison à base d'Artémisinine (4 %) et le sel de chloroquine (6 %). Dans 18 % des cas, l'antipaludéen a été pris rapidement après l'apparition de la fièvre. Le recours précoce aux antipaludéens est plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain (19 % contre 16 %) et, en particulier le recours à une SP/Fansidar (9 % contre 7 %).



Tableau 9 Indicateurs du paludisme

Possession et utilisation de moustiquaires, traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse et traitement des enfants ayant de la fièvre avec des antipaludéens, selon les milieux de résidence urbain et rural, Comores 2012

Indicateur du paludisme	Milieu de résidence					
	Urbain		Rural		Ensemble	
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
<b>Moustiquaires</b>						
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire (imprégnée ou non)	76,0	1 492	80,4	2 990	78,9	4 482
Pourcentage de ménages possédant au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MI) <sup>1</sup>	56,5	1 492	60,3	2 990	59,1	4 482
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	60,8	933	60,5	2 464	60,6	3 397
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'enquête	38,5	933	42,5	2 464	41,4	3 397
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dans les ménages ayant une MI qui ont dormi sous une MI, la nuit ayant précédé l'enquête <sup>1</sup>	66,5	539	67,1	1 560	67,0	2 099
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	65,2	85	71,9	262	70,3	348
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'enquête <sup>1</sup>	37,6	85	46,6	262	44,4	348
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages ayant une MI qui ont dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'enquête <sup>1</sup>	78,5	41	74,2	165	75,1	206
<b>Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide résiduel (PID)</b>						
Pourcentage de ménages dont l'intérieur du logement a été pulvérisé avec un insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois	7,3	1 492	2,8	2 990	4,3	4 482
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois <sup>1</sup>	42,4	933	44,8	2 464	44,1	3 397
Pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'enquête ou dans un ménage dont l'intérieur du logement a été pulvérisé d'insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois <sup>1</sup>	42,4	85	47,8	262	46,5	348
<b>Traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse</b>						
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a pris des antipaludéens à titre préventif au cours de la grossesse	58,7	378	59,8	920	59,5	1 298
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a reçu un Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours d'une visite prénatale <sup>2</sup>	27,8	378	27,8	920	27,8	1 298
<b>Traitement de la fièvre</b>						
Pourcentage d'enfants avec de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête	25,2	861	19,8	2 238	21,3	3 099
<b>Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris:</b>						
Une antipaludéen quelconque	23,3	217	28,4	444	26,7	660
SP/Fansidar	10,7	217	13,0	444	12,2	660
Chloroquine	5,6	217	5,8	444	5,7	660
Amodiaquine	1,2	217	0,5	444	0,7	660
Quinine	4,8	217	4,9	444	4,9	660
Combinaison avec artémisinine	2,8	217	5,0	444	4,3	660
Autre antipaludéen	1,0	217	4,0	444	3,0	660
<b>Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris le même jour/jour suivant l'apparition de la fièvre:</b>						
Une antipaludéen quelconque	15,6	217	19,2	444	18,0	660
SP/Fansidar	7,4	217	9,3	444	8,7	660
Chloroquine	3,2	217	3,7	444	3,6	660
Amodiaquine	0,2	217	0,1	444	0,1	660
Quinine	1,1	217	1,6	444	1,5	660
Combinaison avec artémisinine	2,8	217	4,4	444	3,9	660
Autre antipaludéen	1,0	217	3,0	444	2,4	660

<sup>1</sup> Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MI) est soit une moustiquaire pré-imprégnée permanente qui ne demande aucun traitement, soit une moustiquaire pré-imprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

<sup>2</sup> Le Traitement Préventif Intermittent consiste à administrer, de manière préventive, deux doses de SP/Fansidar au cours des visites prénatales.

### 3.10 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel est la principale source de nutriments pour l'enfant. Pendant les six premiers mois, l'allaitement exclusif, c'est-à-dire sans aucun autre ajout, est recommandé par l'OMS parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une croissance optimale à l'enfant, on introduise dans son alimentation des aliments solides de complément. Le tableau 10 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

L'allaitement est une pratique quasi universelle aux Comores et durant une période assez longue. En effet, les résultats de l'enquête montrent que 94 % des enfants de moins de six mois sont allaités et qu'à 12-15 mois, 70 % le sont encore. Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois n'est pas bien suivie. En effet, dans le groupe d'âges 0-5 mois, seulement un enfant sur dix (12 %) n'a reçu que du lait maternel, c'est-à-dire qu'il a été exclusivement allaité au sein. Dans 88 % des cas, ces enfants ont déjà reçu autre chose en plus d'être allaités, essentiellement de l'eau seulement (30 %), des jus et autres liquides non lactés (7 %), des aliments de complément (24 %) et d'autres laits (21 %). Par rapport aux recommandations internationales en matière d'alimentation des jeunes enfants, l'introduction d'autres liquides ou suppléments a donc lieu à un âge trop jeune. Les résultats montrent aussi que la recommandation, selon laquelle il est nécessaire d'introduire des aliments solides de complément à partir de l'âge de six mois, n'est pas encore complètement suivie : en effet, seulement 71 % des enfants de 6 à 9 mois reçoivent, en plus du lait maternel, des aliments de complément. Par ailleurs, une proportion non négligeable d'enfants sont nourris avec un biberon (27 % des enfants de 0-5 mois).

Tableau 10. Allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère par type d'allaitement, pourcentage actuellement allaités et pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon, selon l'âge en mois, Comores 2012

Groupe d'âge en mois	Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement							Total	Pourcentage actuellement allaité	Effectif de derniers-nés de moins de 2 ans	Pourcentage utilisant un biberon	Effectif d'enfants de moins de 2 ans
	Non allaités	Exclusivement allaités	Allaités et eau seulement	Allaités et jus/ liquides non-lactés	Allaités et autres laits	Allaités et aliments de complément						
0-1	6,8	21,0	38,6	10,5	17,3	5,8	100,0	93,2	80	18,1	80	
2-3	8,1	5,7	33,9	6,8	23,7	21,9	100,0	91,9	117	26,3	119	
4-5	3,1	12,4	22,6	4,4	21,1	36,5	100,0	96,9	148	32,8	151	
6-8	11,3	0,0	7,7	5,4	4,0	71,7	100,0	88,7	179	23,9	181	
9-11	13,4	0,2	2,5	4,4	0,9	78,5	100,0	86,6	137	14,6	141	
12-17	29,1	1,0	1,1	2,3	0,3	66,1	100,0	70,9	327	14,2	345	
18-23	42,1	0,0	0,7	0,5	0,0	56,6	100,0	57,9	256	13,4	315	
0-3	7,6	11,9	35,8	8,3	21,1	15,3	100,0	92,4	197	23,0	199	
0-5	5,6	12,1	30,1	6,6	21,1	24,4	100,0	94,4	345	27,3	350	
6-9	11,4	0,0	7,5	6,1	3,7	71,3	100,0	88,6	231	22,6	234	
12-15	30,3	1,5	0,6	1,7	0,0	65,9	100,0	69,7	228	14,8	239	
12-23	34,8	0,6	0,9	1,5	0,1	62,0	100,0	65,2	583	13,8	660	
20-23	43,3	0,0	1,0	0,0	0,0	55,7	100,0	56,7	158	11,7	187	

Note: Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de « 24 heures » (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités et eau seulement », « Jus/liquides non lactés », « Autre lait », et « Aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100 %. Ainsi les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides non lactés et qui ne reçoivent pas d'autres laits et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « Liquides non lactés » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

### 3.11 État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité ; en outre, la malnutrition affecte le développement mental de l'enfant. L'état nutritionnel des enfants est évalué sur la base de mesures anthropométriques. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDSC-MICS II. Ces données sur le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Ces indices sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart-type par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts-types en dessous de la médiane de la population de référence, sont considérés comme mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts-types en dessous de la médiane sont considérés comme étant sévèrement mal nourris. Le tableau 11 présente l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

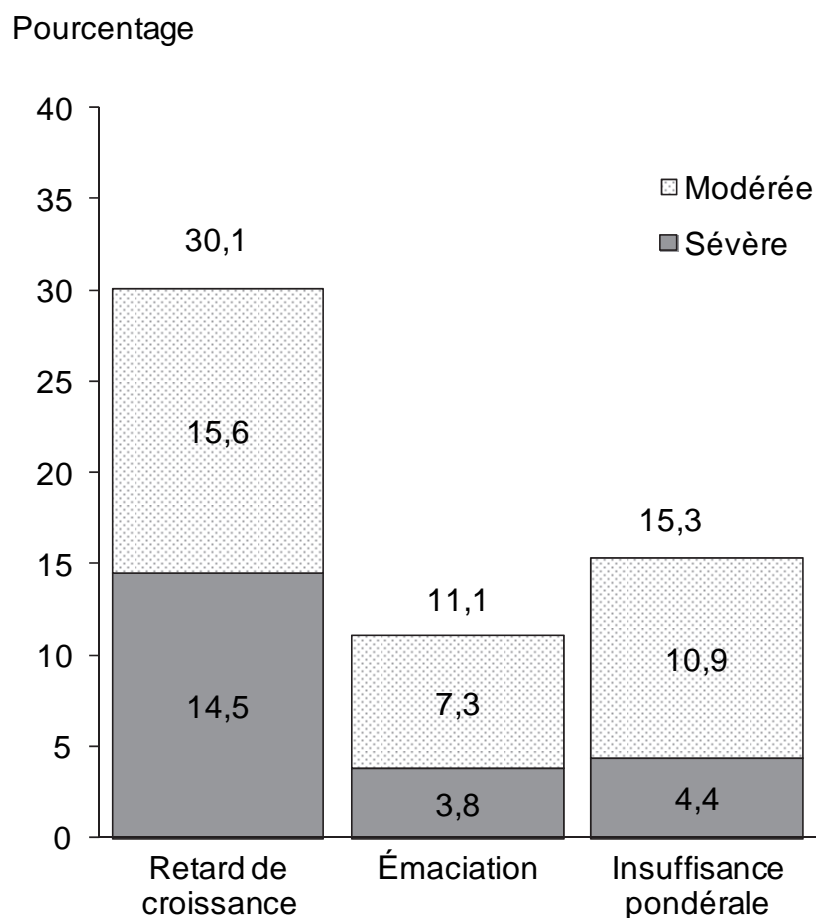
Les enfants dont la taille-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts-types de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un retard de croissance. Un retard de croissance est le signe d'une malnutrition chronique ; il reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (paludisme, par exemple).

Dans l'ensemble, 30 % des enfants souffrent de malnutrition chronique dont la moitié environ (15 %) sous la forme sévère (Graphique 6). Le niveau du retard de croissance augmente rapidement avec l'âge, de 18 % chez les enfants de moins de 6 mois, il passe à 32 % chez ceux de 9-11 mois, puis continue d'augmenter pour atteindre un maximum de 43 % à 18-23 mois, et se maintient à un niveau élevé après cet âge. Les enfants du milieu rural accusent plus fréquemment un retard de croissance que ceux du milieu urbain (32 % contre 25 %). La prévalence de la malnutrition chronique varie d'un minimum de 23 % à Mohéli et à Ngazidja à un maximum de 35 % à Ndzouani. Par ailleurs, les résultats montrent que le niveau de malnutrition chronique est nettement influencé par le niveau d'instruction de la mère : de 33 % chez les enfants de mère sans instruction et de 32 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire, la proportion d'enfants atteints de malnutrition chronique passe à 22 % chez ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous de moins deux écarts-types de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur. Cette forme de malnutrition aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et elle peut aussi être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée. Les résultats montrent que 11 % des enfants sont émaciés dont environ le tiers (4 %) sous la forme sévère (Graphique 6). Les résultats indiquent que les enfants de 0-5 mois, 6-8 mois et ceux de 9-11 mois ont les niveaux d'émaciation les plus élevés (18 %). Le niveau de malnutrition aiguë varie selon l'île de résidence : en effet, dans Mohéli (13 %) et Ndzouani (12 %), les niveaux de la prévalence de la malnutrition aiguë se situent parmi les plus élevés et c'est à Ngazidja qu'il est le plus faible (9 %).

Le surpoids et l'obésité concernent de plus en plus d'enfants dans les pays en développement, ce qui pourrait constituer dans l'avenir un nouveau problème de santé publique. Le pourcentage d'enfants dont le poids-pour-taille se situe au-dessus de deux écarts-types de la médiane de la population de référence sont en situation de surpoids ou sont atteints d'obésité. Alors que 11 % des enfants souffrent d'émaciation, à l'opposé, 9 % d'enfants sont trop gros. C'est dans Ngazidja (13 %) et dans une moindre mesure à Ndzouani (8 %) que les proportions d'enfants présentant un surpoids ou sont obèses sont les plus élevées.

**Graphique 6**  
**Prévalence de la malnutrition chez les**  
**enfants de moins de cinq ans**



EDSC-MICS II 2012

Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts-types de la médiane de la population de référence présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Aux Comores, environ 15 % des enfants présentent une insuffisance pondérale dont un peu plus d'un tiers (4 %) sous sa forme sévère (Graphique 6). L'insuffisance pondérale touche dans une même proportion les garçons et les filles (15 % et 16 %), mais par contre, son niveau est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (17 % contre 12 %). Enfin, il faut signaler que c'est à Ndzouani (19 %) et à Mohéli (15 %) que les enfants sont également les plus touchés par l'insuffisance pondérale.

Tableau 11 État nutritionnel des enfants

Pourcentage des enfants de moins de 5 ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Comores 2012

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge <sup>1</sup>			Poids-pour-taille				Poids-pour-âge				Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET <sup>2</sup>	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET <sup>2</sup>	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET <sup>2</sup>	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	
<b>Groupe d'âges en mois</b>												
<6	3,4	17,7	(0,0)	9,6	17,7	11,7	(0,3)	4,8	12,2	7,2	(0,4)	256
6-8	7,9	19,9	(0,3)	4,8	17,5	7,3	(0,5)	2,2	14,0	3,4	(0,6)	157
9-11	17,2	31,7	(1,0)	2,6	18,1	9,6	(0,3)	7,5	19,3	0,0	(0,8)	119
12-17	13,7	30,5	(1,2)	2,8	13,6	9,5	0,0	2,4	13,5	2,0	(0,6)	299
18-23	25,6	42,8	(1,7)	3,2	9,4	8,1	(0,0)	3,4	16,9	1,5	(0,8)	282
24-35	14,4	32,8	(1,3)	2,4	7,1	10,1	(0,0)	3,5	13,1	2,0	(0,7)	554
36-47	17,0	31,4	(1,4)	4,6	8,7	8,1	(0,2)	6,3	18,1	2,4	(0,9)	580
48-59	13,2	27,5	(1,3)	2,7	10,8	9,7	(0,1)	4,5	15,9	1,9	(0,9)	516
<b>Sexe</b>												
Masculin	16,1	32,0	(1,3)	3,6	11,4	10,0	(0,1)	4,4	14,8	2,5	(0,8)	1 382
Féminin	12,9	28,3	(1,0)	4,1	10,8	8,6	(0,1)	4,3	15,9	2,5	(0,7)	1 379
<b>Milieu de résidence</b>												
Urbain	11,2	24,9	(0,8)	3,7	12,4	10,5	(0,2)	1,9	11,8	2,9	(0,6)	745
Rural	15,8	32,1	(1,3)	3,9	10,6	8,8	(0,1)	5,3	16,6	2,3	(0,8)	2 017
<b>Région/Ile</b>												
Mohéli	11,6	23,4	(0,9)	5,4	13,1	4,4	(0,5)	3,5	14,5	0,6	(0,9)	207
Ndzouani	16,9	35,4	(1,4)	4,1	12,0	7,8	(0,3)	6,2	19,1	1,6	(1,0)	1 552
Ngazidja	11,4	23,4	(0,9)	3,1	9,2	12,6	0,2	1,6	9,6	4,2	(0,4)	1 003
<b>Niveau d'instruction de la mère<sup>3</sup></b>												
Aucun	18,3	33,2	(1,3)	4,7	13,2	7,8	(0,3)	7,0	20,6	1,9	(1,0)	1 226
Primaire	12,8	32,1	(1,2)	3,0	8,2	11,0	0,1	2,9	12,8	3,0	(0,6)	590
Secondaire ou +	7,7	21,9	(0,8)	3,2	10,1	9,2	(0,1)	1,3	9,1	2,4	(0,5)	728
<b>Interview de la mère</b>												
Mère interviewée	14,2	29,8	(1,2)	3,9	11,1	9,0	(0,2)	4,5	15,7	2,2	(0,8)	2 449
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	10,1	27,1	(0,7)	4,1	12,3	8,2	(0,0)	2,4	11,7	4,9	(0,4)	104
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage <sup>4</sup>	20,7	35,8	(1,2)	3,5	10,7	12,9	0,0	3,7	12,9	4,1	(0,7)	204
Ensemble <sup>5,6</sup>	14,5	30,1	(1,2)	3,8	11,1	9,3	(0,1)	4,4	15,3	2,5	(0,8)	2 762

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en termes de nombre d'unités d'écart-type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les indices présentés dans ce tableau ne sont PAS comparables à ceux basés sur les normes NCHS/CDC/OMS de 1977 utilisées précédemment. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valables.

<sup>1</sup> Les enfants de moins de 2 ans et de moins de 85 cm sont mesurés en position allongée; les autres enfants sont mesurés en position debout.

<sup>2</sup> Y compris les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant.

<sup>3</sup> Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations proviennent du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'a pas été listée dans le Questionnaire Ménage.

<sup>4</sup> Y compris les enfants dont la mère est décédée.

<sup>5</sup> Y compris 4 cas d'enfants, pour lesquels le niveau d'instruction de la mère est manquant.

<sup>6</sup> Y compris 2 cas d'enfants, pour lesquels l'interview de la mère est manquante.

### 3.12 Mortalité des enfants

Les niveaux de mortalité infantile et juvénile comptent parmi les indicateurs les plus appropriés pour évaluer la situation socio-économique d'un pays. L'estimation de la mortalité infantile et juvénile constitue l'un des principaux objectifs de l'EDSC-MICS II. Le calcul des indices est basé sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés :

- 1) le quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire ;
- 2) le quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le quatrième anniversaire ;
- 3) le quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure globalement la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son quatrième anniversaire ;

4) les composantes de la mortalité infantile que sont :

le quotient de mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance ; et

le quotient de mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois.

Chacun de ces quotients est exprimé pour 1 000 naissances vivantes, sauf pour la mortalité juvénile qui est exprimé pour 1 000 enfants survivants à douze mois, et a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

Le tableau 12 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales précédant 2012. Pour la période des 5 dernières années avant l'EDSC-MICS II, le risque de mortalité infantile est évalué à 36 ‰ ; ce niveau se décompose de la manière suivante : 24 ‰ pour la mortalité néonatale et 12 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Le quotient de mortalité juvénile est estimé à 15 ‰. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans est de 50 ‰. En d'autres termes, aux Comores, environ un enfant sur vingt meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans.

**Tableau 12 Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans**

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de 5 ans ayant précédé l'enquête, et selon différentes sources, Comores 2012

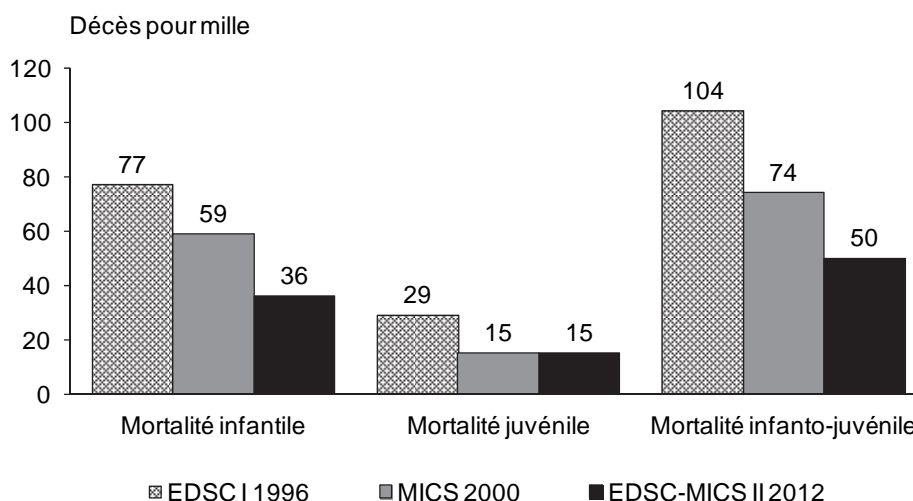
Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) <sup>1</sup>	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)	EDSC I, 1996 (5q0)	MICS 2000 <sup>2</sup> (5q0)
0-4	24	12	36	15	50	104	77
5-9	27	14	41	8	49	-	-

<sup>1</sup> Calculé par différence entre les quotients de mortalité infantile et néonatale.

<sup>2</sup> Le taux est estimé en utilisant la méthode indirecte (méthode de Brass).

Le graphique 7 présente l'évolution des quotients de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile d'après les résultats de l'EDSC I en 1996, de la MICS en 2000 et de l'EDSC-MICS II en 2012. Ces résultats mettent en évidence une tendance générale à la baisse des risques de décès des enfants avant l'âge de 5 ans.

**Graphique 7**  
**Tendance de la mortalité infantile et juvénile,**  
**EDSC I 1996, MICS 2000, et EDSC-MICS II 2012**



### 3.13 Connaissance du VIH/sida

Au cours de l'EDSC-MICS II, on a posé aux femmes et aux hommes une série de questions pour évaluer leur connaissance du VIH/sida, de ses modes de transmission et de prévention ; en outre, au cours de l'enquête, on a aussi posé aux femmes et aux hommes des questions sur leurs comportements sexuels.

À la lecture du tableau 13, on constate que, dans l'ensemble, la quasi-totalité des femmes (96 %) et la quasi-totalité des hommes (99 %) ont déclaré avoir déjà entendu parler du VIH/sida et ces proportions ne varient que très peu selon les différentes caractéristiques sociodémographiques.

Cependant, bien que la grande majorité de la population Comorienne ait déjà entendu parler du VIH/sida, on constate que les moyens de prévention sont moins bien connus : seulement 61 % des femmes et 80 % des hommes savent que l'utilisation d'un condom à chaque rapport sexuel et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté permettent d'éviter de contracter le virus. (Tableau 14). Les hommes sont légèrement mieux informés que les femmes sur ces moyens d'éviter l'infection. Par rapport à l'EDSC I de 1996, ces questions sur l'utilisation de condom à chaque rapport sexuel et la limitation de rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, n'ont pas été posées. Par conséquent, la connaissance des moyens d'éviter le VIH à l'EDSC-MICS II n'est pas comparable aux résultats de l'EDSC I de 1996.

Le tableau 14 montre par ailleurs que, chez les femmes comme chez les hommes, la connaissance des moyens d'éviter le virus est étroitement liée au niveau d'instruction. Cependant, que ce soit chez les femmes et chez les hommes ayant le niveau d'instruction le plus élevé (secondaire ou plus), on constate que le niveau de connaissance des deux moyens de prévention est loin d'être généralisé (respectivement 65 % et 84 %).

On constate aussi que les femmes et les hommes du milieu urbain connaissent un peu plus fréquemment ces deux méthodes de prévention que ceux du rural (respectivement 65 % contre 59 % et 82 % contre 78 %). Au niveau régional, les résultats montrent que ce sont les femmes des îles de Mohéli (70 %) et de Ngazidja (63 %) qui sont les mieux informées, alors qu'à Ndzuani (57 %), la proportion de celles qui connaissent ces deux moyens de prévention est plus faible. Chez les hommes, à l'exception de l'île de Mohéli (53 %) qui se caractérise par une proportion plus faible d'hommes qui connaissent ces deux

Tableau 13 Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Comores 2012

Caractéristique sociodémographique	Femme		Homme	
	A entendu parler du sida	Effectif de femmes	A entendu parler du sida	Effectif d'hommes
<b>Groupe d'âges</b>				
15-24	95,5	2 311	98,4	827
15-19	94,3	1 315	97,7	522
20-24	97,2	995	99,7	305
25-29	96,6	899	100,0	281
30-39	96,6	1 373	99,6	548
40-49	94,0	746	99,1	344
<b>État matrimonial</b>				
Célibataire	95,3	1 720	98,5	843
A déjà eu des rapports sexuels	98,7	115	100,0	393
N'a jamais eu de rapports sexuels	95,0	1 606	97,2	449
En union	95,9	3 261	99,4	1 064
En rupture d'union	96,4	348	100,0	93
<b>Milieu de résidence</b>				
Urbain	99,2	1 762	99,6	726
Rural	94,1	3 567	98,8	1 273
<b>Région/île</b>				
Mohéli	97,8	323	99,6	146
Ndzuani	96,2	2 424	98,1	855
Ngazidja	95,1	2 582	99,8	998
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun	92,5	1 652	97,5	320
Primaire	93,9	1 046	98,8	554
Secondaire ou +	98,6	2 616	99,6	1 123
Ensemble 15-49 <sup>1</sup>	95,8	5 329	99,1	1 999
50-59	na	na	100,0	168
Ensemble 15-59	na	na	99,1	2 167

na: Non applicable

<sup>1</sup> Y compris 16 femmes de 15-49 ans et 2 hommes de 15-49 ans, pour lesquels le niveau d'instruction est manquant.

moyens de prévention (respectivement, on note des proportions beaucoup plus élevées à Ngazidja (87 %) et à Ndzouani (76 %).

Tableau 14 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Comores 2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant déclaré que le risque de contracter le VIH pouvait être réduit en :				Pourcentage d'hommes ayant déclaré que le risque de contracter le VIH pouvait être réduit en :			
	Utilisant des condoms <sup>1</sup>	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté <sup>2</sup>	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté <sup>1,2</sup>	Effectif de femmes	Utilisant des condoms <sup>1</sup>	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté <sup>2</sup>	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté <sup>1,2</sup>	Effectif d'hommes
<b>Groupe d'âges</b>								
15-24	63,7	75,0	57,8	2 311	85,5	84,4	77,8	827
15-19	59,9	70,8	53,1	1 315	83,2	82,9	74,8	522
20-24	68,7	80,4	64,1	995	89,4	87,1	82,9	305
25-29	70,7	80,2	66,8	899	89,3	90,4	83,5	281
30-39	68,8	78,1	64,2	1 373	85,6	87,4	80,1	548
40-49	61,7	70,4	56,0	746	86,3	89,6	80,4	344
<b>État matrimonial</b>								
Célibataire	61,9	72,5	55,4	1 720	85,6	84,3	77,7	843
A déjà eu des rapports sexuels	84,9	91,9	83,6	115	91,4	89,4	84,0	393
N'a jamais eu de rapports sexuels	60,3	71,1	53,4	1 606	80,5	79,9	72,2	449
En union	68,1	77,9	63,5	3 261	86,6	88,9	81,1	1 064
En rupture d'union	65,3	75,3	60,7	348	86,7	89,1	80,8	93
<b>Milieu de résidence</b>								
Urbain	70,9	80,5	65,2	1 762	89,5	88,4	82,4	726
Rural	63,5	73,8	58,5	3 567	84,3	86,1	78,2	1 273
<b>Région/Ile</b>								
Mohéli	75,7	87,3	70,1	323	59,7	67,4	53,3	146
Ndzouani	62,8	76,5	57,0	2 424	83,4	83,8	75,8	855
Ngazidja	67,7	74,2	63,1	2 582	92,4	92,5	86,8	998
<b>Niveau d'instruction</b>								
Aucun	62,6	73,3	58,3	1 652	81,6	82,6	73,2	320
Primaire	58,9	70,4	53,1	1 046	83,9	82,7	75,4	554
Secondaire ou +	70,8	79,9	65,2	2 616	88,6	90,3	83,6	1 123
Ensemble 15-49 <sup>3</sup>	65,9	76,0	60,7	5 329	86,2	87,0	79,7	1 999
50-59	na	na	na	na	80,8	89,8	75,8	168
Ensemble 15-59	na	na	na	na	85,8	87,2	79,4	2 167

na = Non applicable

<sup>1</sup> En utilisant un condom à chaque rapport sexuel

<sup>2</sup> Partenaire sexuel qui n'a pas d'autres partenaires sexuels

<sup>3</sup> Y compris 16 femmes de 15-49 ans et 2 hommes de 15-49 ans, pour lesquels le niveau d'instruction est manquant.

### 3.14 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

Le multipartenariat dans les rapports sexuels accroît le risque de contracter le VIH. Ce risque est d'autant plus important car l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible. Au regard du tableau 15.1, on constate que 2 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est très faible dans tous les sous-groupes de femmes, sauf celles de 25-29 ans (3 %), 3049 ans (2 %), celles en union ou en rupture d'union (2 %), celles de Ngazidja (2 %), et celles sans niveau d'instruction ou de niveau primaire (2 %). Selon le milieu de résidence, la proportion semble la même (2 %).

Parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, 15,4 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de leurs derniers rapports sexuels. Étant donné le faible nombre de cas, il n'est pas possible d'analyser les différentiels.



Les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 1,6 partenaires sexuels au cours de leur vie. Ce nombre moyen ne présente guère de variation. Tout au plus, peut-on souligner que parmi les célibataires et les femmes en rupture d'union, il est un peu plus élevé que dans les autres sous-groupes de femmes (respectivement 2,2 et 1,7).

Tableau 15.1 Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois: Femmes

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels; nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Comores 2012

Caractéristique sociodémographique	Parmi toutes les femmes :		Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels <sup>1</sup> :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
<b>Groupe d'âges</b>						
15-24	0,8	2 311	*	19	1,4	837
15-19	0,6	1 315	*	7	1,3	262
20-24	1,1	995	*	11	1,5	575
25-29	3,1	899	(11,4)	28	1,6	719
30-39	1,7	1 373	(9,0)	24	1,6	1 248
40-49	2,4	746	*	18	1,7	694
<b>État matrimonial</b>						
Célibataire	0,2	1 720	*	3	2,2	112
En union	2,4	3 261	11,9	77	1,5	3 080
En rupture d'union	2,4	348	*	8	1,7	307
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	1,8	1 762	(13,7)	31	1,7	1 130
Rural	1,6	3 567	(16,3)	57	1,5	2 369
<b>Région/Ile</b>						
Mohéli	1,0	323	*	3	1,8	248
Ndzouani	1,3	2 424	*	31	1,3	1 432
Ngazidja	2,1	2 582	16,8	54	1,7	1 819
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	1,9	1 652	*	31	1,5	1 418
Primaire	1,9	1 046	*	19	1,7	762
Secondaire ou +	1,5	2 616	(24,4)	38	1,5	1 309
Ensemble <sup>2</sup>	1,7	5 329	15,4	88	1,6	3 499

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

<sup>1</sup> Les femmes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas prises en compte dans le calcul de la moyenne.

<sup>2</sup> Y compris 16 femmes de 15-49 ans et 9 femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, pour lesquelles le niveau d'instruction est manquant.

Le tableau 15.2 présente les mêmes résultats pour les hommes. On constate que 12 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est plus élevée dans les groupes d'âges 25-29 ans (20 %) et 40-49 ans (14 %). En outre, on note que les hommes en rupture d'union (20 %), en union (15 %), et ceux du milieu rural (13 %) sont proportionnellement plus nombreux que les autres à avoir eu au moins deux partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois. Le résultat chez les hommes en union s'explique probablement, en partie, par la pratique de la polygamie. Au niveau régional, le multipartenariat est plus fréquent parmi les hommes de l'île de Ngazidja (13 %). Cependant, la proportion ne varie pas beaucoup de celles dans les autres îles, Mohéli (11 %) et Ndzouani (12 %).

Parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, 34 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leurs derniers rapports sexuels. Encore une fois et comme chez les femmes, ces résultats portent sur un nombre de cas un peu faible pour être analysé selon les caractéristiques sociodémographiques.

Les hommes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 4,6 partenaires sexuelles au cours de leur vie. Ce nombre est élevé quel que soit le sous-groupe, et varie peu.

Tableau 15.2 Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes

Parmi tous les hommes de 15-59 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les hommes ayant eu plus d'une partenaire sexuelle aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels; Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Comores 2012

Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les hommes :		Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels <sup>1</sup> :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
<b>Groupe d'âges</b>						
15-24	8,5	827	52,3	70	3,2	367
15-19	7,3	522	(50,7)	38	2,7	175
20-24	10,4	305	(54,3)	32	3,6	191
25-29	19,9	281	57,9	56	4,1	213
30-39	13,4	548	25,8	73	5,0	431
40-49	14,1	344	(6,6)	48	5,9	291
<b>État matrimonial</b>						
Célibataire	7,9	843	54,4	67	3,4	346
En union	15,3	1 064	26,7	163	5,0	890
En rupture d'union	19,7	93	*	18	4,7	65
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	11,7	726	45,5	85	4,5	477
Rural	12,8	1 273	32,2	163	4,5	825
<b>Région/Ile</b>						
Mohéli	10,8	146	(43,7)	16	5,3	91
Ndzouani	12,3	855	20,3	106	4,4	523
Ngazidja	12,6	998	49,7	126	4,5	688
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	12,6	320	(10,2)	40	4,5	252
Primaire	11,2	554	33,5	62	4,9	338
Secondaire ou +	12,9	1 123	45,6	145	4,4	710
Ensemble 15-49 <sup>2</sup>	12,4	1 999	36,8	247	4,5	1 301
50-59	14,7	168	*	25	4,7	115
Ensemble 15-59	12,6	2 167	34,0	272	4,6	1 416

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

<sup>1</sup> Les hommes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne.

<sup>2</sup> Y compris 2 hommes de 15-49 ans et 2 hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, pour lesquels le niveau d'instruction est manquant.