

Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples

EDSCI-III



Côte d'Ivoire 2011-2012

Rapport Préliminaire

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida

Institut National de la Statistique

**MEASURE DHS
ICF International**

Ce rapport présente les résultats préliminaires de la troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSCI-III), combinée à l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS). L'EDSCI-III a été réalisée en Côte d'Ivoire de décembre 2011 à mai 2012 par le Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida (MSLS) et l'Institut National de la Statistique (INS). L'EDSCI-III a été réalisée avec l'appui financier de l'Etat de la Côte d'Ivoire, de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), PEPFAR, l'UNICEF, l'Union européenne, la Banque Mondiale, l'UNFPA, le Fonds Mondial et l'ONUSIDA. En outre, ICF International a fourni l'assistance technique par le biais du programme MEASURE DHS, programme financé par l'USAID et dont l'objectif est de fournir un support et une assistance technique à des pays du monde entier pour la réalisation d'enquêtes sur la population et la santé.

Pour tous renseignements concernant l'EDSCI-III, contacter l'Institut National de la Statistique (INS), BP V 55, Abidjan, Côte d'Ivoire. Téléphone : (225) 20-21-05 38 ; Fax : 20-21-63 27 ; Email: statistiques@aviso.ci

Pour obtenir des informations sur le programme MEASURE DHS, contactez ICF International, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA; Téléphone: 301-572-0200, Fax: 301-572-0999, E-mail: reports@measuredhs.com, Internet: <http://www.measuredhs.com> .

République de Côte d'Ivoire

Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSCI-III) 2011-2012

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Institut National de la Statistique

MEASURE DHS, ICF International
Calverton, Maryland, USA

Juillet 2012



TABLE DES MATIÈRES

I.	Introduction	1
II.	Méthodologie et réalisation de l'enquête.....	1
	2.1 Échantillonnage.....	1
	2.2 Questionnaires	2
	2.3 Tests d'hémoglobine, du paludisme et du VIH.....	3
	2.4 Formation et collecte des données.....	4
	2.5 Traitement des données.....	5
III.	RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES.....	5
	3.1 Couverture de l'échantillon.....	5
	3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	6
	3.3 Fécondité.....	7
	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	13
	3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfant.....	15
	3.9 Allaitement et alimentation de complément.....	17
	3.10 État nutritionnel des enfants	18
	3.11 Test d'anémie.....	20
	3.12 Mortalité des enfants	22
	3.13 Connaissance du VIH/sida	23
	3.14 Connaissance des moyens de prévention du VIH.....	24
	3.15 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom	25
	3.16 Indicateurs du paludisme	28
	3.17 Prévalence du paludisme	30
	3.18 Excision.....	31
	3.19 Situation des enfants.....	32
	3.20 Travail des enfants	33

LIST OF TABLES AND FIGURES

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 par nombre d'enfants vivants	8
Tableau 5	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques.....	10
Tableau 6	Indicateurs de santé maternelle	12
Tableau 7	Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques	14
Tableau 8	Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée	16
Tableau 9	Allaitement selon l'âge de l'enfant	17
Tableau 10	État nutritionnel des enfants.....	19
Tableau 11	Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes.....	21
Tableau 12	Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans.....	22
Tableau 13	Connaissance du sida	24
Tableau 14	Connaissance des moyens de prévention du VIH.....	25
Tableau 15	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois: Femmes.....	26
Tableau 16	Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes	27
Tableau 17	Indicateurs du paludisme	29
Tableau 18	Prévalence du paludisme chez les enfants et les femmes enceintes	30
Tableau 19	Mutilations génitales féminines	32
Tableau 20	Déclaration des naissances.....	33
Tableau 21	Travail des enfants	34

Graphique 1	Evolution du taux de fécondité par âge	8
Graphique 2	Indicateurs de Santé Maternelle, EDS 1998-99, EIS 2005 et EDS 2011-12.....	13
Graphique 3	Couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois) EDS 1998-99 et 2011-12.....	15
Graphique 4	Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, Côte d'Ivoire 2011-2012.....	23
Graphique 5	Prévalence du paludisme chez les enfants et les femmes enceintes	31

LISTE DES ACRONYMES

INS	Institut National de la Statistique
CDC	Centers for Disease Control, USA
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CRDH	Centre de Recherche pour le Développement Humain
CSPro	Census and Survey Processing
DHS	Demographic and Health Surveys
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DR	District de Recensement
DTCoq	Diphtérie, Tétanos et Coqueluche
EDSIII -MICS	Cinquième Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples En Côte d'Ivoire
IEC/CCC	Information, Education, Communication/Communication pour le Changement de Comportement
IRA	Infections respiratoires aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
LBV	Laboratoire de Bactériologie Virologie du CHU de Le Dantec, Dakar
MCD	Médecins Chefs de District
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
NCHS	National Center for Health Statistics
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SRO	Sel de Réhydratation par voie orale
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie orale
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agence américaine pour le développement international
VIH	Virus Immunodéficience Humaine
UFR	Unité de Formation et de Recherche
TDR	Test de Diagnostic Rapide

I. INTRODUCTION

La troisième Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire (EDSCI-III) combinée à l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS) a été réalisée par le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) en collaboration avec l'Institut National de la Statistique (INS). L'EDSCI-III 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'enquête a été financée par l'Etat de Côte d'Ivoire, de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), l'UNICEF, l'UNFPA, l'Union Européenne, la Banque Mondiale, le Fonds Mondial et l'ONUSIDA.

L'EDSCI-III a été conçue pour fournir des données utiles à la planification, au suivi et à l'évaluation dans les domaines de la population et de la santé. Les données ont été collectées sur le terrain du 5 Décembre 2011 au 5 avril 2012, suivi d'un retour dans certaines zones d'enquête entre le 10 avril et le 18 mai 2012 pour enquêter certains ménages non trouvés précédemment. Les données fournissent des estimations actualisées des indicateurs démographiques et sanitaires de base. L'EDSIII-MICS a collecté des données sur les niveaux de mortalité des enfants et des adultes y compris la mortalité maternelle, la fécondité, la santé infantile et maternelle, l'état nutritionnel, le VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles. En outre, l'EDSIII-MICS a permis d'estimer la prévalence de l'anémie, du paludisme et du VIH. D'autres volets inclus dans l'enquête fournissent des informations sur la situation des femmes et des enfants.

Ce rapport préliminaire présente plusieurs indicateurs clés produits à partir des données collectées par l'EDSCI-III. Une analyse complète des données sera publiée dans les prochains mois. Bien que provisoires, les résultats présentés dans ce rapport préliminaire ne seront pas significativement différents de ceux qui figureront dans le rapport final.

II. MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

2.1 Échantillonnage

L'EDSCI-III 2011-2012 vise la population des individus qui résident dans les ménages ordinaires de l'ensemble du pays. Un échantillon national de 10 413 ménages a été sélectionné. L'échantillon est stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 10 domaines d'étude, correspondant aux dix anciennes régions administratives et à la ville d'Abidjan, pour lesquels on dispose d'une estimation pour tous les indicateurs clés.

L'échantillon de l'EDSCI-III est un échantillon aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Au premier degré, des grappes ou districts de recensement (DR) ont été tirées sur l'ensemble du territoire national à partir de la liste des DR établie pour le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) réalisé en Côte d'Ivoire en 1998. Globalement, 352 grappes, dont 161 en milieu urbain et 191 en milieu rural, ont été sélectionnées en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille, la taille du DR étant le nombre de ménages. Compte tenu de l'ancienneté de cette base, une mise à jour complète des DR, tirés au premier degré, a été effectuée. Cette mise à jour a permis d'obtenir une liste complète de ménages résidant dans chaque DR sélectionné et cette liste a servi de base de sondage pour tirer les ménages au deuxième degré par tirage systématique à probabilité égale.

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux, un échantillon d'environ 5 600 hommes de 15-59 ans ont également été enquêtés. Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour le test du VIH. En outre, dans ce sous-échantillon de ménages, toutes ces femmes et tous ces hommes ainsi que tous les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour un test d'anémie. De plus, dans ce sous-échantillon, toutes les femmes éligibles ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin de déterminer leur état nutritionnel. Enfin, dans les ménages du même sous-échantillon, tous les enfants de moins de cinq ans et toutes les femmes enceintes étaient éligibles pour le test de parasitémie palustre.

2.2 Questionnaires

Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'EDSCI-III : le questionnaire ménage, le questionnaire femme et le questionnaire homme. Le contenu de ces documents est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme MEASURE DHS, auxquels ont été rajoutés certains modules développés par l'UNICEF dans le cadre des Enquêtes par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS).

Des réunions regroupant des techniciens représentant le gouvernement et les partenaires au développement ont été organisées pour définir les objectifs spécifiques de l'enquête. À l'issue de ces réunions, les questionnaires de base ont été adaptés pour tenir compte des besoins des utilisateurs et refléter les problèmes pertinents qui se posent en termes de population, de santé, de planification familiale, de VIH/sida et dans d'autres domaines de santé spécifiques, comme le paludisme.

Le Questionnaire Ménage a été utilisé pour lister tous les membres habituels et les visiteurs des ménages sélectionnés. Un des objectifs essentiels du Questionnaire Ménage était d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour des interviews individuelles et les enfants éligibles pour l'anthropométrie et le test d'anémie. Des informations de base sur les caractéristiques de chaque personne ont été collectées, y compris le lien avec le chef de ménage, l'âge, le sexe, la survie des parents, l'éducation scolaire et préscolaire, le travail des enfants, la déclaration à l'état civil. Le Questionnaire Ménage a également permis de collecter des informations sur les caractéristiques du ménage, comme la principale source d'eau de boisson, le type de toilette, le type de matériau du sol et du toit du logement, la possession de certains biens durables, la possession et l'utilisation de moustiquaires et le type de sel utilisé dans le ménage. Ce questionnaire a également été utilisé pour enregistrer les personnes éligibles, les résultats des mesures anthropométriques (poids et taille), les tests d'hémoglobine et du paludisme. Les prélèvements de sang pour les tests éclairés et volontaires de VIH ont été documentés sur d'autres supports.

Le questionnaire individuel femme est utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans. Il comprend les sections suivantes

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
- Historique des naissances (fécondité et mortalité des enfants) ;
- Connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Santé maternelle ;
- Santé des enfants, allaitement et les pratiques nutritionnelles ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Caractéristiques du conjoint et activité économique de la femme ;

- Connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles ;;
- Mortalité maternelle ;
- Excision ;
- Violence domestique.

Le questionnaire individuel homme est complètement indépendant du questionnaire femme, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15-59 ans sont identiques à celles posées aux femmes de 15-49 ans. Le questionnaire comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Activité économique ;
- Connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles.

2.3 Tests d'hémoglobine, du paludisme et du VIH

Dans un ménage sur deux, les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test du VIH. Dans ce sous-échantillon, les femmes de 15-49 ans, les hommes de 15-59 ans ainsi que les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test d'hémoglobine. En outre, dans ce même sous-échantillon, les enfants de 6-59 mois ainsi que les femmes enceintes de 15-49 ans étaient éligibles pour le test de paludisme. Les protocoles pour les tests d'anémie, du VIH et du paludisme ont été approuvés par le Comité National d'Éthique des Sciences de la Vie et de la Santé (CNESVS), par le Comité d'Éthique (Institutional Review Board) d'ICF International, et par CDC Atlanta.

2.3.1 Test d'hémoglobine

Le test d'hémoglobine est la principale méthode pour diagnostiquer l'anémie ; ce test est effectué en utilisant le système HemoCue. Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur piquait le bout du doigt avec une lancette rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang était récupérée dans une micro cuvette et ensuite introduite dans le photomètre HemoCue qui indiquait le niveau d'hémoglobine. Ce résultat, enregistré dans le questionnaire ménage, était communiqué à la personne testée, ou au parent/adulte responsable, en lui expliquant la signification du résultat. Si la personne présentait une anémie sévère (un niveau d'hémoglobine <7 g/dl), l'enquêteur lui fournissait une fiche de référence pour rechercher des soins auprès d'un service de santé.

2.3.2 Test du paludisme

Le paludisme, est une maladie infectieuse due à un parasite du genre Plasmodium, propagée par la piqûre d'un moustique femelle du genre Anophèles. Les prélèvements de sang ont été effectués auprès des femmes enceintes et des enfants de 6-59 mois des ménages sélectionnés. Deux tests de parasitémie palustre ont été utilisés : Test de diagnostic rapide (TDR) et goutte épaisse. Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur collectait une goutte de sang (généralement de la même piqûre faite pour le test d'hémoglobine) sur la bandelette du TDR. Les résultats du test de diagnostic rapide de parasitémie palustre étaient communiqués immédiatement aux participants après avoir été enregistrés dans le questionnaire ménage. S'il

s'agissait d'un paludisme simple, le malade était traité sur le champ avec l'association Artésunate + Amodiaquine tout en expliquant les contre-indications et les effets secondaires potentiels pendant le traitement.

Par ailleurs, un échantillon de gouttes de sang a été prélevé sur une lame pour confectionner la goutte épaisse qui a été analysée à l'unité de Paludologie du département de Parasitologie et Mycologie de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI).

2.3.3 Test du VIH

Le test du VIH a été effectué dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme. Les prélèvements de sang ont été réalisés auprès de tous les hommes et de toutes les femmes éligibles de ces ménages qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'est pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Par contre, au moment de la collecte, on a remis aux personnes éligibles, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, une carte de conseils/dépistage pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuit auprès des établissements de santé offrant ces services.

Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur prélevait des gouttes de sang capillaire sur un papier filtre. Une étiquette contenant un code à barres était alors collée sur le papier filtre. On a ensuite collé une deuxième étiquette avec le même code à barres sur le questionnaire ménage, sur la ligne correspondant à la personne éligible. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures dans une boîte de séchage contenant un dessicatif pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Les sacs en plastique individuels ont été ainsi conservés jusqu'à leur acheminement à la coordination de l'enquête à l'INS à Abidjan pour enregistrement, vérification et transfert au Projet Retro-CI. Le Projet Retro-CI enregistrerait à son tour les prélèvements avant de les stocker à basse température.

Lorsque la saisie des questionnaires a été terminée à l'INS, le fichier de données de l'enquête a été vérifié, apuré, et les coefficients de pondération ont été appliqués. Après avoir vérifié que le fichier de données était dans son format final, les résultats préliminaires présentés ici ont été générés et tous les identifiants permettant de retrouver un individu (plus précisément les numéros de ménage et de grappe) ont été brouillés et remplacés par des numéros générés aléatoirement. Tous les identifiants originaux ont été détruits du fichier de données. Par ailleurs, les couvertures des questionnaires contenant ces identifiants ont également été détruites. Ce n'est qu'à ce stade que Projet Retro-CI a été autorisé à commencer l'analyse des prélèvements de sang.

2.4 Formation et collecte des données

Toutes les procédures de collecte de l'EDSCI-III ont été pré-testées. Une vingtaine d'agents ont été recrutés et formés pendant quatre semaines sur le remplissage des questionnaires et les procédures de tests. La formation a comporté une phase théorique et une phase pratique en salle. Les activités de terrain du pré-test se sont déroulées dans deux zones urbaines et rurales d'Abidjan en dehors de l'échantillon. Le taux élevé d'acceptation des prélèvements sanguins au cours du pré-test a montré que la réalisation des tests pendant l'enquête proprement dite était possible. Les leçons tirées de ce pré-test ont été valorisées dans la finalisation des instruments de collecte.

Pour l'enquête principale, l'INS a recruté 144 candidats qui ont tous reçu une formation complète sur tous les volets de l'enquête du 24 octobre au 10 novembre 2011. À l'issue d'un test pratique, 108 meilleurs agents ont été retenus. Les 108 agents sélectionnés ont bénéficié d'une formation sur les prélèvements de sang et, parmi eux, 54 femmes ont participé à une session pratique de prélèvements de sang du 16 au 18 novembre dans 10 structures de santé.

À l'issue de la formation, 18 agents chargés des prélèvements, 18 contrôleuses, 18 chefs d'équipes hommes, 18 enquêteurs et 36 enquêtrices ont été retenus. Ces agents de terrain étaient repartis en 18 équipes.

La collecte des données a démarré le 5 Décembre 2011 à Abidjan qui a été totalement couverte avant le déploiement des équipes dans les autres régions. Cette approche a permis d'assurer un suivi rapproché des équipes. Ensuite, les équipes ont été déployées dans leurs zones respectives de travail, en fonction de leurs connaissances linguistiques. La collecte s'est achevée au mois de mai 2012.

2.5 Traitement des données

Les données de l'enquête ont été saisies au fur et à mesure de la collecte au moyen du logiciel CSPro. Un programme de contrôle de qualité a permis de détecter pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque enquêtrice, les principales erreurs de collecte. Ces informations étaient communiquées aux équipes de terrain lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données. La vérification de la cohérence interne des données saisies a été réalisée en mars-juin 2012.

III. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 Couverture de l'échantillon

Au cours de l'EDSCI-III, un échantillon de 352 grappes a été sélectionné dont 351 ont été enquêtées. Au total, 10 413 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 9 873 ménages occupés ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 9 873 ménages, 9 686 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 98 % (tableau 1). Les taux de réponses sont légèrement plus élevés en milieu rural (99%) qu'en milieu urbain (97%).

Dans les 9 686 ménages enquêtés, 10 848 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle, et pour 10 060 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 : 5 677 hommes étaient éligibles et 5 135 ont été interviewés (taux de réponses de 91 %). Les

taux de réponse observés en milieu rural sont sensiblement plus élevés que ceux obtenus en milieu urbain tant que chez les femmes (95% contre 91%) que chez les hommes (94 % contre 86 %).

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), Côte d'Ivoire 2012			
Résultat	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Interview des ménages			
Ménages sélectionnés	4 341	6 072	10 413
Ménages occupés	4 127	5 746	9 873
Ménages interviewés	4 013	5 673	9 686
Taux de réponse des ménages ¹	97,2	98,7	98,1
Interview des femmes de 15-49 ans			
Effectif de femmes éligibles	5 070	5 778	10 848
Effectif de femmes éligibles interviewées	4 595	5 465	10 060
Taux de réponse des femmes éligibles ²	90,6	94,6	92,7
Interview des hommes de 15-54[59] ans			
Effectif d'hommes éligibles	2 619	3 058	5 677
Effectif d'hommes éligibles interviewés	2 258	2 877	5 135
Taux de réponse des hommes éligibles ²	86,2	94,1	90,5

¹ Ménages interviewés/Ménages occupés.

² Enquêtes interviewés/Enquêtés éligibles

3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire celles en âge de procréer et les hommes de 15-59 ans constituent les populations-cibles de l'EDSCI-III. Le tableau 2 présente la répartition des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, l'état matrimonial, le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction. La répartition par âge met en évidence une forte proportion de jeunes. En effet, 20 % de femmes et 19 % d'hommes sont âgés de 15-19 ans ; environ 19 % de femmes et d'hommes appartiennent au groupe d'âges 20-24 ans. Au fur et à mesure que l'âge augmente, on constate une diminution des proportions. Globalement, ces caractéristiques reflètent la structure d'une population jeune.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés						
Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Côte d'Ivoire 2012						
Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15-19	20,1	2 023	1 997	18,8	873	924
20-24	19,4	1 953	1 987	18,7	867	887
25-29	19,1	1 922	1 862	16,7	774	758
30-34	15,0	1 508	1 478	15,8	734	687
35-39	11,2	1 129	1 142	11,9	553	539
40-44	8,5	852	887	10,0	462	444
45-49	6,7	672	707	8,1	374	383
Religion						
Musulmane	40,2	4 044	4 312	42,0	1 948	2 049
Catholique	19,4	1 947	2 014	17,9	830	824
Methodiste	2,5	249	208	1,9	88	78
Evangelique	19,3	1 946	1 719	11,4	528	461
Autre religions chretiennes	4,5	455	352	6,0	276	234
Animiste	2,1	212	305	6,6	308	332
Autres religion ou sans religion	12,0	1 207	1 150	14,2	659	644
Ethnie						
Akan	32,1	3 234	3 033	29,9	1 388	1 362
Krou	9,8	988	777	10,9	505	376
Mandé du Nord	12,4	1 243	1 570	13,8	642	742
Mandé du Sud	9,0	908	757	8,5	396	322
Voltaïque/Gur	15,0	1 505	1 941	13,6	630	818
Ivoiriens sans précision/Naturalisés/Autre	0,5	55	67	0,2	11	24
Non Ivoiriens/	21,1	2 127	1 915	23,0	1 065	978
Etat matrimonial						
Célibataire	30,2	3 038	2 949	46,9	2 176	2 226
Marié(e)	39,3	3 955	4 354	27,2	1 259	1 363
Vivant ensemble	23,4	2 353	2 099	21,4	992	853
Divorcé(e)/séparé(e)	4,9	490	433	4,0	185	159
Veuve/veuf	2,2	223	225	*	*	21
Milieu de résidence						
Urbain	51,4	5 170	4 595	51,6	2 394	2 091
Rural	48,6	4 890	5 465	48,4	2 242	2 531
Région						
Centre	6,3	636	778	5,4	251	321
Centre-Est	2,5	250	855	2,8	128	463
Centre-Nord	7,5	751	1 054	6,8	314	430
Centre-Ouest	13,7	1 379	842	14,0	650	406
Nord	5,0	506	844	4,4	202	343
Nord-est	3,9	392	774	3,8	177	354
Nord-Ouest	4,2	426	1 136	3,8	176	473
Ouest	10,6	1 069	824	11,5	534	446
Sud sans Abidjan	13,8	1 392	716	14,7	681	349
Sud-ouest	8,1	819	837	7,7	355	396
Ville d'Abidjan	24,3	2 440	1 400	25,2	1 170	641
Niveau d'instruction						
Aucun	53,2	5 351	5 744	34,3	1 591	1 733
Primaire	25,4	2 552	2 347	26,7	1 238	1 198
Secondaire	18,7	1 881	1 740	32,4	1 501	1 421
Supérieur	2,7	276	229	6,6	307	270
Ensemble 15-49	100,0	10 060	10 060	100,0	4 636	4 622
50-59	0,0	0	0	0,0	499	513
Ensemble 15-59	0,0	0	0	0,0	5 135	5 135

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

na = Non applicable

Note : Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

En ce qui concerne l'état matrimonial, on relève que 63 % de femmes et 49 % 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 (47 % contre 30 %).

La répartition selon le milieu de résidence montre que près de la moitié des femmes (51%) et des hommes (52 %) résident en milieu urbain.

En outre, on constate que globalement, les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, 34 % d'hommes contre 53 % de femmes n'ont aucun niveau d'instruction. La proportion d'hommes qui ont un niveau d'instruction primaire est de 27 % contre 25 % chez les femmes. De même, la proportion des hommes qui ont atteint un niveau secondaire (32 %) ou supérieur (7 %) est plus élevée que chez les femmes (19 % et 3% respectivement).

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 déclarée 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'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

Le tableau 3 indique que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à, en moyenne, 5,0 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (en moyenne, 6,3 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,7 enfants, en moyenne). On observe également qu'à tous les âges, les taux de fécondité sont plus élevés en milieu rural qu'urbain. Les données révèlent également une fécondité plus précoce en milieu rural qu'urbain. Ainsi, si dans l'ensemble, les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour 13 % dans la fécondité totale, les pourcentages correspondants sont de 16 % en milieu rural et de 11 % en milieu urbain.

Le graphique 1 permet de retracer les tendances de la fécondité. La comparaison des résultats de l'EDSCI 1998-99, EIS 2005 et de l'EDSCI 2011-2012 montre que les courbes de fécondité présentent une allure similaire et sont pratiquement confondues ce qui traduit une stabilité de la fécondité. En effet le nombre moyen d'enfants par femme estimé aujourd'hui à 5,0 n'est pas significativement différent de celui estimé à dans les autres enquêtes (5,2 en 1998-99 et 4,6 en 2005).

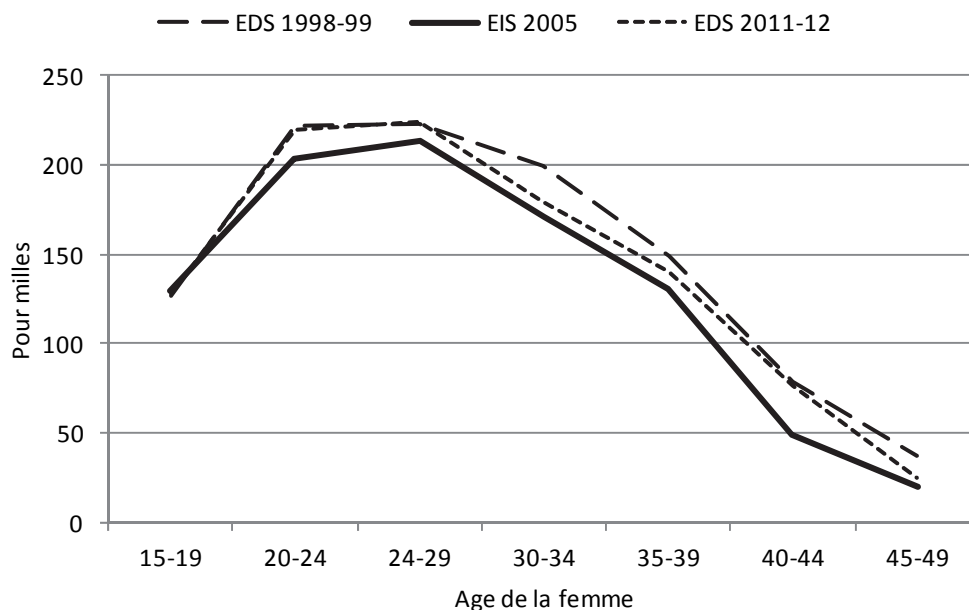
Tableau 3. Fécondité actuelle

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, Côte d'Ivoire 2012.

Groupe d'âges	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
15-19	80	196	128
20-24	160	289	220
25-29	179	269	224
30-34	141	212	179
35-39	110	164	140
40-44	62	88	77
45-49	9	37	25
	741	1255	
ISF (15-49)	3,7	6,3	5,0
TGFG	128	221	173
TBN	31,8	40,4	37,1

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 : Evolution du taux de fécondité par âge



3.4 Préférences en matière de fécondité

Parmi les femmes actuellement en union, 21 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfant. A l'opposé, dans 71 % des cas, les femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant : 41 % souhaiteraient cet enfant plus tard (dans un délai de deux ans ou plus) c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certain espacement des naissances, alors que 25 % le souhaiteraient rapidement, c'est-à-dire dans les deux années à venir (tableau 4). Enfin, dans 5 % des cas, les femmes voudraient un enfant ou un enfant supplémentaire mais elles ne savent pas quand.

Tableau 4. Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants

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

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Désir d'enfants								
Veut un autre bientôt ²	79,8	34,6	26,0	21,5	17,4	15,2	11,0	24,9
Veut un autre plus tard ³	8,6	51,9	57,8	49,9	43,6	36,7	17,4	41,4
Veut un autre, NSP quand	4,4	7,8	6,0	6,7	4,5	2,8	1,2	5,0
Indécise	1,0	1,3	2,2	4,7	5,4	5,6	7,2	4,1
Ne veut plus d'enfant	0,1	2,0	6,4	13,1	25,5	32,9	56,6	20,5
Stérilisé(e) ⁴	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,1
S'est déclarée stérile	5,7	1,6	1,0	3,1	2,9	4,5	6,2	3,3
Manquant	0,4	0,9	0,7	1,0	0,6	1,8	0,3	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	382	1 015	1 172	1 087	894	713	1 045	6 309

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle

² Veut une autre naissance dans les deux ans

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

⁴ Y compris la stérilisation féminine et masculine

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance augmente rapidement avec le nombre d'enfants vivants : de moins de 1 % chez les femmes sans enfant vivant, elle passe à 2 % chez les femmes ayant un enfant vivant, 6 % chez celles ayant deux enfants vivants, 13 % chez celles ayant trois enfants vivants, pour atteindre un maximum de 57 % chez les femmes ayant six enfants ou plus. Cependant, la proportion de femmes qui veulent espacer leurs naissances (attendre deux ans ou plus avant le prochain enfant) est importante presque partout, sauf chez les femmes sans enfant (9 %) et celles ayant six enfants ou plus (17 %).

3.5 Utilisation de la contraception

Les résultats du tableau 5 montrent que l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en union demeure toujours faible. En effet, seulement 18 % des femmes de 15-49 ans en union utilisent actuellement une méthode contraceptive quelconque (méthode moderne ou méthode traditionnelle). Par rapport à 1999, ce taux d'utilisation chez les femmes en union a légèrement augmenté, passant de 15 % à 18 %. Bien que toujours faible (13 %), la prévalence contraceptive moderne a presque doublé depuis 1998-1999, la prévalence étant passée de 7 % à 13 % à l'enquête actuelle. Parmi les méthodes modernes les plus couramment utilisées, on note dans l'ordre décroissant la pilule (7 %), les injectables (2 %) le condom masculin (2 %). Les autres méthodes modernes ne sont utilisées que dans moins de 1 % des cas. La prévalence des méthodes traditionnelles est faible et reste quasiment inchangée depuis 1999, passant de 7 % en 1999 à 6 % en 2012.

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 : 16 % des femmes en union utilisent actuellement une méthode moderne. En milieu urbain, 10 % de femmes utilisent la pilule, 3 % les injectables et 2 % le condom masculin. On note que dans toutes les régions, la pilule et les injectables sont les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées.

Le niveau d'instruction des femmes constitue un autre facteur différentiel important. La prévalence contraceptive est fortement associée au niveau d'instruction : chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur, 22 % utilisent actuellement une méthode moderne, contre 17 % chez les femmes ayant un niveau primaire et 9 % chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction.

Par ailleurs, on relève que la prévalence de la contraception moderne varie selon le groupe d'âges de la femme. La plus forte proportion d'utilisatrices (taux variant entre 12 % à 15 %) se situe à 20-44 ans, âges correspondant à la période de fécondité maximum. Chez les femmes de moins de 20 ans et celles de 45 ans ou plus, les taux sont relativement plus faibles : 7 % dans le groupe 15-19 ans, et 6 % à 45-49 ans.

Enfin, le nombre d'enfants vivants de la femme semble être un facteur déterminant de l'utilisation de la contraception moderne. Les femmes sans enfant, généralement plus jeunes, sont celles qui utilisent le moins fréquemment la contraception moderne (3 %).

Tableau 5. Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Caractéristique sociodémographique	Méthode moderne												Méthode traditionnelle					Effectif de femmes		
	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	DIU	Pilule	Injec-table	Implant	Condom		MAMA ¹	Autre	Une méthode traditionnelle			N'utilise pas actuellement					
								masculin	fémmin			Rythme	Retrait	Autre						
 Groupe d'âges																				
15-19	11,0	6,9	0,0	0,0	3,3	0,7	0,3	1,9	0,2	0,4	0,1	0,1	0,1	4,1	3,5	0,2	0,4	89,0	100,0	418
20-24	16,9	11,5	0,0	0,1	6,0	2,0	0,0	2,1	0,1	0,8	0,5	0,5	0,5	5,4	3,4	0,9	1,1	83,1	100,0	1 094
25-29	20,3	14,4	0,0	0,0	7,7	2,6	0,1	3,1	0,0	0,8	0,1	0,1	0,1	5,9	3,8	0,9	1,2	79,7	100,0	1 385
30-34	19,6	13,6	0,0	0,2	9,2	1,8	0,0	1,5	0,0	0,7	0,1	0,1	0,1	6,0	3,9	0,8	1,3	80,4	100,0	1 211
35-39	20,8	15,2	0,0	0,3	9,7	3,2	0,2	1,2	0,0	0,3	0,3	0,3	0,3	5,6	4,9	0,2	0,5	79,2	100,0	957
40-44	19,9	12,7	0,1	0,1	6,7	4,1	0,1	0,7	0,0	0,3	0,6	0,6	0,6	7,2	4,2	0,7	2,3	80,1	100,0	711
45-49	10,7	6,0	0,7	0,1	2,4	1,6	0,7	0,2	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	4,7	3,3	0,0	1,4	89,3	100,0	532
Milieu de résidence																				
Urbain	23,1	16,3	0,1	0,2	9,6	2,6	0,4	2,1	0,0	0,7	0,5	0,5	0,5	6,9	4,5	1,1	1,3	76,9	100,0	2 625
Rural	14,7	9,8	0,0	0,0	5,4	2,2	0,0	1,5	0,1	0,4	0,1	0,4	0,1	4,9	3,5	0,3	1,1	85,3	100,0	3 684
Région																				
Centre	10,5	8,9	0,0	0,0	7,9	0,4	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	1,7	1,3	0,0	0,4	89,5	100,0	367
Centre-Est	22,3	12,9	0,0	0,0	8,0	1,4	0,1	2,8	0,0	0,3	0,2	0,2	0,2	9,4	7,1	0,9	1,4	77,7	100,0	151
Centre-Nord	15,4	11,9	0,1	1,0	7,5	2,4	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	1,6	0,1	1,8	84,6	100,0	462
Centre-Ouest	19,3	11,2	0,0	0,0	7,0	1,7	0,0	1,9	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	8,0	6,1	0,8	1,1	80,7	100,0	988
Nord	17,8	11,7	0,0	0,1	5,6	4,8	0,0	0,9	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	6,1	5,2	0,0	0,9	82,2	100,0	388
Nord-est	13,3	10,8	0,0	0,2	7,8	1,4	0,0	0,6	0,0	0,7	0,2	0,2	0,2	2,5	2,3	0,0	0,2	86,7	100,0	254
Nord-Ouest	8,6	6,4	0,0	0,1	2,6	1,2	0,1	2,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	2,2	1,1	0,0	1,1	91,4	100,0	353
Ouest	14,5	9,5	0,2	0,0	3,3	2,8	0,3	2,4	0,0	0,4	0,1	0,1	0,1	5,0	3,2	0,7	1,0	85,5	100,0	793
Sud sans Abidjan	21,1	12,7	0,0	0,0	6,7	2,9	0,0	1,2	0,1	1,5	0,3	0,3	0,3	8,4	5,4	1,0	2,1	78,9	100,0	833
Sud-ouest	10,0	8,6	0,0	0,0	5,8	1,4	0,8	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,6	0,3	0,6	90,0	100,0	582
Ville d'Abidjan	29,2	21,3	0,2	0,2	12,3	3,3	0,3	3,2	0,0	0,8	1,0	0,8	1,0	7,8	5,1	1,4	1,4	70,8	100,0	1 137
Niveau d'instruction																				
Aucun	13,0	9,3	0,1	0,1	5,2	1,9	0,2	1,1	0,0	0,4	0,2	0,2	0,2	3,7	2,4	0,3	1,0	87,0	100,0	4 020
Primaire	25,8	17,3	0,0	0,1	9,6	3,2	0,2	3,0	0,0	0,7	0,2	0,2	0,2	8,6	6,0	0,7	1,9	74,2	100,0	1 538
Secondaire et plus	30,6	21,9	0	0	12,6	4,9	0,1	3,35	0	0,5	0,45	0,45	0,45	8,7	7,15	1,2	0,4	69,4	100,0	5 558
Nombre d'enfants vivants																				
0	7,0	3,4	0,0	0,0	2,0	0,6	0,0	0,4	0,1	0,0	0,4	0,4	0,4	3,5	2,9	0,4	0,2	93,0	100,0	554
1-2	17,9	11,6	0,0	0,0	6,4	1,7	0,1	2,8	0,0	0,4	0,2	0,2	0,2	6,3	4,1	1,0	1,2	82,1	100,0	2 198
3-4	20,6	15,2	0,0	0,2	9,3	2,7	0,1	1,6	0,1	0,8	0,4	0,4	0,4	5,4	3,9	0,6	0,9	79,4	100,0	1 885
5+	19,6	13,5	0,3	0,2	7,5	3,5	0,3	1,0	0,0	0,6	0,1	0,6	0,1	6,0	4,0	0,3	1,8	80,4	100,0	1 671
Ensemble	18,2	12,5	0,1	0,1	7,1	2,4	0,2	1,8	0,0	0,6	0,3	0,3	0,3	5,7	3,9	0,6	1,2	81,8	100,0	6 309

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

1 MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

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'EDSIII -MICS, 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, si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes leurs naissances survenues 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, 91 % de femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur plus récente naissance (tableau 6). Le recours aux consultations prénatales varie peu par rapport à l'âge de la femme. Cependant, on observe un écart important entre les milieux de résidence : en effet, les femmes vivant en milieu urbain (97 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (87 %). D'importantes disparités de cette proportion sont aussi observées selon les régions. Le Nord-Ouest (75 %) et le Sud-Ouest (77 %) se distinguent par les plus faibles taux de consultation prénatale. Le Nord (82 %) a un niveau intermédiaire alors que dans les autres régions, la proportion de femmes ayant consulté un professionnel de santé durant la grossesse dépasse les 90 % avec un maximum dans la région du Centre-Nord (96 %). Les femmes sans niveau d'instruction (88 %) ont moins bénéficié que les autres de soins prénatals au cours de la grossesse de leur dernier-né. Par contre, cette proportion atteint 95 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et 97 % lorsque la mère a un niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

Les injections à l'anatoxine tétanique (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.

Le tableau 6 montre que la couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos est relativement élevée : près de 7 femmes sur 10 (67 %) ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néonatal. Par ailleurs, les nouveau-nés de mère résidant en milieu urbain (75 %) sont plus fréquemment protégés que ceux du milieu rural (62 %). Par rapport aux régions, on note des écarts de couverture en VAT: elle dépasse 65 % dans toutes les régions, à l'exception des régions Sud-Ouest (52 %), Centre (54 %) et Nord-Ouest (59 %). La proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos néonatal augmente significativement avec le niveau d'instruction de la mère. En effet, elle passe de 64 % quand la mère est sans niveau d'instruction à 82 % quand elle a atteint le niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

Comme on l'a déjà mentionné, pour toutes les naissances survenues au cours des cinq dernières années, on a demandé où la mère avait accouché et qui l'avait assistée en ce moment-là. Les résultats de l'EDSCI-III révèlent que 57 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé. Le pourcentage de naissances survenues dans un établissement de santé varie légèrement avec l'âge et oscille entre 56 % et 58 %. Les écarts entre les villes et les campagnes sont très importants : en milieu urbain, 82 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé contre seulement 43 % en milieu rural. Les différences interrégionales sont également très importantes. La ville d'Abidjan se démarque avec 90 % de naissances en établissement de

santé; elle est suivie du Sud sans Abidjan avec 73 %, le Centre-Est avec 68 % et le Nord-Est avec 62 %. En dehors du Nord-Ouest (26 %), du Sud-Ouest (39 %) et du Centre (41 %) qui enregistrent les plus faibles taux ; les autres régions ont des niveaux intermédiaires. Enfin, les proportions de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé varient de manière positive avec le niveau d'instruction : de 50 % chez les femmes sans niveau d'instruction, le pourcentage passe à 87 % chez celles ayant un niveau secondaire ou supérieur.

En ce qui concerne le type d'assistance lors de l'accouchement, on observe que 59 % des femmes ont bénéficié de l'assistance de personnel de santé lors de l'accouchement. L'assistance à l'accouchement par du personnel de santé présente les mêmes variations selon les caractéristiques sociodémographiques que celles observées pour l'accouchement dans un établissement sanitaire. On constate aussi que cette assistance augmente progressivement depuis 1998 (Graphique 2).

Tableau 6. Indicateurs de santé maternelle

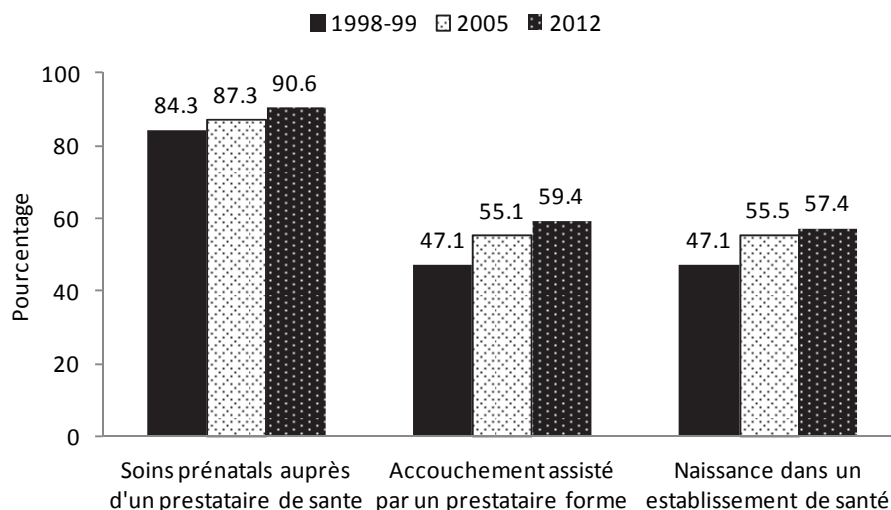
Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé pour la dernière naissance vivante et pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal, Parmi toutes les naissances vivantes des cinq 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, Côte d'Ivoire 2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé ¹	Pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé	Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance						
<20	90,4	61,3	854	57,6	56,2	1 297
20-34	90,8	68,4	3 579	60,2	58,0	5 205
35+	89,9	68,0	810	57,8	56,0	993
Milieu de résidence						
Urbain	96,7	74,7	2 092	84,4	82,0	2 802
Rural	86,5	62,2	3 153	44,5	42,8	4 693
Région						
Centre	90,5	54,1	360	42,3	41,4	534
Centre-Est	95,4	67,7	132	70,0	67,8	178
Centre-Nord	96,3	75,4	389	56,3	54,9	562
Centre-Ouest	91,5	65,7	821	57,1	53,6	1 200
Nord	81,8	66,9	320	50,8	49,6	483
Nord-est	92,0	76,6	230	62,3	62,0	340
Nord-Ouest	74,5	59,0	275	26,7	26,0	433
Ouest	93,2	69,6	673	48,9	47,5	1 015
Sud sans Abidjan	93,8	70,7	715	75,1	72,5	987
Sud-ouest	76,7	51,8	469	41,1	39,0	649
Ville d'Abidjan	97,3	74,1	859	92,0	89,5	1 114
Niveau d'instruction de la mère³						
Aucun	87,7	63,6	3 263	52,1	50,1	4 786
Primaire	94,6	71,3	1 365	67,9	66,0	1 952
Secondaire et plus	97,1	81,6	617	88,6	87,3	759
Ensemble	90,6	67,2	5 244	59,4	57,4	7 494

¹ Les médecins, les infirmières, les sages-femmes ou les sages-femmes auxiliaires sont considérés ici comme des prestataires formés.

² 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 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, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

**Graphique 2 : Indicateurs de Santé Maternelle,
EDS 1998-99, EIS 2005 et EDS 2011-12**



3.7 Vaccination des enfants

Dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère chargé de la santé 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 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 devraient être administrées à l'enfant au cours de sa première année de vie.

Lors de l'EDSCI-III, des informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient copiées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque la carte de l'enfant n'était pas disponible. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âge auquel ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV.

Il apparaît tout d'abord dans le tableau 7 que pour 74 % des enfants de 12-23 mois, un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

La couverture vaccinale est restée globalement stationnaire, cependant on note une relative amélioration pour certains vaccins. D'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, seulement 51 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 5 % n'ont reçu aucun vaccin ; les autres (49 %) ont été partiellement vaccinés. De manière spécifique, 83 % des enfants ont reçu le BCG, 78 %, 91 % et 65 % ont reçu respectivement les premières doses de DTcoq, de Polio et la dose de rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été reçue par presque huit enfants sur dix (75 %).

Pour le DTcoq et la Polio, les déperditions sont importantes entre la première et la troisième dose. De 78 % pour la première dose de DTcoq, la couverture tombe à 72 % pour la deuxième et 64 % pour la troisième. En ce qui concerne la Polio, les pourcentages respectifs sont 91 %, 84 % et 69 %.

La couverture vaccinale complète varie énormément d'une région à une autre. Dans deux régions, Centre-Est (75 %) et la ville d'Abidjan (74 %), elle dépasse 70 % des enfants de 12-23 mois. Les régions du Nord-Ouest (33 %) et Sud-Ouest (29 %) sont les moins couvertes. Il apparaît aussi que dans la région du Centre et du Centre-Ouest, plus de 9% des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun vaccin.

L'éducation a un effet très positif sur la couverture vaccinale : de 44 % chez les femmes non scolarisées, le taux de la couverture complète passe à 58 % chez les femmes de niveau primaire et 68 % chez celles de niveau secondaire ou plus. Les mêmes types de variations sont observés pour les différentes doses de tous les antigènes.

Par rapport à l'EDS-II de 1998-1999 (Graphique 3), la couverture vaccinale est restée la même pour tous les antigènes au niveau national (51 %). On note néanmoins une augmentation considérable de la couverture vaccinale pour les doses de la polio. La couverture vaccinale de la polio à la naissance est passée de 9 % à 75%, celle des autres doses est passée de 86 % à 91%, 75 % à 84 %, 61 % à 69 % pour, respectivement, les doses 1, 2 et 3. La proportion d'enfant qui n'a reçu aucun vaccin a aussi diminué de presque la moitié (9 % à 5 %)

Tableau 7. Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques

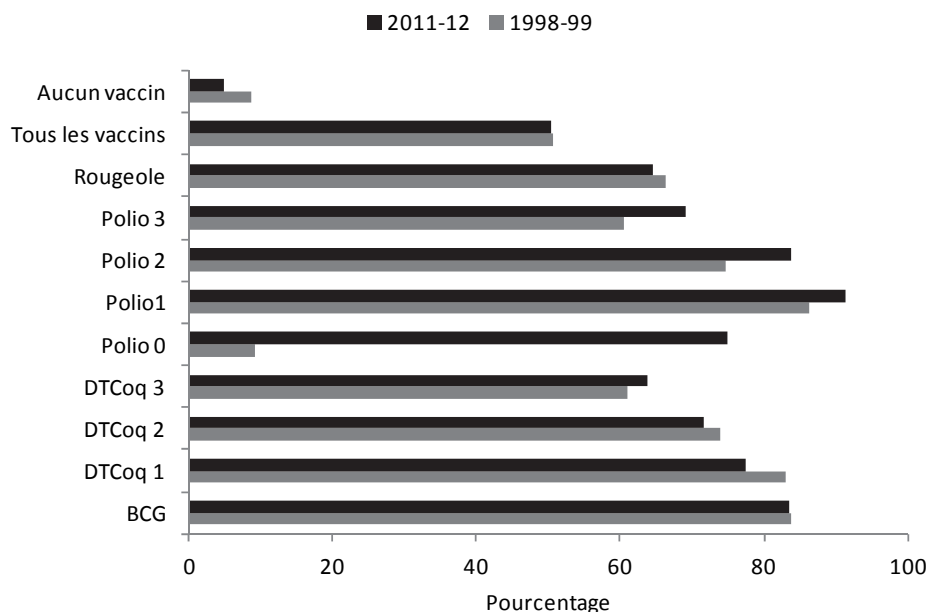
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques,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

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTC0q 1	DTC0q 2	DTC0q 3	Polio 0 ¹	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Tous les vaccins ²	Aucun vaccin	Pourcentage ayant présenté un carnet de vaccination	Effectif d'enfants
Sexe													
Masculin	84,7	78,6	72,2	66,3	75,0	91,5	84,3	71,0	65,6	53,1	5,2	75,1	696
Féminin	82,1	76,4	71,1	61,5	74,9	91,2	83,3	67,4	63,4	48,1	4,6	73,1	736
Milieu de résidence													
Urbain	94,2	87,6	82,4	76,0	87,5	93,2	87,2	72,8	75,9	63,0	2,4	77,6	573
Rural	76,1	70,8	64,4	55,7	66,6	90,1	81,5	66,7	56,9	42,2	6,6	71,7	859
Région													
Centre	83,7	73,9	68,1	63,8	74,1	88,0	83,9	72,4	72,7	55,7	9,2	80,1	114
Centre-Est	96,0	96,7	91,6	90,9	83,8	98,8	94,5	92,0	77,7	75,1	1,2	87,9	34
Centre-Nord	88,5	89,6	84,6	77,7	81,0	90,2	85,8	76,8	69,8	60,1	3,4	83,3	117
Centre-Ouest	74,5	73,8	69,7	61,5	70,3	89,7	82,5	66,9	53,2	41,4	9,5	68,6	232
Nord	73,9	66,8	58,9	50,2	63,5	95,5	89,5	72,6	61,7	37,4	1,9	75,8	89
Nord-est	82,8	79,1	68,8	63,0	79,7	85,9	80,2	67,1	61,2	51,8	6,3	75,0	55
Nord-Ouest	73,2	74,6	62,2	46,2	61,1	92,3	77,3	56,5	50,4	33,1	4,8	66,4	65
Ouest	83,1	74,5	63,9	54,0	75,1	90,3	74,0	58,4	58,5	39,4	2,8	68,9	183
Sud sans Abidjan	95,3	82,6	78,5	62,8	85,4	93,1	87,2	67,1	72,2	53,7	3,2	74,5	194
Sud-ouest	57,6	47,4	43,2	39,3	37,5	88,3	77,7	57,4	36,6	29,4	6,9	62,5	110
Ville d'Abidjan	96,3	90,4	87,6	85,3	91,2	94,4	90,6	80,8	84,0	73,9	2,5	80,2	238
Niveau d'instruction													
Aucun	78,7	72,6	65,8	55,8	69,8	89,4	79,4	64,2	57,0	43,8	6,6	72,8	893
Primaire	89,5	82,4	78,4	74,2	80,1	94,3	89,9	78,1	72,7	57,9	2,5	76,7	386
Secondaire et plus	94,1	92,3	86,5	82,8	90,0	94,9	92,8	73,6	84,5	68,3	1,4	71,4	153
Ensemble	83,4	77,5	71,6	63,8	74,9	91,4	83,8	69,2	64,5	50,5	4,9	74,1	1 432

¹ Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance

² BCG, rougeole, les trois doses de DTC0q et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance)

**Graphique 3 : Couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois)
EDS 1998-99 et 2011-12**



3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfant

Les infections respiratoires aiguës (IRA), le paludisme 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 les symptômes de ces maladies, 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 avant l'enquête, l'enfant avait eu la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë) et/ou de la fièvre ; ou si l'enfant avait eu de la diarrhée, et dans chaque cas, qu'est ce qui a été fait pour traiter l'enfant.

Dans l'ensemble, 4 % des enfants ont présenté des symptômes d'IRA et 24 % des symptômes de fièvre. Parmi les enfants qui ont eu une IRA et de la fièvre au cours des deux semaines avant l'enquête, un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour respectivement 38 % et 34 % d'entre eux (Tableau 8). Pour les IRA, les enfants de 6-11 mois (30 %) ont bénéficié de moins d'attention que les autres (32 % à 47 %). Il en est de même des enfants des mères rurales (31 % contre 49 % en milieu urbain). On observe également que les enfants de sexe féminin ont été un peu plus souvent traités que les garçons (41 % contre 35 %).

Pour la fièvre, les enfants de 48-59 mois (28 %) ont bénéficié de moins d'attention que les autres, tout comme les enfants des mères rurales (29 % contre 41 % en milieu urbain) et celles n'ayant jamais fréquenté l'école (31 %) par rapport à celles instruites (59 % pour les mères de niveau secondaire ou plus et 36 % pour celles de niveau primaire).

Par ailleurs, 18 % des enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête. Un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour seulement 27 % de ces enfants. De plus, 17 % ont reçu une solution des Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO) alors que 22 % ont reçu une Thérapie de Réhydratation par voie Oral (TRO). Autrement dit, même si en cas d'épisode diarrhéique, les enfants ne sont pas souvent conduits dans une structure de santé, ils ne bénéficient à domicile d'un traitement approprié par réhydratation (TRO) que dans seulement 22 % des cas. À l'inverse des TRO dont la fréquence a augmenté par rapport à 1999 (13 % à 22 %), on note ici une diminution dans le recours aux SRO qui, par rapport à 1999, est passé de 24 % à 17 %. L'utilisation de la SRO et de la TRO est faible dans toutes les régions, la région du Centre-Est ayant le pourcentage d'utilisation la plus élevée (respectivement 29 % et 34 %) et la région du Nord-Est, le pourcentage le plus bas (respectivement 5 % et 14 %).

Tableau 8. Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) ou qui ont 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 cinq 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), ou à qui on a donné des liquides de SRO préconditionnés et pourcentage qui ont été traité avec n'importe quel type de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Côte d'Ivoire 2012

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Enfants avec la fièvre		Enfants avec la diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Effectif avec la fièvre	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Pourcentage à qui on a donné une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ³	Pourcentage ayant été traité avec une TRO ⁴	Effectif avec la diarrhée
Groupe d'âges en mois								
<6	(39,7)	30	32,3	121	24,5	14,8	20,5	78
6-11	(29,7)	37	38,7	233	26,9	10,9	14,3	162
12-23	43,1	58	35,7	457	35,1	23,5	27,0	414
24-35	37,8	56	35,3	344	26,6	15,7	22,5	276
36-47	(31,8)	36	29,4	262	17,9	15,5	21,2	178
48-59	(46,6)	28	28,0	193	17,3	11,6	19,2	121
Sexe								
Masculin	35,0	113	34,1	782	26,4	17,8	23,5	635
Féminin	40,9	132	33,6	828	28,0	16,6	21,0	593
Milieu de résidence								
Urbain	49,3	97	40,7	635	28,7	21,6	28,5	481
Rural	31,0	149	29,3	975	26,2	14,4	18,3	748
Région								
Centre	*	12	20,4	96	28,3	16,4	18,7	85
Centre-Est	*	7	32,9	49	34,9	28,8	34,3	35
Centre-Nord	*	6	32,3	68	23,7	10,3	18,7	67
Centre-Ouest	(41,5)	64	30,8	285	22,4	15,1	15,1	220
Nord	*	14	29,5	94	24,3	21,3	21,9	72
Nord-est	*	6	29,6	59	22,7	5,2	14,3	50
Nord-Ouest	23,9	22	16,6	103	16,4	12,1	13,9	82
Ouest	*	22	35,8	244	33,2	19,6	25,8	215
Sud sans Abidjan	*	26	46,8	185	44,6	26,2	27,3	119
Sud-ouest	*	21	32,7	151	28,3	10,2	20,4	71
Ville d'Abidjan	(51,2)	44	41,1	277	21,5	18,3	29,9	212
Niveau d'instruction de la mère³								
Aucun	37,2	147	30,9	974	20,5	12,1	16,5	708
Primaire	37,5	66	35,8	441	34,6	24,8	30,9	392
Secondaire	(62)	33	58,7	195	55,5	15,3	18,6	127
Ensemble	38,2	245	33,8	1 610	27,2	17,2	22,3	1 228

¹ 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 associés à des problèmes de congestion dans la poitrine) sont considérés comme des indicateurs de la pneumonie

² Non compris les pharmacies, les boutiques et les guérisseurs traditionnels

³ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et les liquides SRO pré-conditionnés

⁴ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO), les liquides SRO pré-conditionnés et les solutions maison recommandées

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

3.9 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel est le premier élément d'alimentation et constitue la principale source de nutriments pour l'enfant. Les enfants allaités exclusivement ne reçoivent que le lait maternel. L'allaitement exclusif est recommandé pour les six premiers mois de vie par l'OMS et le Ministère chargé de la Santé 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 et non-contaminé, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, l'âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une meilleure croissance de l'enfant, que soient introduits des aliments solides de complément dans son alimentation.

Le tableau 9 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.

Tableau 9. 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 et pourcentage actuellement allaités; et, pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon, selon l'âge en mois, Côte d'Ivoire 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 consommant de l'eau seulement	Allaités et consommant des liquides non-lactés	Allaités et consommant d'autres laits	Allaités et consommant des aliments de complément	Allaités et consommant des aliments de complément					
0-1	1,4	18,3	71,6	1,3	3,5	3,9	100,0	98,6	220	10,2	227	
2-3	3,1	9,5	69,8	4,0	3,6	9,9	100,0	96,9	272	10,2	282	
4-5	6,9	9,4	50,7	4,5	2,9	25,5	100,0	93,1	240	7,7	246	
6-8	2,7	0,7	29,1	3,7	1,6	62,1	100,0	97,3	414	10,4	419	
9-11	4,4	0,5	13,4	1,3	0,1	80,3	100,0	95,6	353	2,6	367	
12-17	15,4	0,2	4,8	0,4	0,2	79,0	100,0	84,6	702	5,1	741	
18-23	56,4	0,1	0,8	0,4	0,0	42,3	100,0	43,6	652	3,5	691	
0-3	2,4	13,5	70,6	2,8	3,6	7,2	100,0	97,6	492	10,2	509	
0-5	3,9	12,1	64,1	3,3	3,4	13,2	100,0	96,1	732	9,4	755	
6-9	3,2	0,9	27,8	3,1	1,3	63,7	100,0	96,8	526	9,1	536	
12-15	14,0	0,3	5,1	0,5	0,3	79,8	100,0	86,0	479	3,6	498	
12-23	35,1	0,2	2,9	0,4	0,1	61,4	100,0	64,9	1 354	4,3	1 432	
20-23	61,7	0,2	1,0	0,2	0,0	36,9	100,0	38,3	429	3,4	457	

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'autre 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.

L'allaitement est presque universel en Côte d'Ivoire et il y est par ailleurs prolongé. En effet, les résultats de l'enquête montrent que 96 % des enfants de moins de six mois sont allaités, et de plus, 96 % des enfants de 9 à 11 mois sont encore au sein. Toutefois, la recommandation d'allaitement exclusif n'est pas bien respectée. La proportion d'enfants de moins de six mois exclusivement allaités est faible: seulement un enfant sur dix (12 %) est sous allaitement exclusif. Cette proportion a toutefois triplé depuis 2006 (MICS, 2006). L'introduction d'autres liquides ou suppléments est précoce. Par exemple, chez les nouveau-nés de moins de deux mois, 72 % reçoivent, en plus du sein, de l'eau, d'autres laits (4 %), d'autres liquides ou jus (1 %), ou des suppléments solides ou semi-solides (4 %). La recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de six mois semble donc être relativement respectée : 64 % des enfants de 6 à 9 mois ont reçu un supplément de nourriture. En ce qui concerne l'utilisation du biberon, 9 % des enfants de moins de 6 mois continuent à recevoir le biberon.

3.10 État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité, ainsi qu'une situation désavantageuse de développement mental. L'anthropométrie fournit les indicateurs les plus importants de l'état nutritionnel des enfants. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDSCI-III. 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 termes de nombre d'unités d'écart type par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale de l'OMS de 2006. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence, sont considérés mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts type en dessous de la médiane sont considérés sévèrement mal nourris. Le tableau 10 montre l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Les enfants dont la taille-pour-âge est en dessous à moins de 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, 28 % des enfants souffrent de malnutrition chronique dont près de la moitié (12 %) sous la forme sévère. Le niveau du retard de croissance augmente rapidement avec l'âge : de 12 % chez les enfants de 6 à 8 mois, il passe à 18 % chez ceux de 9-11 mois, puis continue d'augmenter pour atteindre un maximum de 37 % parmi les enfants de 24-35 mois, pour décroître ensuite. Il est à noter que la malnutrition chronique est légèrement plus élevée chez les enfants de moins de 6 mois (14 %) comparativement à ceux de 6-8 mois. Le niveau de malnutrition chronique est légèrement plus élevé chez les enfants de sexe masculin (31 %) que ceux de sexe féminin (26 %) ; les enfants du milieu rural accusent plus fréquemment que ceux du milieu urbain un retard de croissance (35 % contre 18 %). Par ailleurs, les résultats montrent que le niveau de malnutrition chronique est nettement influencé par le niveau d'instruction de la mère : de 30 % chez les enfants des mères sans instruction et 29 % chez ceux dont la mère a un niveau primaire, il est de 13 % chez ceux dont la mère a un niveau secondaire et plus.

Tableau 10. État nutritionnel des enfants

Pourcentage des enfants de moins de cinq 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, Côte d'Ivoire 2012

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge ¹		Poids-pour-taille			Poids-pour-âge			Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de +2 ET	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de +2 ET	
Groupe d'âges en mois									
<6	4,0	13,7	5,0	12,9	5,6	2,9	11,5	1,5	402
6-8	5,3	11,7	6,5	14,3	1,9	3,0	12,2	1,9	204
9-11	5,5	17,6	3,9	14,9	1,6	1,9	13,9	1,3	220
12-17	10,5	31,3	1,4	12,0	3,5	5,7	20,6	1,0	391
18-23	10,3	30,1	0,4	7,5	2,3	3,4	15,6	1,1	391
24-35	15,7	36,9	0,5	3,6	2,3	2,5	12,8	1,1	773
36-47	14,4	30,8	0,4	3,4	3,8	2,9	12,6	0,8	763
48-59	12,9	28,5	0,6	4,2	1,2	3,3	14,6	0,0	658
Sexe									
Masculin	12,5	30,6	2,1	8,6	3,1	3,9	16,7	1,1	1 869
Féminin	10,5	25,6	1,1	5,7	2,6	2,5	11,5	0,8	1 932
Milieu de résidence									
Urbain	5,7	17,5	1,1	6,7	2,6	1,8	9,8	0,7	1 490
Rural	15,2	34,9	1,9	7,4	3,0	4,1	16,8	1,1	2 311
Région									
Centre	15,1	30,2	1,1	9,3	0,9	6,1	17,3	0,4	274
Centre-Est	6,7	24,6	0,7	7,4	3,2	2,3	13,4	1,7	86
Centre-Nord	13,9	28,3	0,6	4,0	4,1	3,1	9,6	1,5	303
Centre-Ouest	13,1	29,7	3,3	8,1	4,5	2,8	14,8	1,2	590
Nord	17,6	39,3	0,7	5,8	2,4	4,7	20,1	0,0	239
Nord-est	16,4	39,3	3,3	11,1	2,0	6,9	24,2	0,0	170
Nord-Ouest	12,8	31,8	1,7	6,3	2,3	4,1	14,6	1,2	193
Ouest	14,9	34,2	0,7	6,2	2,6	2,5	16,2	1,1	552
Sud sans Abidjan	11,7	29,0	1,3	9,3	2,7	3,1	15,6	1,9	412
Sud-ouest	7,0	29,2	2,4	7,5	2,9	2,8	12,9	0,7	301
Ville d'Abidjan	3,5	12,1	1,3	5,6	2,3	1,6	7,1	0,5	681
Niveau d'instruction de la mère³									
Aucun	12,9	29,9	1,6	7,5	2,6	4,0	15,1	0,7	2 285
Primaire	9,5	28,7	2,3	8,9	3,3	2,0	13,8	1,4	843
Secondaire et plus	3,1	13,4	0,6	3,4	2,1	0,9	6,9	0,6	349
Interview de la mère									
Mère interviewée	11,1	28,1	1,7	7,3	2,7	3,2	13,8	0,8	3 245
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	10,7	25,8	1,4	9,7	2,3	3,1	16,3	1,6	232
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage ⁴	15,6	29,3	0,4	3,4	4,3	3,0	15,1	1,8	321
Ensemble	11,5	28,0	1,6	7,1	2,8	3,2	14,1	0,9	3 801

Note : 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.

¹ Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés en position allongée; les autres enfants sont mesurés en position debout

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

³ 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

⁴ Y compris les enfants dont la mère est décédée

Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous de moins de 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 7 % des enfants sont émaciés dont environ un quart (2 %) sous la forme sévère. Les résultats indiquent que les enfants de moins de

18 mois ont les niveaux d'émaciation les plus élevés (plus de 12 %). Le niveau de malnutrition aiguë varie selon la région de résidence : en effet, dans la région du Nord-Est la prévalence de la malnutrition aiguë est de 11 % alors qu'elle ne se situe à 4 % dans le Centre Nord. On note aussi que plus de 8 % des enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction sont émaciés contre 3 % quand elle a un niveau secondaire et plus.

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 6 % des enfants souffrent d'émaciation, à l'opposé, 3 % des enfants sont trop gros. La proportion d'enfants présentant un surpoids ou sont obèses est la plus faible dans la région du Centre et la plus élevée dans la région du Centre-Ouest.

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. Environ 14 % des enfants en Côte d'Ivoire présentent une insuffisance pondérale dont un tiers (3 %) sous sa forme sévère. L'insuffisance pondérale est beaucoup plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain (17 % contre 10 %), chez les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction ou un niveau primaire (au moins 14 % contre 7 % chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus). Enfin, il faut signaler que cette malnutrition est plus élevée dans les régions du Nord (20%) et du Nord-Est (24%).

3.11 Test d'anémie

L'anémie est un problème grave de la santé publique pour plusieurs raisons. Pour les enfants, par exemple, l'anémie empêche la bonne performance mentale et physique et constitue un sérieux handicap pour l'apprentissage de la langue et les performances scolaires. De même, pour les femmes, l'anémie provoque la fatigue et réduit la résistance aux infections ; les mères anémiques courent également plus de risque de décéder lors de l'accouchement ou de mettre au monde un enfant de faible poids à la naissance. Le risque de décès est plus élevé chez un enfant de mère anémique.

Un test d'hémoglobine a été inclus à l'EDSCI-III afin d'estimer la prévalence de l'anémie. Dans les ménages sélectionnés, le test d'hémoglobine a été effectué auprès de toutes les femmes de 15-49 ans et de tous les hommes de 15-59 ans qui ont accepté volontairement de s'y prêter. En plus, tous les enfants de 6-59 mois présents dans ces ménages ont été également testés, à condition que l'un des parents ou un adulte responsable ait autorisé le test. Une goutte de sang de ces individus était testée en utilisant le système HemoCue (photomètre et microcuvette) et les résultats du test étaient communiqués immédiatement aux intéressés.

Le tableau 11 présente les résultats sur les formes d'anémie pour les enfants et les femmes¹. Au niveau national, 75 % des enfants de 6-59 mois sont atteints d'anémie : 26 % souffrent d'anémie légère (niveau d'hémoglobine de 10,0-10,9 g/dl), 45 % souffrent d'anémie modérée (niveau d'hémoglobine de 7,0-9,9 g/dl) et 4 % souffrent d'anémie sévère (niveau d'hémoglobine <7 g/dl). Les enfants des zones rurales (79 %) sont plus fréquemment atteints d'anémie que ceux des zones urbaines (68 %). Par contre, il n'y a pas de différence entre le milieu rural et le milieu urbain en ce qui concerne l'anémie sévère. La prévalence de l'anémie sévère la plus élevée est observée dans la région du Sud-Ouest (6 %) et la plus basse dans la région du Centre (1 %).

¹ Les résultats du test d'anémie pour les hommes seront présentés dans le rapport principal.

En général, les femmes sont moins touchées par l'anémie que les enfants. Au niveau national, 54 % des femmes souffrent d'anémie : 39 % souffrent d'anémie légère, 14 % d'anémie modérée et moins d'un pour cent d'anémie sévère. Comme pour les enfants, les femmes urbaines et les femmes rurales ont la même prévalence de l'anémie sévère.

Tableau 11. Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois et de femmes de 15-49 ans considérés comme étant atteints d'anémisés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Côte d'Ivoire 2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage atteint d'anémie	Pourcentage atteint d'anémie			Effectif
		Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	
ENFANTS					
Milieu de résidence					
Urbain	67,6	28,9	35,2	3,5	1 392
Rural	79,3	24,0	51,4	3,8	2 053
Région					
Centre	76,9	27,4	48,9	0,6	255
Centre-Est	80,6	29,1	47,8	3,7	77
Centre-Nord	71,7	25,6	44,2	1,9	268
Centre-Ouest	82,7	29,8	48,7	4,2	536
Nord	67,1	26,3	37,4	3,4	212
Nord-est	76,7	20,0	52,4	4,3	138
Nord-Ouest	77,3	21,9	50,9	4,5	176
Ouest	74,4	24,3	46,3	3,8	490
Sud sans Abidjan	73,7	20,8	49,0	3,9	374
Sud-ouest	80,5	21,7	53,3	5,5	255
Ville d'Abidjan	67,0	30,2	32,8	4,1	664
Ensemble	74,5	26,0	44,9	3,7	3 445
FEMMES					
Milieu de résidence					
Urbain	52,8	39,2	13,1	0,5	2 282
Rural	54,7	38,7	15,5	0,5	2 307
Région					
Centre	45,0	38,7	6,3	0,0	314
Centre-Est	47,1	37,9	8,7	0,5	119
Centre-Nord	74,7	51,3	22,4	0,9	372
Centre-Ouest	53,8	36,1	17,3	0,4	646
Nord	32,7	24,1	7,9	0,8	242
Nord-est	52,8	37,5	14,7	0,7	176
Nord-Ouest	57,0	39,7	16,9	0,3	200
Ouest	50,7	38,5	11,5	0,6	562
Sud sans Abidjan	54,0	39,2	14,6	0,2	595
Sud-ouest	61,1	39,3	20,9	0,9	349
Ville d'Abidjan	53,1	39,9	12,8	0,4	1 014
Ensemble	53,7	38,9	14,3	0,5	4 589

Note: Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. La prévalence de l'anémie, basée sur le niveau d'hémoglobine, est ajustée en fonction de l'altitude (pour les enfants et les femmes) et en fonction du fait de fumer ou non (pour les femmes) en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les femmes et les enfants sont considérés comme atteints d'anémie sévère si le niveau d'hémoglobine est <7,0 g/dl d'hémoglobine et d'anémie modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl; l'anémie est considérée comme légère chez les femmes non enceintes si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl; chez les enfants et les femmes enceintes, l'anémie est considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0-10,9 g/dl.

3.12 Mortalité des enfants

Les niveaux de mortalité infantile et juvénile sont des indicateurs pertinents pour apprécier la situation socio-économique dans un pays. L'estimation de la mortalité infantile et juvénile constituait l'un des principaux objectifs de l'EDSCI-III. Le calcul des indices se base 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 cinquième anniversaire ; 3) le quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure globalement la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire ; les composantes de la mortalité infantile que sont ; 4) le quotient de mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance ; et 5) le quotient de mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âge 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 allant de 1997-2002 à 2007-2012. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDSCI-III (période 2007-2012), le risque de mortalité infantile est évalué à 68 décès pour 1 000 naissances vivantes ; le risque de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, à 43 ‰. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 38 ‰ pour la mortalité néonatale et à 30 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 108 ‰. En d'autres termes, en Côte d'Ivoire, environ un enfant sur neuf meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

Tableau 12. Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans

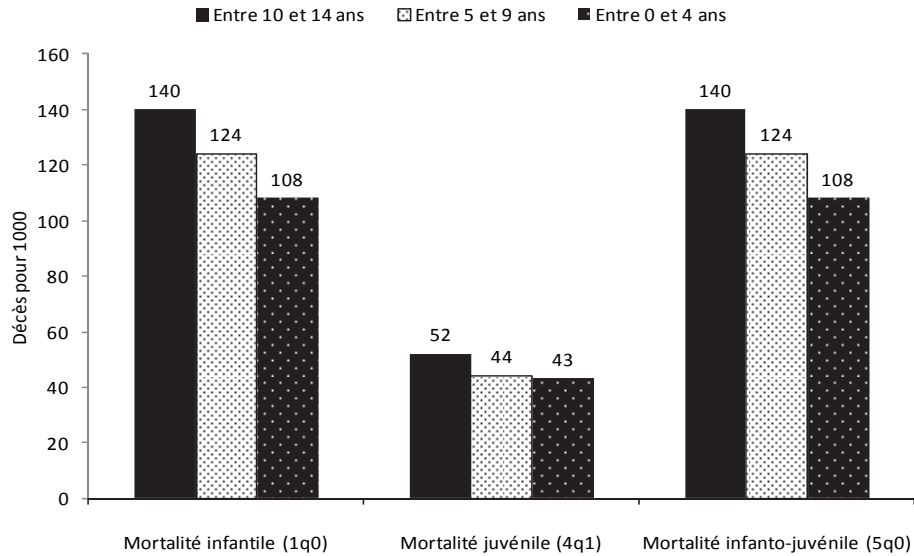
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, Côte d'Ivoire 2012

Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	38	30	68	43	108
5-9	47	37	84	44	124
10-14	49	44	93	52	140

¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale.

Le tableau 12 et le graphique 4 présentent les tendances de la mortalité à partir des mesures rétrospectives de l'EDSCI-III. Des années 1997-2002 à la période actuelle, la mortalité infantile aurait baissé régulièrement, passant de 93 ‰ à 68 ‰. En ce qui concerne la mortalité juvénile, elle aurait également baissé (de 52 ‰ à 43 ‰), mais dans une moindre proportion ; par ailleurs, la totalité de la baisse de la mortalité juvénile se serait produite entre les périodes 1997-2002 et 2002-2007 alors qu'aucun changement ne se serait produit récemment.

Graphique 4 : Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, Côte d'Ivoire 2011-2012



3.13 Connaissance du VIH/sida

Le sida est aujourd'hui l'un des problèmes majeurs de santé publique dans les pays africains. L'EDSCI-III a inclus une série de questions sur la connaissance du VIH/sida, les modes de transmission et de prévention du VIH et sur les comportements.

D'après le tableau 13, la quasi-totalité des femmes (94 %) et des hommes (98 %) ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH/sida. Cette connaissance a légèrement augmentée depuis 2005 car elle était alors de 90 % et 95 % respectivement pour les femmes et les hommes.

Ce niveau de connaissance est généralement homogène quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques, sauf pour les femmes des régions du Centre-Ouest, Nord-Est et Nord-Ouest, et les hommes des régions du Nord où il est moins de 90 %.

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, Côte d'Ivoire 2012

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes	
	A entendu parler du sida	Effectif de femmes	A entendu parler du sida	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-24	93,1	3 976	96,4	1 740,3
15-19	91,6	2 023	94,8	872,9
20-24	94,7	1 953	98,0	867,4
25-29	95,2	1 922	99,0	773,8
30-39	95,5	2 637	99,3	1 286,1
40-49	94,2	1 524	98,4	836,0
État matrimonial				
Célibataire	95,3	3 038	97,0	2 176,5
A déjà eu des rapports sexuels	97,3	2 237	99,3	1 530,5
N'a jamais eu de rapports sexuels	89,6	801	91,5	646,0
En union	93,5	6 309	98,8	2 251,4
En rupture d'union	97,4	713	100,0	208,4
Milieu de résidence				
Urbain	96,7	5 170	99,3	2 394,1
Rural	91,8	4 890	96,6	2 242,1
Région				
Centre	98,6	636	99,2	250,8
Centre-Est	95,3	250	98,2	128,5
Centre-Nord	94,0	751	99,6	313,5
Centre-Ouest	88,6	1 379	96,9	649,5
Nord	86,9	506	88,5	201,9
Nord-est	90,8	392	99,2	177,0
Nord-Ouest	88,3	426	92,4	175,9
Ouest	92,1	1 069	98,7	533,7
Sud sans Abidjan	95,4	1 392	98,2	680,6
Sud-ouest	98,2	819	99,3	355,2
Ville d'Abidjan	98,6	2 440	99,4	1 169,5
Niveau d'instruction				
Aucun	90,7	5 351	95,8	1 590,9
Primaire	97,1	2 552	98,1	1 237,6
Secondaire et plus	99,9	2 157	99,8	1 807,8
Ensemble 15-49	94,3	10 060	98,0	4 636,2
50-59	-	0	98,1	498,8
Ensemble 15-59	-	0	98,0	5 135,0

na: Non applicable

3.14 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Plus de la moitié des femmes et des hommes qui connaissent le VIH/sida ont déclaré en outre qu'il était possible de faire quelque chose pour éviter de le contracter et ont cité au moins une méthode de protection ; l'utilisation des condoms (respectivement 60 % et 80 %), la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire non infecté (respectivement 67 % et 79 %), et l'utilisation des condoms et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire non infecté (respectivement 50% et 69%). Les hommes sont donc légèrement plus informés que les femmes sur certains moyens d'éviter l'infection. Les résultats révèlent que la connaissance des moyens d'éviter le VIH/sida est positivement associée au niveau d'instruction et degré d'urbanisation aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Enfin, les femmes et hommes célibataires qui ont déjà eu des rapports sexuels savent plus que les autres que le VIH peut être réduit par l'utilisation des condoms (respectivement, 71 % et 86 %) et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté (respectivement, 74 % et 82 %).

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, Côte d'Ivoire 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 ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}	Effectif de femmes	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ^{1,2}	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
15-24	61,0	65,7	51,0	3 976	77,5	76,6	65,9	1 740
15-19	57,8	62,9	48,0	2 023	74,8	71,7	61,3	873
20-24	64,3	68,6	54,0	1 953	80,3	81,5	70,5	867
25-29	62,6	69,4	53,3	1 922	84,0	80,9	73,2	774
30-39	60,6	67,9	51,6	2 637	81,9	81,0	70,6	1 286
40-49	52,5	63,8	43,3	1 524	78,5	79,5	68,3	836
État matrimonial								
Célibataire	67,4	71,1	57,5	3 038	80,1	77,7	68,7	2 176
A déjà eu des rapports sexuels	70,5	74,3	60,5	2 237	85,8	81,7	74,2	1 530
N'a jamais eu de rapports sexuels	58,5	62,3	49,1	801	66,8	68,3	55,4	646
En union	55,9	64,3	46,9	6 309	79,2	80,2	68,8	2 251
En rupture d'union	63,7	68,6	51,8	713	87,4	81,1	71,6	208
Milieu de résidence								
Urbain	67,4	73,9	57,8	5 170	83,6	81,2	72,1	2 394
Rural	52,0	59,1	42,6	4 890	76,1	76,8	65,4	2 242
Région								
Centre	58,6	64,1	47,5	636	87,9	86,3	81,0	251
Centre-Est	55,2	66,0	47,5	250	82,6	83,6	73,5	128
Centre-Nord	59,2	65,4	47,7	751	79,6	83,9	71,6	314
Centre-Ouest	46,9	58,0	39,6	1 379	76,3	70,9	60,3	650
Nord	64,0	69,2	59,7	506	68,0	66,8	58,1	202
Nord-est	56,9	68,1	51,1	392	85,0	88,4	80,2	177
Nord-Ouest	55,5	64,2	48,6	426	69,8	79,4	63,4	176
Ouest	55,0	62,6	45,6	1 069	81,2	78,1	69,6	534
Sud sans Abidjan	53,1	57,7	40,5	1 392	80,1	74,9	63,2	681
Sud-ouest	65,1	69,2	56,8	819	72,7	76,5	61,0	355
Ville d'Abidjan	72,9	78,5	62,3	2 440	84,7	84,6	76,0	1 170
Niveau d'instruction								
Aucun	50,2	58,4	41,4	5 351	71,9	71,8	59,3	1 591
Primaire	63,5	70,2	52,7	2 552	79,8	77,7	67,9	1 238
Secondaire et plus	83,4	83,7	73,3	2 157	90,3	87,2	81,05	1 808
Ensemble 15-49	59,9	66,7	50,4	10 060	80,0	79,1	68,8	4 636
50-59	-	-	-	0	72,3	78,8	61,2	499
Ensemble 15-59	-	-	-	0	79,3	79,0	68,1	5 135

na = Non applicable

¹ En utilisant un condom à chaque rapport sexuel

² Partenaire sexuel qui n'a pas d'autres partenaires sexuels

3.15 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

Le multipartenariat dans les rapports sexuels accroît le risque de s'infecter du VIH. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible. Le tableau 15 présente, pour les femmes de 15-49 ans, les pourcentages de celles qui ont eu, au cours des 12 derniers mois, au moins 2 partenaires sexuels. On constate que seulement 4 % des femmes ont déclaré avoir eu, au moins, 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois. Cette proportion varie de manière importante et dans certains sous-groupes : elle est élevée parmi les femmes en rupture d'union (9 %), les célibataires (7 %) et

celles qui ont un niveau secondaire ou plus (7 %). Les femmes urbaines sont aussi plus nombreuses (5 %) que les rurales (2 %) à avoir eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

Parmi celles ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires multiples au cours des douze mois précédant l'enquête, 30 % seulement ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels.

Le nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie est estimé à 2,5. Le nombre moyen le plus élevé est observé parmi les femmes en rupture d'union (4,3) et celui le plus faible parmi les adolescentes, les femmes du Nord et du Nord-Ouest (moins de 2,0).

Tableau 15. 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 au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels; et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Côte d'Ivoire 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 ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-24	4,8	3 976	34,2	191	2,3	3 182
15-19	4,3	2 023	31,8	87	1,8	1 306
20-24	5,3	1 953	36,3	103	2,6	1 876
25-29	4,1	1 922	29,4	79	2,8	1 879
30-39	2,3	2 637	(23,4)	60	2,6	2 594
40-49	1,3	1 524	*	19	2,6	1 495
État matrimonial						
Célibataire	6,8	3 038	37,8	206	2,8	2 210
En union	1,2	6 309	7,3	76	2,3	6 255
En rupture d'union	9,3	713	(30,3)	67	4,3	684
Milieu de résidence						
Urbain	4,7	5 170	34,8	243	2,7	4 477
Rural	2,2	4 890	18,1	106	2,4	4 672
Région						
Centre	3,9	636	(33,7)	25	2,4	596
Centre-Est	2,3	250	*	6	2,4	228
Centre-Nord	1,4	751	*	10	2,2	670
Centre-Ouest	2,6	1 379	*	35	2,2	1 308
Nord	1,5	506	*	8	1,7	457
Nord-est	0,8	392	*	3	2,3	357
Nord-Ouest	2,5	426	(33,4)	11	1,7	399
Ouest	4,2	1 069	(19,9)	45	3,2	1 016
Sud sans Abidjan	2,8	1 392	*	38	2,8	1 274
Sud-ouest	3,7	819	(41,7)	30	2,5	772
Ville d'Abidjan	5,6	2 440	29,7	138	2,8	2 072
Niveau d'instruction						
Aucun	1,6	5 351	9,2	87	2,0	5 031
Primaire	4,8	2 552	28,1	122	3,0	2 336
Secondaire et plus	7,4	2 157	44,5	139	3,4	1 783
Ensemble	3,5	10 060	29,7	349	2,5	9 149

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

Comme pour les femmes, seulement 33 % d'hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec 2 partenaires ou plus, ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de leurs derniers rapports sexuels. Les niveaux d'utilisation les plus élevés sont observés parmi les adolescents (70 %) et les célibataires (59 %).

Le nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (10,7 contre 2,5). Ce nombre est plus élevé pour les hommes en rupture d'union (18,4), les hommes de l'Ouest (14,4) et ceux âgés de 50-59 ans (15,5).

Les résultats présentés au tableau 16 montrent que la proportion d'hommes de 15-49 ans qui ont déclaré avoir eu, au moins, 2 partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois est beaucoup plus élevée que celle des femmes (29 % contre 4 %). Cette proportion atteint 36 % parmi le groupe d'âges 25-29 ans et 38 % parmi les hommes en rupture d'union. Il n'y a pas de différence entre le milieu rural et urbain. Le niveau d'instruction a aussi un impact sur le nombre des partenaires sexuels car 20 % de ceux qui sont sans instructions en ont eu deux ou plus partenaires au cours des douze derniers mois contre au moins 33 % parmi ceux qui ont fréquenté l'école.

Tableau 16. Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes

Parmi tous les hommes de 15-49 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 au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors 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, Côte d'Ivoire 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 ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-24	22,6	1 740	56,5	393	6,4	1 109
15-19	13,1	873	70,1	114	4,3	365
20-24	32,1	867	50,9	279	7,5	744
25-29	36,1	774	40,2	279	10,1	708
30-39	32,1	1 286	26,6	413	11,7	1 211
40-49	29,0	836	12,4	243	12,9	775
État matrimonial						
Célibataire	24,5	2 176	59,2	534	8,1	1 480
En union	31,8	2 251	18,0	715	10,7	2 123
En rupture d'union	37,5	208	37,1	78	18,4	200
Milieu de résidence						
Urbain	28,7	2 394	47,6	686	10,1	1 917
Rural	28,6	2 242	23,0	641	10,1	1 886
Région						
Centre	15,5	251	(18,3)	39	6,7	204
Centre-Est	25,6	128	43,3	33	9,9	109
Centre-Nord	29,7	314	42,3	93	9,7	255
Centre-Ouest	24,2	650	26,4	157	10,5	472
Nord	30,3	202	20,0	61	6,4	165
Nord-est	19,4	177	32,5	34	8,9	147
Nord-Ouest	24,3	176	19,0	43	5,5	144
Ouest	38,4	534	23,0	205	14,4	480
Sud sans Abidjan	27,6	681	41,8	188	8,6	545
Sud-ouest	29,1	355	39,3	103	8,9	304
Ville d'Abidjan	31,7	1 170	46,8	371	11,4	977
Niveau d'instruction						
Aucun	20,1	1 591	17,3	320	7,4	1 341
Primaire	32,9	1 238	35,3	407	11,1	1 005
Secondaire et plus	34,2	1 808	47,9	602	12,1	1 457
Ensemble 15-49	28,6	4 636	35,7	1 328	10,1	3 803
50-59	27,5	499	5,8	137	15,5	446
Ensemble 15-59	28,5	5 135	32,9	1 465	10,7	4 250

¹ Les hommes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne
Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

3.16 Indicateurs du paludisme

La prophylaxie (prévention) du paludisme repose sur deux types de mesures : un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infections et la prise préventive de certains médicaments. La moustiquaire imprégnée d'insecticide reste l'un des moyens de prévention les plus efficaces. Les données collectées au cours de l'EDSCI-III, ont permis d'évaluer les proportions de ménages disposant d'une moustiquaire traitée (imprégnée d'insecticide : MII) ou non et de ceux n'en disposant pas du tout.

En premier lieu, on constate au tableau 17 qu'en Côte d'Ivoire, presque trois quart des ménages possèdent une moustiquaire, qu'elle ait été traitée ou non (71 %). Cette proportion est de 77 % en milieu rural contre 65 % en milieu urbain. En ce qui concerne les MII, les résultats montrent que 68 % des ménages en possèdent au moins une, avec 73 % en milieu rural et 63 % en milieu urbain. Ces proportions sont quelque peu plus élevées en milieu rural qu'en milieu urbain quel que soit le type de moustiquaire.

Les proportions d'enfants ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire ou sous une MII sont respectivement de 41 % et de 39 %. Ces proportions sont plus élevées en milieu rural (respectivement, 44 % et 41 %) qu'en urbain (respectivement, 37 % et 36 %). Dans les ménages ayant une MII, la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête est de 52 %. Ces mêmes proportions sont observées tant en milieu urbain qu'en milieu rural.

D'autre part, on constate que parmi les femmes enceintes, un peu moins de la moitié s'est protégée contre le paludisme en dormant sous une moustiquaire imprégnée ou non (42 %) ; la proportion de celles qui ont dormi sous une MII est de 40 %. Dans les ménages ayant une MII, la proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête est de 57 %. Cette proportion est plus élevée en milieu rural (61 %) qu'en milieu urbain (51 %).

En Côte d'Ivoire, la pulvérisation intradomiciliaire reste relativement faible. Dans l'ensemble, les résultats du tableau 17 montrent que 1 % des ménages enquêtés ont déclaré que les murs internes de leur habitation avaient été pulvérisés dans les 12 mois précédant l'enquête. La proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII 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 est de 40 %. Elle est de 41 % en ce qui concerne les femmes enceintes.

Le tableau 17 montre aussi que 72 % des femmes enceintes ont pris des médicaments antipaludiques à titre préventif au cours de la dernière grossesse survenue au cours des deux années ayant précédé l'enquête. En accord avec les directives de la politique de Traitement Préventif Intermittent (TPI), 18 % ont reçu la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP/Fansidar) pendant une visite prénatale de routine.

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'enquête, 18 % ont pris un antipaludique quelconque, cette proportion est plus importante en milieu urbain (22 %) qu'en milieu rural (14 %). En outre, on constate que des antipaludiques non identifiés (8 %), la quinine (5 %) et, dans une moindre mesure, la combinaison à base d'artémisinine (CTA, 3 %) ont été les antipaludiques les plus fréquemment pris pour traiter la fièvre. Par ailleurs, 11 % des enfants ont pris un antipaludique quelconque le jour même où le jour suivant l'apparition de la fièvre. La proportion d'enfants qui ont pris un antipaludique quelconque de manière précoce est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (14 % contre 9 %).

Tableau 17. 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 antipaludiques, selon les milieux de résidence urbain et rural, Côte d'Ivoire 2012

Indicateur du paludisme	Milieu de résidence					
	Urbain		Rural		Pourcentage	Effectif
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif		
Moustiquaires						
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire (imprégnée ou non)	64,7	4 933	77,2	5 293	71,2	10 226
Pourcentage de ménages possédant au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ¹	62,5	4 933	73,2	5 293	68,0	10 226
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	37,2	3 408	43,8	4 907	41,1	8 314
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête	36,1	3 408	40,9	4 907	38,9	8 314
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII, la nuit ayant précédé l'enquête ¹	51,5	2 385	52,0	3 857	51,8	6 242
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	32,8	495	50,0	626	42,4	1 121
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ¹	32,3	495	45,8	626	39,9	1 121
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages ayant une MII qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête ¹	50,7	316	61,2	470	56,9	785
Pulvérisation intradomestique d'insecticide résiduel (PID)						
Pourcentage de ménages dont l'intérieur du logement a été pulvérisé avec un insecticide résiduel au cours des 12 derniers mois	1,7	4 933	1,1	5 293	1,4	10 226
MII et/ou PID						
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII 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 ¹	37,3	3 408	41,7	4 907	39,9	8 314
Pourcentage de femmes enceintes qui ont dormi sous une MII 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 ¹	33,3	495	47,4	626	41,2	1 121
Traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse						
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a pris des antipaludiques à titre préventif au cours de la grossesse	78,4	1 187	68,0	1 851	72,1	3 039
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 ²	20,4	1 187	15,9	1 851	17,6	3 039
Traitement de la fièvre						
Pourcentage d'enfants avec de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête	24,3	2 604	23,0	4 257	23,5	6 862
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:						
Un antipaludique	22,3	632	14,4	977	17,5	1 610
SP	1,6	632	0,3	977	0,8	1 610
Chloroquine	0,7	632	1,2	977	1,0	1 610
Amodiaquine	6,7	632	4,2	977	5,2	1 610
Quinine	1,4	632	1,7	977	1,6	1 610
Combinaison avec artémisinine	3,4	632	2,8	977	3,0	1 610
Autre antipaludique	9,7	632	6,0	977	7,5	1 610
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:						
Un antipaludique	13,8	632	9,3	977	11,0	1 610
SP	1,1	632	0,1	977	0,5	1 610
Chloroquine	0,3	632	0,4	977	0,4	1 610
Amodiaquine	3,8	632	2,8	977	3,2	1 610
Quinine	0,6	632	1,5	977	1,1	1 610
Combinaison avec artémisinine	2,0	632	1,6	977	1,7	1 610
Autre antipaludique	6,2	632	4,3	977	5,0	1 610

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) 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.

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

3.17 Prévalence du paludisme

Le taux de couverture du test du paludisme est très élevé puisqu'un échantillon de sang a été prélevé pour 90 % des enfants éligibles et 93% des femmes enceintes éligibles (données non présentées).

Selon les résultats du Test de Diagnostic Rapide (TDR), la prévalence du paludisme s'établit à 42 % pour l'ensemble des enfants de 6-59 mois et à 16 % pour les femmes enceintes (Tableau 18). Précisons que les TDR peuvent parfois détecter l'antigène après la mort des parasites infectieux (c'est-à-dire après traitement) et donc qu'un test positif peut légèrement surestimer l'infection paludéenne actuelle. Ceci explique que la prévalence du paludisme basé sur les résultats de l'analyse des gouttes épaisses en laboratoire soit nettement plus faible : 18 % pour les enfants et 7 % pour les femmes enceintes (Tableau 18).

Les résultats de la microscopie montrent que la proportion d'enfants positifs est de loin plus élevée en milieu rural (24) qu'en milieu urbain (7 :%). La prévalence estimée présente de fortes variations régionales : elle est la plus faible à Abidjan (5 %) et elle varie de 12 % à 26 % dans les régions. Le Centre-Ouest (25 %) et l'Ouest (26 %) se caractérisent par les prévalences les plus élevées.

Contrairement aux enfants, la proportion des femmes testées positives au paludisme est plus élevée dans le milieu urbain (11%) qu'en milieu rural (5%).

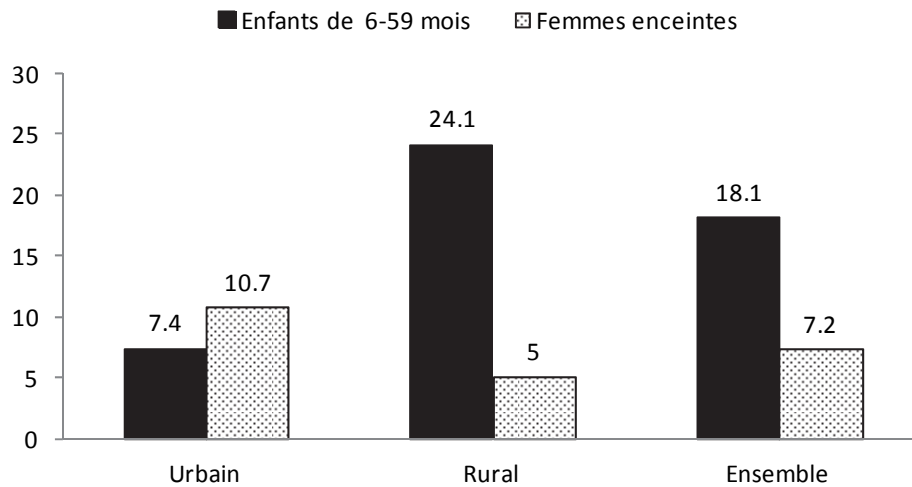
Tableau 18. Prévalence du paludisme chez les enfants et les femmes enceintes

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois et de femmes enceintes de 15-49 ans considérés comme étant atteints de paludisme selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Côte d'Ivoire 2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage atteint de paludisme			
	Positif au test rapide	Effectif	Positif a la microscopie	Effectif teste au laboratoire
ENFANTS				
Milieu de résidence				
Urbain	21,8	1 217	7,4	1 152
Rural	52,9	2 105	24,1	2 032
Région				
Centre	46,4	255	18,9	251
Centre-Est	61,9	77	18,0	76
Centre-Nord	41,7	268	13,4	261
Centre-Ouest	43,3	559	25,4	537
Nord	39,1	212	12,6	191
Nord-est	55,4	156	22,6	152
Nord-Ouest	46,5	174	12,1	165
Ouest	53,7	490	26,3	480
Sud sans Abidjan	39,5	376	18,1	351
Sud-ouest	49,4	273	20,3	261
Ville d'Abidjan	12,9	483	4,7	457
Ensemble	41,5	3 322	18,1	3 184
FEMMES				
Milieu de résidence				
Urbain	18,2	206	10,7	189
Rural	15,2	303	5,0	286
Région				
Centre	(15,7)	35	(4,4)	33
Centre-Est	(45,9)	9	(6,2)	8
Centre-Nord	11,5	37	0,0	36
Centre-Ouest	(12,0)	72	(9,6)	67
Nord	(11,3)	28	(2,9)	27
Nord-est	(7,5)	22	(5,5)	20
Nord-Ouest	12,4	21	1,6	20
Ouest	15,8	74	6,0	73
Sud sans Abidjan	(28,3)	67	(13,4)	62
Sud-ouest	(20,5)	64	(6,7)	60
Ville d'Abidjan	(12,5)	81	(10,3)	70
Ensemble	16,4	509	7,2	475

Note : Les valeurs entre parenthèse sont basées sur les 25-49 cas non pondérés.

Graphique 5 : Prévalence du paludisme chez les enfants et les femmes enceintes



3.18 Excision

Au cours de l'EDSCI-III, diverses questions ont été posées sur la connaissance et la pratique de l'excision, le type d'excision subi, ainsi que sur les opinions sur cette pratique. On ne présente ici que quelques résultats sur la pratique de l'excision. Des résultats plus détaillés seront présentés dans le rapport principal.

Selon le tableau 19, près de 38 % de l'ensemble des femmes ont déclaré être excisées.

La moyenne nationale cache cependant des disparités importantes, et les plus importantes sont observées selon les régions. En effet, la proportion de femmes excisées est supérieure à 70% dans les régions du Nord et du Nord-Ouest, suivies de la région de l'Ouest (57 %), et du Centre-Nord (50 %). Elle est la plus basse dans la région du Centre (13 %), du Centre-Est (20 %) et du Nord-Est (21 %).

La proportion des femmes excisées augmente progressivement avec l'âge, elle de 31 % chez les adolescentes et à 47 % chez les femmes de 45-49 ans. Par ailleurs, la fréquence de l'excision diminue avec le niveau d'instruction : 51 % chez les femmes non scolarisées, 27 % chez celles de niveau primaire et 16 % chez celles de niveau secondaire ou plus.

Concernant le type d'excision pratiquée, les résultats montrent que dans la majorité des cas (30 %), on a enlevé des parties de chair ; dans 2 % des cas, on a effectué une entaille sans enlever de chairs et dans 3 % des cas, les femmes ont eu la zone génitale cousue. Il convient de souligner la proportion de femmes qui n'ont pas été en mesure de donner une réponse ou une réponse précise (6 %), probablement parce qu'elles étaient trop jeunes au moment de l'excision.

Tableau 19. Mutilations génitales féminines

Proportion des femmes de 15-49 ans ayant subi l'excision, selon le type d'excision et certaines caractéristiques sociodémographiques, Côte d'Ivoire 2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant subi l'excision					Effectif de femmes
	A subi l'excision sous une forme quelconque	Entaille de la zone génitale	Enlèvement de chairs de la zone génitale	Fermeture de la zone génitale par une couture	Forme d'excision non précisée	
Milieu de résidence						
Urbain	37,2	2,3	28,2	4,0	6,7	5 161
Rural	39,2	1,5	32,5	2,6	5,1	4 897
Région						
Centre	12,5	0,4	7,7	3,1	4,3	635
Centre-Est	19,9	0,5	13,8	0,4	5,5	269
Centre-Nord	49,7	0,6	46,4	0,2	2,7	764
Centre-Ouest	38,6	0,5	33,2	11,3	4,8	1 375
Nord	70,0	1,3	59,2	1,3	9,3	540
Nord-Est	21,3	4,5	9,7	0,4	7,2	404
Nord-Ouest	74,6	2,3	59,4	2,5	12,7	446
Ouest	57,4	1,6	50,7	1,3	4,9	1 035
Sud	23,4	1,1	15,0	2,1	7,3	1 375
Sud-Ouest	32,6	4,2	25,4	0,9	3,1	817
Ville d'Abidjan	34,3	3,1	24,6	3,6	6,5	2 398
Groupe d'âges						
15-19	31,3	1,3	24,5	3,2	5,5	2 023
20-24	35,1	1,9	27,3	3,2	5,9	1 953
25-29	36,8	1,7	29,4	3,2	5,7	1 922
30-34	40,3	2,5	31,8	3,6	5,9	1 508
35-39	45,4	2,7	35,1	3,1	7,6	1 129
40-44	44,6	2,3	35,5	3,0	6,8	852
45-49	46,9	1,3	41,0	3,9	4,5	672
Niveau d'instruction						
Aucun	50,8	2,4	40,2	4,8	8,2	5 351
Primaire	27,2	1,6	21,8	1,5	3,8	2 552
Secondaire et plus	16,3	0,9	12,05	2,1	3,3	2 157
Ensemble	38,2	1,9	30,3	3,3	5,9	10 060

3.19 Situation des enfants

Enregistrement des naissances

L'enregistrement de la naissance d'un enfant à l'état civil le rend légalement membre à part entière d'une famille et de la nation. Il lui confère une nationalité, le droit d'être protégé par l'Etat quand la protection des parents fait défaut et le droit de participer à tous les événements sociaux qui peuvent le concerner. Il lui permet, également, de bénéficier des avantages sociaux de ses parents, comme l'assurance maladie, et de faire valoir ses droits à l'héritage.

Au cours de l'enquête, on a demandé aux personnes interviewées si la naissance des enfants les plus jeunes (moins de 17 ans) avait été déclarée à l'état civil. L'enquête révèle que la grande majorité des enfants ivoiriens est enregistrée à l'état civil comme le montre le tableau 20. Lors de l'enquête, 63 % des enfants de moins de 17 ans détenaient un acte de naissance et 14 % n'avaient pas d'acte de naissance, mais la naissance avait été déclarée à l'Etat civil. Cependant, le fait que la proportion d'enfant possédant un acte de naissance augmente avec l'âge pourrait indiquer que des actes de naissances n'ont pas été obtenus à la naissance, mais plus tard, au moment de la scolarisation par exemple. La proportion d'enfant qui possède un acte de naissance est plus importante dans le milieu urbain tandis que celle dont la naissance a été seulement déclarée l'est en milieu rural.

Au niveau des régions, ce sont les enfants de la ville d'Abidjan (89 %), de la région du Sud (77 %), des régions du Centre-est (71%) et Centre-Nord (70%) qui disposent le plus fréquemment d'un acte de naissance.

Tableau 20. Déclaration des naissances

Répartition (en %) des enfants de 0-17 ans selon que la naissance a été déclarée à l'Etat civil, par caractéristique sociodémographique, Côte d'Ivoire 2012

Caractéristique sociodémographique	Certificat de naissance	Déclaration des naissances			Total	Effectif d'enfants de 0-17 ans
		Naissance déclarée à l'état civil	Ni l'un ni l'autre	Ne sait pas		
Milieu de résidence						
Urbain	84,8	6,1	7,9	1,2	100	9 890
Rural	48,0	18,6	31,8	1,6	100	14 110
Région						
Centre	55,8	11,4	31,5	1,2	100	1 844
Centre-Est	71,4	7,3	19,1	2,1	100	589
Centre-Nord	69,7	15,4	14,4	0,5	100	2 011
Centre-Ouest	60,5	14,1	24,5	0,9	100	3 943
Nord	47,5	20,6	31,1	0,8	100	1 340
Nord-Est	64,3	20,2	13,9	1,7	100	1 110
Nord-Ouest	47,3	22,2	29,4	1,1	100	1 228
Ouest	43,3	22,5	31,7	2,4	100	2 888
Sud	76,7	8,3	14,1	0,9	100	3 434
Sud-Ouest	44,0	10,8	42,1	3,1	100	1 993
Ville d'Abidjan	89,4	5,4	3,9	1,3	100	3 619
Groupe d'âges						
0-4 ans	46,0	19,5	33,3	1,2	100	7 827
5-9 ans	62,6	14,0	22,1	1,3	100	7 322
10-14 ans	77,0	8,7	12,5	1,9	100	6 335
15-17 ans	83,7	5,3	9,7	1,3	100	2 516
Ensemble	63,2	13,5	21,9	1,4	100	24 000

3.20 Travail des enfants

Selon la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE, 1989), « l'enfant a le droit d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social ». Ainsi, toutes les dispositions doivent être prises par les autorités, la société et les parents pour que les enfants ne soient ni exposés ni exploités. Si certaines activités comme par exemple la participation des enfants aux tâches ménagères ou aux activités génératrices de revenus de la famille, sont considérées parfois comme faisant partie des processus de socialisation, il n'en reste pas moins que les enfants qui sont engagés dans de telles activités ont souvent moins de chance d'être scolarisés, plus de chance d'abandonner l'école et courent plus de risques d'être exploités.

Les informations sur le travail des enfants ont été collectées pour les enfants de 5 à 14 ans. Le tableau 21 présente la situation des enfants qui, au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, ont soit travaillé pour quelqu'un d'autre qu'un membre de la famille, soit travaillé dans les champs ou des activités génératrices de revenus de la famille, soit réalisé des travaux domestiques. Il a été aussi pris en compte la variable « nombre d'heures travaillées ».

L'enquête révèle qu'au cours de la semaine qui a précédé l'enquête, 68 % des enfants âgés de 5-14 ans ont effectué un travail.

Le travail concerne plus les jeunes filles (74 %) que les garçons (62 %). Environ 58 % des enfants ont effectué un travail dans le cadre domestique, près de 26 % ont travaillé dans une affaire familiale et 40% sont allés chercher de l'eau ou du bois.

La fréquence du travail des enfants augmente avec leur âge ; la proportion d'enfants ayant travaillé passe de 45 % chez les 5-7 ans à 87 % pour le groupe âgé de 13 à 14 ans.

L'analyse des résultats selon le milieu de résidence fait apparaître des disparités importantes en défaveur des enfants du monde rural. En milieu rural, 74 % des enfants ont effectué un travail contre 59 % en milieu urbain. La proportion d'enfants qui ont fait un travail quelconque est la plus faible dans la ville d'Abidjan (53%).

Tableau 21. Travail des enfants

Proportion des enfants de 5-14 ans ayant travaillé pendant la semaine précédant l'enquête, selon le type de travail et par caractéristique sociodémographique, Côte d'Ivoire 2012

Caractéristique sociodémographique	Type de travail						Effectif d'enfants de 5-14 ans
	Travail payé pour quelqu'un qui n'est pas membre du ménage	Travail non payé pour quelqu'un qui n'est pas membre du ménage	Aller chercher de l'eau ou du bois	Travail dans une affaire familiale	Travaux ménagers	Un type de travail quelconque	
Milieu de résidence							
Urbain	2,4	7,1	21,5	12,4	52,5	59,2	5 570
Rural	2,8	4,1	52,7	35,2	61,7	74,0	8 081
Région							
Centre	2,2	8,1	49,4	27,7	66,3	76,7	1 111
Centre-Est	0,8	8,4	35,9	23,4	55,0	65,6	330
Centre-Nord	1,4	7,5	33,5	31,4	64,2	73,0	1 171
Centre-Ouest	2,9	3,4	38,0	19,8	48,0	58,0	2 319
Nord	1,3	8,1	51,3	37,2	76,8	83,7	752
Nord-Est	1,7	1,4	54,8	40,3	66,9	77,8	646
Nord-Ouest	3,3	1,8	45,1	55,5	58,0	74,4	691
Ouest	4,5	4,2	55,5	28,4	59,7	74,5	1 554
Sud	3,4	6,7	42,9	25,6	52,6	65,4	2 020
Sud-Ouest	1,2	2,7	47,0	30,6	72,0	77,0	1 091
Ville d'Abidjan	2,6	6,9	11,2	5,5	48,2	52,9	1 967
Sexe							
Masculin	3,0	4,9	33,4	25,9	46,9	61,5	6 858
Féminin	2,2	5,8	46,6	25,9	69,2	74,4	6 793
Groupe d'âges							
5-7 ans	1,0	3,7	22,7	14,4	36,1	45,2	4 626
8-10 ans	2,0	5,1	45,6	29,4	62,5	73,8	4 181
11-12 ans	3,6	7,4	51,7	34,0	71,8	82,3	2 606
13-14 ans	6,0	6,8	51,4	33,5	78,6	87,2	2 239
Ensemble	2,6	5,4	40,0	25,9	58,0	67,9	13 651