



République de Djibouti

PAPFAM - Rapport Final



Ligue des Etats Arabes

- Avril 2004 -

Présentation de l'Emir Talal Ibn Abdelaziz Président de la Commission supérieure d'orientation du programme arabe de santé familiale

Nous n'avons jamais cessé d'œuvrer, depuis des années, pour la nécessité d'activer l'action arabe commune et d'affirmer que la réussite est largement tributaire de la volonté forte et sincère.

Dans l'exécution du programme des pays du Golfe arabe d'appui aux organisations des Nations Unies pour le développement, on est parvenu, grâce à la volonté sincère qui nous anime, de concrétiser un nombre d'idées qui se sont très vite traduites en projets au profit des citoyens arabes.

Parmi ces exemples de réussite qui poussent à l'optimisme on peut mentionner le Programme de la Santé de la Famille Arabe qui n'est autre qu'un prolongement du programme arabe de promotion de l'enfance et une continuation de la mise en œuvre du Programme de la Santé de la Famille dans la Région du Golfe.

Les réussites de ces deux programmes révélées à travers les enquêtes nationales et les données et les informations collectées sur les pays arabes ont grandement aidé à établir un diagnostic clair sur la situation qui prévaut et à la définition de politiques et de plans d'action adaptés.

Ce deuxième programme pilote « Programme Arabe de Santé de la Famille » a démarré avec l'appui du Programme du Golfe Arabe de soutien aux Organisations des Nations Unies pour le Développement (AGFUND), du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), du Fonds de l'OPEC de Développement International, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de l'Organisation Islamique des Sciences Médicales, de l'Union Internationale de la Planification Familiale (bureau régional du monde arabe), du Fonds des Nations Unies de l'Enfance et du Conseil Economique et Social de l'Asie de l'Ouest.

La ligue des Etats Arabes veille à l'exécution de ce programme qui vise à fournir des données détaillées et fines qui découleront des enquêtes nationales sur la santé de la famille, de la santé de reproduction, les tendances de la jeunesse ainsi que la situation et la place de la femme arabe dans la société.

C'est dans ce cadre qu'a été réalisée l'enquête sur la santé de la famille à Djibouti et ce après la signature d'un accord avec le Ministère de la Santé et le gestionnaire du Programme Arabe de la Santé de la famille à la Ligue des Etats Arabes.

L'enquête sur la santé de la famille réalisée à Djibouti constitue la première opération du genre dans ce pays et se distingue par la multiplicité de ses dimensions et la diversité de ses axes en relation avec la famille Djiboutienne et met l'accent sur l'examen des acquis des jeunes, de leur comportement et les moyens de les prévenir des dangers qui les guettent.

Je tiens à relever la rigueur scientifique dont ont fait preuve les parties en charge de l'enquête et ce à toutes les étapes de son déroulement. Cela a été rendu possible notamment par le renforcement des compétences nationales qui ont prouvé une capacité et une compétence à toute épreuve dans l'exécution des enquêtes avec la qualité et le savoir-faire requis.

Notre estime pour l'équipe qui a réalisé ce travail n'a d'égal que le niveau élevé de complémentarité et de coordination relevée entre les partenaires internationaux et nationaux directement impliqués par la santé de la famille et des jeunes ce qui a été d'un grand apport dans la satisfaction de leurs besoins en données sur une plus large échelle et au moindre coût.

En cette occasion, nous tenons à présenter au peuple frère de Djibouti nos félicitations pour la parution de ce rapport et notre profond respect au gouvernement de Djibouti pour tout l'appui qu'il a donné pour que ce travail soit achevé dans les délais impartis et ce en dépit des conditions dans lesquels cette enquête s'est déroulée.

Nous tenons également à adresser nos remerciements les plus vifs aux gestionnaires du Programme Arabe de la Santé Familiale pour tous les efforts qu'ils ont déployé pour la réussite de cette enquête et notre respect le plus sincère à toutes les parties qui ont soutenu techniquement et financièrement ce programme ainsi qu'aux membres du comité technique du programme pour leur contribution active à ce travail.

Talal Ibn Abdelaziz
Président du Programme du Golfe Arabe
d'Appui aux Organisations des Nations Unies de Développement (AGFUND)
et Président du Comité Supérieur d'Orientation du Programme de la Santé de la
Famille Arabe

Présentation

Conformément à la volonté du gouvernement de Djibouti de développer et d'améliorer les conditions sociales et sanitaires de la famille djiboutienne, en général, et de la mère et de l'enfant, en particulier, et ce en se référant à une base de données exhaustive qui sera d'un grand apport dans la définition des priorités des politiques et des programmes, qu'a été signé un accord d'exécution d'une enquête sur la santé de la famille de Djibouti en collaboration avec le programme arabe sur la famille relevant de la Ligue des Etats Arabes.

Pour cela, la Direction des Statistiques Nationales et des Etudes Démographiques, le Ministère de la Santé en collaboration avec le Programme Arabe sur la Santé de la Famille, ont réalisé l'enquête de Djibouti et ce à travers une série de questionnaires qui ont été élaboré avec le concours de diverses parties locales et internationales.

A cette occasion, il me plaît de remercier et d'exprimer mes sentiments de respect pour toutes les organisations et les institutions arabes et internationales qui ont participé au financement de ce programme et je citerai le programme du Golfe Arabe d'Appui aux Organisations des Nations Unies de Développements, le fond des Nations Unies de la Population, la Ligue des Etats Arabes, le Bureau Régional du Monde Arabe, l'Union International de la Planification de la Famille, le Fonds de l'OPEC de Développement, l'Organisation Islamique des sciences Médicales, le Conseil Economique et Social de l'Asie de l'Ouest, le Bureau des Statistiques des Nations Unies pour la Population, le Bureau de l'Organisation Mondiale de la Santé, la Banque Mondiale, l'UNICEF et la Coopération Technique Française à Djibouti.

Mes remerciements s'adressent également aux experts qui ont participé à la réalisation de cette enquête et plus particulièrement MM Idriss Ali Soltan, Mohamed Daoud, Konati Seikou, Yacoub Adama, Farah Djama, Mohamed Mahyoub Hatem et les experts de la direction du programme qui ont piloté ce travail à toutes les étapes de son exécution et je cite l'ambassadeur Ali Abdelkerim, L'expert Mohamed Essaied Ahmed, Dr Atef Khelifa, Dr Ahmed Abdelmonem, Mme Samia Charchour, M Ahmed Mzoughui, M Habib Fourati, M Hafedh Chekir, Feu Fessi Fehri, Mme Aicha Djama et tout le comité technique de l'enquête et des équipes qui ont collaboré à la collecte et à l'exécution du questionnaire.

Ce rapport présente des indicateurs importants et une analyse des données qui offrent aux chercheurs une base pour leurs travaux et aux décideurs les moyens d'engager les politiques adaptées.

Otman Mounir Badar
Directeur de DISED
Djibouti

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 INTRODUCTION GENERALE	17
CHAPITRE 2 METHODOLOGIE EDSF/PAPFAM	19
2.1. Cadre institutionnel	19
2.2. Objectifs	19
2.3. Couverture et échantillonnage.....	20
2.4. Description des questionnaires.....	21
2.5. Déroulement de l'enquête	24
2.6. Calendrier des opérations de l'EDSF/PAPFAM.....	28
CHAPITRE 3 CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DE L'HABITAT	29
3.1. Structure des ménages	29
3.2. Structure de la population :	30
3.3. Education.....	32
3.4. Caractéristiques de l'habitat	34
CHAPITRE 4 CARACTERISTIQUES DES FEMMES ENQUETEES	37
4.1. Caractéristiques générales	37
4.2. Caractéristiques des couples.....	37
4.3. Femmes et mass-médias	38
4.4. Femmes et travail	38
CHAPITRE 5 MALADIES CHRONIQUES, HANDICAP ET TABAGISME.....	40
5.1. Les maladies chroniques	40
5.2. L'handicap.....	41
5.3. Le tabagisme	43
CHAPITRE 6 NUPTIALITE	45
6.1. L'état matrimonial.....	45
6.2. Age au mariage.....	46
6.3. Mariage consanguin	47
6.4. Polygamie.....	48
6.5. Stabilité du mariage.....	49
CHAPITRE 7 LA FECONDITE	50
7.1. Taux de grossesse (au moment de l'enquête).....	50
7.2. Fécondité différentielle	50
7.3. Niveau et tendance de la fécondité.....	52
7.4. Fécondité cumulée et descendance finale	53
7.5. Espacement des naissances	56
7.6. Niveau d'infertilité	56
7.7. Grossesse et maternité à moins de vingt ans	57
CHAPITRE 8 LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	58
8.1. La contraception passée	58
8.2. Le nombre d'enfants lors de la première utilisation.....	60
8.3. L'utilisation actuelle des moyens contraceptifs	60
8.4. L'utilisation future de la contraception	61
CHAPITRE 9 LA PROTECTION DE LA MATERNITE.....	63
9.1. Les femmes enceintes à l'heure de l'Enquête	63

9.2. La protection sanitaire avant l'accouchement.....	63
9.3. Les soins pendant l'accouchement.....	69
9.4. Le soin sanitaire postnatal.....	72
9.5. Les pertes de grossesse : avortement, fausses couches ou mort-nés.....	75
CHAPITRE 10 LES MALADIES CHRONIQUES ET DE REPRODUCTION PARMIL	
LES FEMMES.....	76
10.1. L'état sanitaire.....	76
10.2. Les maladies chroniques répandues.....	76
10.3. Les maladies de la reproduction.....	76
10.4. Les problèmes sanitaires relatifs à la menstruation.....	79
10.5. Le lieu du soin médical reçu et les obstacles.....	81
CHAPITRE 11 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....	83
11.1. Connaissances des IST/SIDA.....	83
11.2. Les connaissances spécifiques aux VIH/SIDA.....	84
11.3. Mode de transmission et de prévention du SIDA.....	85
CHAPITRE 12 ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS.....	87
12.1. Méthodologie.....	87
12.2. Analyse des résultats.....	87
12.3. Conclusions.....	89
CHAPITRE 13 MORTALITE INFANTILE.....	90
13.1 Le niveau de la mortalité infantile.....	90
13.2 Evolution des taux de mortalité.....	91
13.3 Disparité des taux de mortalité infantile.....	91
CHAPITRE 14 ALLAITEMENT MATERNEL ET SEVRAGE DES ENFANTS AGES	
DE MOINS DE TROIS ANS.....	92
14.1. Allaitement maternel.....	92
14.2. Les raisons de ne pas allaiter.....	93
14.3. Rythme et durée d'allaitement.....	94
14.4. La nutrition complémentaire et l'allaitement artificiel.....	95
14.5. Le sevrage.....	97
CHAPITRE 15 VACCINATION.....	98
15.1. Introduction.....	98
15.2. Résultats de l'enquête.....	99
15.3. Conclusion.....	104
CHAPITRE 16 SANTE ET MORBIDITE INFANTILE.....	105
16.1. Les infections respiratoires.....	105
16.2. La diarrhée.....	107
CHAPITRE 17 TENDANCES DE L'EVOLUTION DE LA FECONDITE.....	111
17.1. Le désir d'enfants supplémentaires.....	111
17.2. Nombre d'enfants désirés.....	113
17.3. Les intentions pour la planification familiale.....	114
17.4. Les besoins non satisfaits en méthodes contraceptives.....	116
17.5. Les intentions pour l'âge du mariage, l'enfantement et le travail des filles.....	117
CHAPITRE 18 SANTE ET ORIENTATION DES JEUNES.....	120
18.1. Niveau d'instruction.....	120
18.2. Occupation des jeunes.....	121
18.3. Demande de conseil.....	121
18.4. Genre et éducation.....	122
18.5. Jeunes et mariage.....	122
18.6. L'indépendance des jeunes.....	123

18.7. Pratiques et avis des jeunes dans le domaine sanitaire.....	123
18.8. Préparation des filles à la vie féconde.....	126
18.9. Le sexe et les pratiques sexuelles.....	127
CHAPITRE 19 LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES	128
19.1. Introduction.....	128
19.2. Le problème des mutilations génitales féminines à Djibouti.....	128
19.3. La prévalence des MGF parmi les femmes adultes à Djibouti.	129
19.4. Age moyen de survenance de l'événement.....	131
19.5. Perception et Opinion des enquêtes vis-à-vis de ces pratiques.....	132
19.6. La reproduction du phénomène.....	135
19.7. Conclusion et Points de discussion.....	136
CHAPITRE 20 CONCLUSION & RECOMMANDATIONS	137

Liste des tableaux

Tableau 2.1 : Répartition des ZD et grappes de l'échantillon.....	21
Tableau 2.2 : Taille et couverture de l'échantillon Effectifs des ménages, des femmes et des jeunes sélectionnés, identifiés et enquêtés, et le taux de réponse selon le milieu de résidence	21
Tableau 3.1 : Structure des ménages enquêtés	29
Tableau 3.2 : Composition des ménages.....	30
Tableau 3.3 : Population des ménages par âge et par sexe.....	31
Tableau 3.4 : Niveau d'instruction de la population par sexe et lieu de résidence	33
Tableau 3.5 : Taux brut de scolarisation.....	34
Tableau 3.6 : Caractéristiques de l'habitat.....	36
Tableau 4.1 : Répartition des femmes non célibataires selon quelques caractéristiques	37
Tableau 4.2 : Age du couple selon le milieu	38
Tableau 4.3 : Taux d'écoute des mass médias parmi les femmes non célibataires (15-49 ans) selon le milieu et le niveau d'instruction	38
Tableau 5.2 : Prévalence des maladies chroniques par milieu et sexe	41
Tableau 5.3 : Répartition de la population de l'échantillon selon l'handicap ,son degré par milieu et genre.....	42
Tableau 5.4 : Taux (pour mille) des handicapés selon l'âge et le genre	42
Tableau 5.5 : Causes de l'handicap selon le genre	43
Tableau 5.6 : Répartition (%) des individus de l'échantillon selon leur situation par rapport au tabagisme selon le milieu et le genre	43
Tableau 6.1 : Répartition de la population Djiboutienne selon l'état matrimonial Et l'âge (Papfam 2002).....	46
Tableau 6.2 : Moyenne des années de célibat selon le genre, le lieu de résidence et le niveau scolaire	47
Tableau 6.3 : Répartition relative des femmes mariées (15 – 49) selon le degré de paternité avec leurs conjoints, le lieu de résidence et le niveau d'instruction.....	47
Tableau 6.4 : Pourcentage des femmes ayant un époux polygame parmi l'ensemble des femmes mariées selon le lieu de résidence et le niveau de scolarisation....	48
Tableau 6.5 : Pourcentage des femmes mariées (15 – 49) une seule fois, pourcentage de celles qui ont divorcé de leurs premiers mariages et pourcentage de celles qui se sont remariées après leurs divorces selon le lieu de résidence et le niveau de scolarisation	49
Tableau 7.1 : Taux de grossesse au moment de l'enquête selon l'âge et le milieu de résidence.....	50
Tableau 7.2 : Taux de fécondité par âge (1000 femmes) et ISF (période de 5 ans avant l'enquête) selon le milieu de résidence.....	51
Tableau 7.3 : Evolution de l'Indice Synthétique de Fécondité pour les trois périodes quinquennales précédents l'enquête selon le milieu de résidence.....	52
Tableau 7.4 : Evolution des taux de Fécondité par âge pour les trois périodes quinquennales précédents l'enquête selon le milieu de résidence.....	52
Tableau 7.5 : Répartition proportionnelle des femmes non célibataires selon le nombre l des naissances et le l'âge	53
Tableau 7.6 : Nombre moyen d'enfants nés vivants selon la durée du mariage et l'âge au premier mariage (femmes non célibataires 15-49).....	54

Tableau 7.7 : Répartition proportionnelle des naissances au cours des cinq dernières années selon l'intervalle entre la dernière naissance et celle qui la précède selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction.	56
Tableau 7.8 : Taux des non fertiles selon l'âge et la durée de mariage (femmes non célibataires 15-49 ans).....	57
Tableau 7.9 :Pourcentage des mères et femmes enceintes pour la première fois par rapport à l'ensemble des femmes dans la tranche d'âge (15-19) selon quelques propriétés	57
Tableau 8.1 : Répartition des femmes non célibataires selon l'utilisation passée selon l'âge.....	58
Tableau 8.2 : Taux de l'utilisation passée des méthodes contraceptives (femmes non célibataires 15 –49 ans)	58
Tableau 8.3 : Taux d'utilisation passée selon le milieu et le niveau d'instruction (femmes non célibataires 15 –49 ans).....	59
Tableau 8.4 : Nombre moyen d'enfant à la première utilisation selon l'âge.....	60
Tableau 8.5 :Répartition (%) des femmes mariées selon l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction.....	60
Tableau 8.6 : Répartition (%) des femmes mariées qui utilisent une méthode contraceptive selon la durée d'utilisation sans cesse de la méthode actuelle et selon l'âge.....	61
Tableau 8.7 : Répartition des femmes qui ne désirent pas l'utilisation future selon les causes et l'âge.....	62
Tableau 9.1 : Pourcentages des femmes non-célibataires âgées entre 15 et 49 ans n'ayant pas reçu de soins pendant leur dernière grossesse (au cours des 5 ans précédant l'Enquête) et pourcentages de celles qui en ont reçu chez un médecin ou une infirmière ou une sage-femme, selon certaines caractéristiques.....	64
Tableau 9.2 : Distribution proportionnelle des femmes ayant fait suivre leur dernière grossesse (dans les 5 ans précédant l'enquête) selon la durée de la grossesse lors de la première consultation et l'objectif de la visite.....	65
Tableau 9.3 : Répartition des femmes ayant eu leur dernière grossesse au cours des 5 années précédant le sondage, selon le nombre des visites prénatales effectuées et le milieu de résidence.....	65
Tableau 9.4 : Parmi les femmes ayant fait suivre leur dernière grossesse (au cours des cinq années précédant l'enquête) et le pourcentage qui ont subi des tests ou contrôles spécifiques et ont reçu des différentes informations selon le lieu du dernier examen	66
Tableau 9.5 : Pourcentage des femmes ayant été administré du fer et des vitamines et pris des injections contre le tétanos pendant leur dernière grossesse, au cours de la période quinquennale précédent le sondage, selon certaines caractéristiques.....	67
Tableau 9-6 : Pourcentage des femmes ayant souffert de problèmes sanitaires durant leur dernière grossesse au cours des cinq années précédant l'enquête, selon certaines caractéristiques.....	68
Tableau 9.7 : Répartition proportionnelle du dernier accouchement au cours de la période quinquennale précédent l'enquête, selon le lieu de l'accouchement et certaines caractéristiques.	70

Tableau 9.8 : Pourcentage des femmes ayant accouché à la période quinquennale précédent l'enquête, selon les problèmes sanitaires qu'elles ont subis durant leur dernier accouchement et certaines caractéristiques.....	71
Tableau 9.9 : Répartition des derniers accouchements de la période quinquennale précédent l'enquête accomplis dans des institutions sanitaires, selon la nature de l'accouchement et certaines caractéristiques	72
Tableau 9.10 : Pourcentages des femmes ayant souffert de complications postnatales, à la période quinquennale précédent l'enquête, selon le type des complications et le milieu de résidence.....	74
Tableau 10.1 : Parmi les femmes non célibataires âgées de 15-49 ans, le pourcentage qui souffrent de maladies chroniques et ceux diagnostiquées par un médecin, et parmi elles le pourcentage qui prennent un traitement	77
Tableau 10.2 : Pourcentage des femmes non célibataires (15-49 ans) ayant déclaré souffrir de symptômes indiquant la présence de maladies reproductives, selon certaines caractéristique	78
Tableau 10.3 : Pourcentages des femmes non célibataires ayant souffert de symptômes des maladies de la reproduction selon la personne consultée et le milieu de résidence.....	78
Tableau 10.4 : Pourcentages des femmes n'ayant pas demandé de consultation, selon la cause et le milieu de résidence.....	79
Tableau 10.5 : Pourcentage des femmes non ménopausées et non-enceintes (19-45 ans), qui souffrent de troubles menstruels, selon certaines caractéristiques	80
Tableau 10.6 : Répartition des femmes non célibataires (15-49 ans), selon la source habituelle des soins médicaux et certaines caractéristiques.....	82
Tableau 11.1 : Pourcentage de femmes mariées ayant des connaissances des MST.....	83
Tableau 11.2 : Parmi les femmes non célibataires âgées de 15-49 ans, le pourcentage qui connaissent différentes MST selon la maladie, par âge, nombre d'enfants nés vivants, milieu, niveau d'instruction et état actuel d'emploi, EDSF 2002	84
Tableau 11.3 : Parmi les femmes ayant déclaré connaître le SIDA, pourcentage de celles qui connaissent les modes de transmission	85
Tableau 12-1 : Pourcentage des enfant moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale, de retard de croissance et sous-nutrition	87
Tableau 13.1 : Estimations des taux de mortalité infantile (pour mille) selon le sexe durant les cinq années précédent l'enquête	90
Tableau 13-2 : Taux de mortalité infantile(pour mille) durant les dix dernières années précédent l'enquête selon quelques propriétés.....	91
Tableau 14.1 : Durée médiane d'allaitement au sein exclusif ou prédominant des enfants nés vivant et ont moins de 3 ans au moment de l'enquête selon quelques caractéristiques.....	93
Tableau 14.2 : Durée médiane d'allaitement au sein exclusif ou prédominant des enfants nés vivant et ont moins de 3 ans au moment de l'enquête selon quelques caractéristiques.....	94
Tableau 14.3 : Pourcentage des enfants moins de 3 ans selon le type de leurs alimentations supplémentaire pendant les derniers 24 heures avant l'étude, selon l'âge en mois, le type d'alimentation et l'état d'allaitement naturel au moment de l'étude	96
Tableau 15.1 : Disponibilité du carnet de vaccination selon le lieu de résidence	100

Tableau 15.2 : Disponibilité du carnet de vaccination selon le niveau d'instruction de la mère, le Lieu d'accouchement et la Personne qui a assisté à l'accouchement	100
Tableau 15.3 : Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon la source d'information	101
Tableau 15.4 : Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon le lieu de résidence	102
Tableau 15.5 : Proportion des enfants ayant reçu avant l'âge de 12 mois les différents vaccins selon l'âge actuel de l'enfant.....	102
Tableau 16.1 : Parmi les derniers enfants âgés de moins de cinq ans, le pourcentage qui ont été atteints de symptômes suggestifs de maladies de l'appareil respiratoire durant les deux semaines précédant l'enquête selon le sexe et le milieu	105
Tableau 16.2 : Parmi les derniers enfants âgés de moins de cinq ans qui ont été atteints de la toux ou la fièvre durant les deux semaines précédant l'enquête, le pourcentage dont les mères ont demandé conseil ou traitement d'une source médicale selon la source et quelques variables démographiques.	106
Tableau 16.3 : Parmi les derniers enfants âgés de moins de cinq ans qui ont été atteints de la toux ou la fièvre durant les deux semaines précédant l'enquête, le pourcentage qui ont reçu un traitement selon le traitement et quelques variables démographiques	107
Tableau 16.4 : Parmi les derniers enfants âgés de moins de cinq ans, le pourcentage qui ont été atteints de diarrhée durant les deux semaines précédant l'enquête selon le sexe et le milieu.....	108
Tableau 16.5 : Parmi les derniers enfants âgés de moins de cinq ans qui ont été atteints de la diarrhée durant les deux semaines précédant l'enquête, le pourcentage dont les mères ont demandé conseil ou traitement selon la source et quelques variables démographiques.....	109
Tableau 16.6 : Proportion des enfants de moins que 5 ans atteint par la diarrhée durant deux semaines précédentes l'enquête selon le traitement reçu et certaines propriétés	110
Tableau 17.1 : Répartition des femmes mariées selon le désir d'enfants supplémentaires et les caractéristiques socio-démographiques	111
Tableau 17.2 : Répartition des femmes désireuses d'enfants supplémentaires Selon la prédominance de sexe des enfants vivants	112
Tableau 17.3 : Pourcentage des femmes qui veulent être enceintes sans attente parmi les femmes mariées (15-49), et la moyenne de la durée d'attente pour la grossesse prochaine selon le milieu de résidence et le nombre des enfants vivants.....	112
Tableau 17.4 : La moyenne des enfants désirés pour les femmes mariées (15-49) et qui ont donné des réponses quantitatives selon le sexe de l'enfant et l'age, le milieu et le niveau d'instruction de la femme	113
Tableau 17.5 : Répartition en pourcentage des femmes mariées (15-49) selon leurs avis à propos la période idéale entre deux grossesses selon quelques caractéristiques.....	114
Tableau 17.6 : Répartition en pourcentage des femmes mariées (15-49) selon leurs avis à propos l'utilisation des méthodes contraceptives selon quelques caractéristiques.....	115
Tableau 17.7 : Répartition en pourcentage des femmes mariées (15-49) selon leur réponse à propos l'avis du mari concernant la planification familiale et le	

pourcentage des femmes qui n'ont jamais discuté le sujet avec le mari selon quelques caractéristiques	116
Tableau 17.8 : Pourcentage des femmes mariées (15-49) selon les besoins subvenues ou non des moyens contraceptifs et la demande totale selon quelques caractéristiques.....	117
Tableau 17.9 : Répartition en pourcentage des femmes mariées (15-49) selon leur avis à propos l'âge idéal du mariage des filles et l'âge moyenne (en an) selon quelques caractéristiques.....	118
Tableau 17.10 : Répartition en pourcentage des femmes mariées (15-49) selon le nombre d'enfant désiré pour leur fille selon quelques caractéristiques.....	119
Tableau 18.1 : Pourcentage des jeunes qui décident eux même de certains aspects quotidiens selon le genre	123
Tableau 18.2 :Le pourcentage des jeunes qui connaissent certaines maladies sexuellement transmises selon le genre.....	125
Tableau 18.3 :Le pourcentage des filles (15-24) ayant confirmé les changements de certains aspects quotidiens après leur puberté.....	126
Tableau 19.1 : Répartition des femmes ayant subies des mutilations génitales selon les types de mutilation et quelques caractéristiques.....	130
Tableau 19.2 : Répartition des cas de mutulation de la dernière fille selon l'âge à la mutulation et quelques caratéristiques	131

Liste des graphiques

Graphique 3.1: Pyramide des âges - EDSF/PAPFAM - 2002/2003	32
Graphique 3.2 : Taux brut de scolarisation.....	34
Graphique 4-1 : Répartition des femmes non célibataires (15-49 ans) selon l'occupation (travail).....	39
Graphique 5-1 : Prévalence des maladies chroniques selon le milieu et le genre.....	40
Graphique 5-2 : Taux des atteints par au moins une maladies chroniques selon l'âge et le genre	41
Graphique 5-3 : Répartition de type d'handicap selon le genre	42
Graphique 5-4 : Taux de fumeurs (10 ans et +) selon l'âge et le genre	44
Graphique 6-1 : Taux de veuvage (15 ans et plus) selon l'âge au moment de l'enquête	45
Graphique 6-2 : Pourcentage des femmes mariées avec un proche par rapport à l'ensemble des femmes mariées (15 – 49) selon le lieu de résidence et le niveau de scolarisation.....	48
Graphique 7-1 : ISF (période de 5 ans avant l'enquête) selon le milieu et le niveau scolaire.....	51
Graphique 7-2 : Taux de fécondité par âge (1000 femmes) (période de 5 ans avant l'enquête) selon le milieu de résidence.....	51
Graphique 7-3 : Evolution des taux de fécondité par âge pour les trois périodes quinquennales précédents l'enquête.....	52
Graphique 7-4 : Evolution des taux de fécondité par âge -Femmes analphabètes- Pour les trois périodes quinquennales précédents l'enquête	53
Graphique 7-5 : Nombre moyen d'enfants vivants selon l'age et le lieu de résidence (femmes non célibataires 15-49).....	54
Graphique 7-6 : Nombre moyen d'enfants nés vivants selon la durée de mariage (femmes non célibataires 15-49 ans).....	55
Graphique 7-7 : Nombre moyen d'enfants nés vivants selon le niveau d'instruction (femmes non célibataires 15-49 ans).....	55
Graphique 8-1 : Utilisation passée selon le niveau d'instruction.....	59
Graphique 8-2 : Intention d'utilisation de la contraception (femmes mariées 15-49 ans)	61
Graphique 8-3 : Intention d'utilisation selon le nombre d'enfants (%)......	62
Graphique 9-1 : Répartition des femmes ayant fait suivre leur dernière grossesse selon le lieu de la dernière visite	66
Graphique 9-3 : Pourcentage des femmes ayant souffert de problèmes sanitaires pendant leur dernière grossesse au cours de la période quinquennale précédent l'enquête, et ayant eu recours à un médecin ou à une infirmière/sage femme, selon le milieu de résidence et l'âge à la naissance	69
Graphique 9-4 : Pourcentage des femmes ayant reçu un soin postnatal par un médecin, une infirmière ou une sage-femme, après le dernier accouchement au cours des cinq années précédent l'enquête, selon le niveau d'instruction	73
Graphique 9-5 : Répartition des femmes ayant reçu un soin postnatal après leur dernier accouchement, durant les 5 ans précédents l'enquête, selon le lieu de l'examen.	73
Graphique 9-6 : Répartition des femmes n'ayant obtenu aucun soin postnatal, après le dernier accouchement, au cours des cinq années précédant l'enquête, selon la raison principale et le milieu de résidence	74

Graphique 9-7 : Répartition des femmes ayant perdu une grossesse durant les 5 dernières années, selon la durée de la grossesse	75
Graphique 10.1 : Pourcentages des femmes ayant des symptômes maladifs de reproduction et n'ayant reçu aucune consultation, selon le milieu de résidence.....	79
Graphique 10.2 : Pourcentage des femmes non-menauposées et non-enceintes qui souffrent de troubles menstruels.....	81
Graphique 10.3 : Pourcentage des femmes ayant des troubles menstruels selon la personne consultée par les troubles et le milieu de résidence	81
Graphique 10.4 : Proportion des femmes non célibataires (15-49 ans) qui ont souligné la présence de difficulté entravant le recours aux soins sanitaires , selon la nature des difficultés et le milieu de résidence	82
Graphique 11.1 : Pourcentage des sources d'information citées par les femmes ayant déclaré connaître le SIDA.....	84
Graphique 11.2 : Parmi les femmes ayant déclaré connaître le SIDA, pourcentage de celles qui connaissent les moyens pour éviter la contamination	86
Graphique 13-1 : Taux de mortalité infantile(pour mille) pour les deux quinquennaux précédent l'enquête	91
Graphique 14-1 : Répartition de causes principales de non allaitement au sein des enfants âgés de moins de 3 ans au moment de l'enquête	94
Graphique 14.2 : Répartition des enfants sevrés âgés de moins de 3 ans selon le type de sevrage et le lieu de résidence.....	97
Graphique 14.3 : pourcentage des enfants sevrés âgés de moins de trois ans selon les causes de sevrage et le lieu de résidence.....	97
Graphique 15.1 : Evolution de la couverture vaccinale par le DTC-3	98
Graphique 15.2 : Proportion des enfants complètement vaccinés et taux de déperdition selon le rang de naissance	103
Graphique 15.3 : Proportion des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés et taux de déperdition selon le niveau d'instruction de la mère	103
Graphique.15.4 : Proportion des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés et taux de déperdition selon le lieu d'accouchement de la mère.....	104
Graphique 16.1 : Incidence de diarrhée au cours des 2 semaines avant l'enquête	108
Graphique 16.2 : Répartition des causes de négligence du traitement de la diarrhée..	109
Graphique 17.1 : Moyenne de nombre d'enfants désirés parmi les femmes mariées (15 – 49) qui ont donné des réponses quantitatives selon le milieu et le niveau d'instruction.....	113
Graphique 18.1 : Répartition relative des jeunes (15-24) selon le niveau d'instruction et le genre	120
Graphique 18.2 : Pourcentage des jeunes citant l'obligation d'avoir un diplôme universitaire selon le genre.....	122
Graphique 18.3 : Répartition des jeunes selon les personnes refuges en cas de maladie selon le genre.....	124
Graphique 18.4 : Le pourcentage des jeunes qui connaissent les moyens contraceptifs selon le genre.....	125
Graphique 19.1 : Opinion des femmes sur le degré de nécessité de la pratique des mutilations génitales féminines	132
Graphique 19.2 : Raisons évoquées pour justifier la nécessité de la pratique des mutilations génitales féminines	133
Graphique 19.3 : Pourcentage des femmes exprimant leur désaccord selon les causes déclarées	134

Graphique 19.4 : Pourcentage des femmes selon leurs avis (continuer/arrêter) des MGF
..... 135

CHAPITRE 1 INTRODUCTION GENERALE

Pays de l'Afrique orientale, la république de Djibouti est située à l'entrée sud de la mer rouge. Appartenant à la corne de l'Afrique, ce pays est limité à l'est par le golfe d'Aden, au sud-est par la Somalie et au sud et à l'est par l'Erythrée.

Djibouti constitue un carrefour important de communication dans la corne de l'Afrique reliant l'Europe à l'Asie à travers la mer rouge, d'une part, et l'Afrique aux pays du golfe par l'océan indien, d'autre part.

Ayant une population estimée à 600 mille habitants dont les quatre cinquièmes résident à la capitale Djibouti, et les 20% restant vivent dans des zones rurales ou de la transhumance, ce pays qui s'étend sur une superficie totale de 23 mille Km², comprend les cinq grandes régions administratives suivantes: Djibouti, Ali Sebih, Tadjoura et Obok.

Le secteur des services, y compris le transport et les communications, représente l'activité principale et son poids dans l'économie s'élève à 80%, en revanche l'activité agricole, en raison de l'absence de terres fertiles, du manque d'eau et des conditions climatiques difficile, reste insignifiante.

Les données disponibles montrent un niveau de pauvreté assez élevé et une forte pression sur les services sanitaires et sociaux occasionnée par le nombre élevé des réfugiés de pays voisins. Les conditions économiques, sociales et environnementales difficiles se sont répercutées négativement sur les différents indicateurs sociaux, sanitaires et démographiques.

En témoignent le taux élevé de la mortalité infantile, la diffusion des maladies contagieuses notamment le SIDA et l'aggravation des situations de malnutrition. Par ailleurs, et compte tenu du fait que les centres de services de santé révèlent du secteur public et prodiguent des prestations gratuites, la majorité des bénéficiaires sont originaires de l'Ethiopie et de la Somalie, et rarement de Djibouti.

Sur un autre plan la plante de Katt, fortement consommée parmi la population masculine, constitue un facteur à risques et devient un catalyseur de problèmes économiques et sociaux engendrant malnutrition, mortalité infantile et répercussions négatives sur l'économie dans la mesure où cette plante importée de l'Ethiopie et accessoirement du Yémen accapare presque le tiers des dépenses des ménages.

D'autre part, on relève un fort taux d'analphabétisme et une faiblesse de taux des acquis notamment dans l'enseignement primaire dont pâtissent notamment les filles.

Afin de remédier à cette situation et d'améliorer les conditions de vie de la population, le gouvernement s'est engagé sur la voie des réformes. Ces dernières visent plusieurs objectifs à la fois, en l'occurrence l'amélioration du taux de scolarisation afin qu'il atteigne à l'horizon 2010 le taux de 80%, la construction d'écoles et le recrutement d'enseignants. Parallèlement, grâce au concours des organismes arabes et internationaux, une priorité est accordée à l'amélioration des conditions de vie des habitants que ce soit au niveau du logement ou de

l'adduction de l'eau ou à travers l'engagement de programmes visant à améliorer les indicateurs de santé par la vaccination et la lutte contre les épidémies.

L'enquête (PAPFAM) serait d'une grande utilité dans la planification des programmes de santé notamment en matière de santé infantile et maternelle. Elle apportera des données, à travers les 18 chapitres du présent rapport, sur l'état des maladies chroniques, l'handicap, le tabagisme, la consommation du Katt..

La santé reproductive est une question que le PAPFAM lui accorde un intérêt particulier tout comme les indicateurs démographiques de la population.

L'étude passe en revue également les maladies infantiles et la malnutrition ainsi_ que la mortalité infantile et la circoncision des fillettes

CHAPITRE 2

METHODOLOGIE EDSF/PAPFAM

2.1. Cadre institutionnel

L'enquête djiboutienne sur la santé de la famille (EDSF/PAPFAM), placée sous la tutelle du ministère de la santé et exécutée par la direction nationale de la statistique et des études démographiques, s'inscrit dans le cadre du projet PAPFAM (The Pan Arab Project for Family Health), un projet régional piloté par la Ligue des Etats Arabes et dont le siège est au Caire en Egypte.

Cette enquête a bénéficié du financement de l'AGFUND, du FNUAP, de l'UNICEF, de l'OMS, du Fond de l'OPEP, de l'ESCWA et la Division Statistique des Nations Unies.

2.2. Objectifs

L'objectif principal de l'EDSF/PAPFAM est de fournir un ensemble intégré de données statistiques pour la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes liés à la santé de la famille et de la reproduction. Cet objectif vise à renforcer les capacités nationales du Ministère de la Santé et des organismes nationaux concernés en matières de conception, de planification et d'exécution des programmes et des politiques globales sur la santé familiale et reproductive.

A la fin de l'exécution de l'EDSF/PAPFAM les objectifs immédiats suivants devront être atteints :

- recueillir des données permettant :
 - de calculer les taux de fécondité, de mortalité maternelle et infantile ;
 - d'analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent le niveau et les tendances de la fécondité et de la mortalité ;
 - de mesurer les taux de connaissance et de pratique des méthodes contraceptives ; des méthodes de Mutilations Génitales Féminines (MGF) ;
 - de mesurer les taux de connaissance des maladies Sexuellement Transmissibles (MST) dont le SIDA ;
 - d'avoir des informations sur la vaccination des enfants, sur l'accès des femmes aux services de santé et aux soins pendant les périodes de la procréation.

- fournir des indicateurs sur les prévalences de certaines maladies chroniques et non chroniques reproductives et infantiles ;

- accentuer la prise de conscience et sensibiliser les membres de la société en matière de la santé familiale et reproductive ;

- contribuer au développement d'une banque nationale et régionale de données sur les indicateurs de la santé familiale et reproductive.

2.3. Couverture et échantillonnage

2.3.1. Couverture

L'EDSF/PAPFAM a couvert l'ensemble du territoire national et tous les milieux le composant, à savoir les milieux sédentaires urbains et ruraux et les milieux nomades. Les populations cibles sont définies à travers les trois volets qui composaient l'enquête :

- Volet 1 : enquête en milieu sédentaire urbain et rural auprès des ménages et des femmes reproductives de ces ménages ;
- Volet 2 : enquête auprès des jeunes des ménages du volet 1 ;
- Volet 3 : enquête en milieu nomade auprès des ménages et des femmes reproductives de ces ménages.

Par rapport aux objectifs de l'enquête, et parfois pour des raisons techniques, certaines catégories de la population n'ont pas été couvertes par l'EDSF/PAPFAM. Il s'agit :

- des sans abris ;
- des réfugiés vivant dans les camps ;
- des ménages collectifs (couvents, casernes, etc.) ;
- des diplomates et membres des organismes de coopération et institutions internationales.

2.3.2. Echantillonnage

L'échantillon de l'EDSF/PAPFAM a été constitué à partir de l'échantillon maître de 16 000 ménages effectivement enquêtés de l'Enquête Djiboutienne Auprès des Ménages (EDAM 2-IS) encore appelée enquête exploratoire de la pauvreté. Ainsi l'EDSF/PAPFAM constitue un prolongement de EDAM 1S2 au niveau de la santé, le but étant ici, entre autre, d'analyser les mécanismes d'interaction entre pauvreté et santé de la famille.

L'EDSF/PAPFAM a porté sur un échantillon de 5 550 unités d'habitation occupées (UHO) soit près de 5 660 ménages (2 à 3% des UHO sont occupées par plus d'un ménage) tirés par sondage aléatoire à deux degrés stratifiés selon le district administratif et le milieu de résidence (Djibouti ville, autre milieu urbain, milieu rural sédentaire et milieu nomade).

Cet échantillon est composé de 222 grappes aléatoires de 25 UHO chacune. Ces grappes sont tirées de 200 ZD (Zones de Dénombrement composées de 80 à 100 UHO), elles même tirées par sondage aléatoire avec des probabilités proportionnelles à leur taille en terme d'UHO parmi les 449 ZD de l'ensemble du milieu sédentaire et de 22 groupes de campements localisés autour de 22 points d'eau tirés des 45 points d'eau fonctionnels utilisés par les populations nomades du pays.

L'adaptation du plan de sondage fut assurée par un consultant du PAPFAM.

Tableau 2.1 : Répartition des ZD et grappes de l'échantillon

District	Nombre de ZD et grappes de l'échantillon
Djibouti	125
Ali Sabieh	25
Dikhil	25
Tadjourah et Obock	25
Milieu nomade	22 points d'eau

Toutes les grappes et points d'eau sélectionnés ont pu être enquêtés.

**Tableau 2.2 : Taille et couverture de l'échantillon
Effectifs des ménages, des femmes et des jeunes sélectionnés, identifiés et enquêtés,
et le taux de réponse selon le milieu de résidence**

Enquête	Djibouti Ville	Autres milieux Sédentaires	Total sédentaire	Nomade	Ensemble
Enquête ménage					
Nombre de UHO sélectionnés	2 875	2125	5 000	550	5 550
Nombre de ménages identifiés	2 872	2 100	4 972	481	5 453
Nombre de ménages enquêtés	2 327	1 632	3 959	441	4 400
Taux de réponse	81,02	77,71	79,63	91,68	80,69
Enquête santé reproductive					
Nombre de femmes éligibles	1771	1204	2975	283	3258
Nombre de femmes enquêtées	1485	1017	2502	240	2742
Taux de réponse	83.85	84.47	84.10	84.81	84.16
Enquête jeune					
Nombre de jeunes sélectionnés	1040	-	-	-	1040
Nombre de jeunes enquêtés	511	-	-	-	511
Taux de réponse	49.13	-	-	-	49.13

2.4. Description des questionnaires

Les collectes des données de l'EDSF/PAPFAM ont été faites à travers trois types de questionnaires organisés en modules. La conception des questionnaires a été faite par l'équipe technique du PAPFAM du Caire et leur adaptation au contexte socioculturel de Djibouti a été réalisée par l'équipe technique de la DISED assistée d'un consultant international. Tous les questionnaires étaient imprimés

en français. La traduction des noms des maladies dans les langues locales figurait dans le manuel d'instruction aux enquêteurs.

- **Questionnaire « Ménage »** : il s'intéresse à la taille du ménage et aux caractéristiques socio-éducatives générales de tous les membres de la famille

Module	Domaine d'étude	Indicateurs ou Etudes
Module 1	Caractéristiques démographiques et socio-économiques du ménage	<ul style="list-style-type: none"> • Structure de la population par âge et par sexe ; • Nuptialité (structure de la population selon l'état matrimonial, âge au premier mariage, taux de célibat,...) • Niveau d'instruction de la population; • La situation de l'emploi (taux d'activité, taux de chômage, taux de dépendance...)
Module 2	Santé générale	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de prévalence de certaines maladies chroniques ; • Le tabagisme ; la consommation du Khat
Module 3	Les Handicaps	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de prévalence de certains handicaps
Module 4	Conditions d'habitations	<ul style="list-style-type: none"> • Type de logement ; • Possession de l'électricité ; les types de sources d'énergie utilisée ; • Les sanitaires ; • L'approvisionnement en eau potable ; • Evacuation des ordures
Module 5	Poids et taille des enfants de moins de 6 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs de malnutrition des enfants (poids/âge ; poids/taille ; taille/âge)

- **Questionnaire « Santé Reproductive »** : il concerne toutes les femmes non célibataires âgées de moins de 55 ans recensées dans le questionnaire « Ménage » et porte sur la santé reproductive, à la vaccination infantile, à la mortalité infantile et maternelle et aux mutilations génitales féminines.

Module	Domaine d'étude	Indicateurs ou Etudes
Module 1	Caractéristiques démographiques et socio-économiques de la femme	.Structure de la population des femmes par âge et par sexe ; .Nuptialité (structure de la population selon l'état matrimonial, âge au premier mariage, taux de célibat,...) .Niveau d'instruction ; .La situation de l'emploi (taux d'activité, taux de chômage, taux de dépendance...)
Module 2	Reproduction et survie des enfants	.Taux de fécondité ; Indice Synthétique de Fécondité ; .Taux de mortalité infantile et info juvénile ;
Module 3	Soins de maternité de la dernière naissance vivante durant les 5 dernières années	.Suivi médical des grossesses ; .Les complications liées aux grossesses .Accès aux soins prénataux ; .Accès aux maternités ; .Conditions d'accouchement ; .Accès aux soins postnataux ;
Module 4	Alimentation et Santé de la dernière naissance vivante survenue durant les cinq dernières années	.Allaitement maternel ; .Vaccination et taux de couverture vaccinale ; .Morbidité infantile ;
Module 5	Morbidité chronique et maladie de la reproduction	.Prévalence des certaines maladies de la reproduction (descente de la matrice, incontinence urinaire ;) .Etat de santé général de la femme en fonction du nombre d'enfants ; .Prévalence de certaines maladies chroniques
Module 6	MST et MGF (Mutilation Génitale Féminine)	.Connaissance et prévalence des différentes MST et du SIDA; .Importance des différents types de MGF ; . Avis sur les MGF
Module 7	Planning familial et attitudes vis-à-vis de la procréation	.Utilisation des différentes méthodes de contraception ; .Nombre idéal et nombre moyen idéal d'enfants selon les femmes ; . Avis sur la planification familiale
Module 8	Mortalité maternelle	.Taux de mortalité maternelle

- **Questionnaire « Jeunesse »** : il concerne tous les jeunes célibataires âgés de 15 à 24 ans recensés dans le questionnaire « Ménage » et il s'intéresse à l'éducation, au travail et ressources, aux pratiques sanitaires et au comportement sexuel des jeunes.

Module	Domaine d'étude	Indicateurs ou Etudes
Module 1	Caractéristiques démographiques	<ul style="list-style-type: none"> • Structure des jeunes par âge et par sexe ; • Niveau d'instruction
Module 2	Travail et ressources	<ul style="list-style-type: none"> • La situation de l'emploi (taux d'activité, taux de chômage, taux de dépendance...)
Module 3	Aspects de la vie familiale et attitudes générales	<ul style="list-style-type: none"> • Communication avec les parents ; • Le niveau d'instruction que doit atteindre un garçon ou une fille selon les jeunes ; • Age idéal pour le mariage ; • Les obstacles au mariage ; • Les centres d'intérêts des jeunes ; • Attitudes vis-à-vis de l'émigration ; • Le casier judiciaire de l'enquêté.
Module 4	Pratiques et attitudes sanitaires des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • Le suivi médical • Le tabac et le khat ;
Module 5	Connaissance de la contraception et des MST	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissances des méthodes contraceptives et des MST dont le SIDA ; • Avis sur la contraception ; • .Nombre idéal d'enfants ;
Module 6	Préparation des filles au rôle reproductif	<ul style="list-style-type: none"> • .Les changements physiques liés à la puberté ; • Les premières règles et l'éducation parentale sur l'hygiène du cycle menstruel.
Module 7	Le sexe et les comportements sexuels	<ul style="list-style-type: none"> • Importance du sexe dans la vie du jeune, • Age au premier rapport sexuel ; • Rapport sexuel protégé.

2.5. Déroulement de l'enquête

En dehors des travaux d'échantillonnage, l'EDSF/PAPFAM a été exécutée en 4 grandes phases : le pré-test, la formation, la cartographie et la collecte des données et enfin l'exploitation des données.

▪ 2.5.1. Le pré-test

Dans le cadre du pré-test, 8 enquêtrices et 2 contrôleurs de terrain ont été retenus pour une formation de 8 jours assurée par l'équipe technique de la DISED assistée d'un consultant du PAPFAM et du personnel de la santé (3 sages femmes et 2 médecins). Les travaux de terrain ont duré 3 jours et

ont eu lieu dans 4 zones des différents milieux ciblés par l'enquête mais ne faisant pas partie de l'échantillon. Comme il est de son utilité, le pré-test a permis de déceler les problèmes relatifs à la formulation de certaines questions, aux techniques de l'interview et à la traduction de certaines maladies en langues nationales.

▪ 2.5.2. La formation

Il y a eu 2 volets dans la formation : la formation sur l'enquête Ménage et l'enquête Santé Reproductive et la formation sur l'enquête Jeune.

La formation sur l'enquête Ménage et l'enquête Santé Reproductive s'est déroulée sur un mois et consistait, d'une part, en des exposés théoriques sur les techniques d'enregistrement des informations et, d'autres part, en des exercices de remplissage des questionnaires. La formation a été assurée en français par l'équipe technique de la DISED assistée d'un consultant du PAPFAM. Pour mener à bien cette formation, il a été fait appel à des sages femmes qui sont intervenues sur les thèmes relatifs aux maladies, à la santé maternelle et infantile, au planning familial, à la vaccination et aux mutilations génitales féminines. Par la suite, ces sages femmes ont donné des compléments de formation en langues nationales à savoir le Somali, l'Afar et l'Arabe. A la fin de la formation théorique, une formation sur le terrain s'est déroulée dans des différentes zones de la ville de Djibouti ne faisant pas partie de l'échantillon.

La formation de l'enquête Jeune a duré une dizaine de jours et s'est déroulée de la même façon que celle de l'enquête Ménage et l'enquête Santé Reproductive. Elle a été dispensée en français et assurée par la même équipe technique de la DISED et le consultant du PAPFAM.

▪ 2.5.3 La cartographie et la collecte des données

La cartographie de l'EDSF/PAPFAM a consisté en l'actualisation de la cartographie réalisée lors des enquêtes EDAM2.

En ce qui concerne la collecte des données, les questionnaires « Ménages » et « Santé Reproductive » ont été administrés en même temps, le questionnaire « Jeunesse » a été administré après vérification au bureau des questionnaires « Ménages ».

Enquête « Ménages » et « Santé Reproductive » en milieu sédentaire

Les cartographes ont été envoyés les premiers sur le terrain avec les plans des ZD réactualisés qui ont servi aux enquêtes EDAM2-IS pour identifier et numéroter au sein de la ZD les 25 UHO retenues pour les enquêtes EDSF/PAPFAM. Lors de ce passage ils ont procédé à l'actualisation de la fiche de dénombrement des ménages.

Les cartographes ont ensuite procédé au placement sur le terrain des équipes de collectes de données à fin d'éviter toute confusion entre les grappes ou entre les ZD.

Les interviews et le remplissage des questionnaires Ménages et Santé Reproductive sont entièrement réalisés par des enquêtrices (filles et femmes d'au moins 22 ans et ayant au moins le niveau d'étude du baccalauréat) et si possible en tête à tête avec les femmes ou seulement en présence des plus petits enfants à cause des nombreuses questions relatives à l'intimité de la femme et de la reproduction.

Les contrôleurs, uniquement des garçons de niveau BAC ou plus, ont pour tâches de s'occuper du matériel d'enquête (toise et balance), de répartir les filles entre les ménages, de s'assurer que tous les ménages de la grappe concernée ont été visités, d'effectuer les premiers contrôles des questionnaires remplis et de veiller, si nécessaire, sur la sécurité des enquêtrices.

A des fins de sensibilisation de proximité des populations, des Sages Femmes et des facilitatrices ont été recrutées. Les facilitatrices sont originaires et résidentes dans les localités où elles ont été recrutées et où a lieu l'enquête.

Enquête « Ménages » et « Santé Reproductive » en milieu nomade

L'enquête en milieu nomade est faite après les enquêtes en milieu sédentaire par les mêmes équipes qui avaient effectué les enquêtes en milieu sédentaire dans les districts de l'intérieur du pays. Comme c'était la première enquête auprès des nomades au niveau national, il a fallu mettre en place une stratégie d'enquête permettant de constituer une base de données contenant un plus grand nombre d'informations relatives au nombre de campements et de ménages nomades, au nombre de bétails, à la situation géographique des campements par rapport aux points d'eau et à l'accessibilité des campements.

Ainsi pour un point d'eau donné l'enquête a été réalisée en deux étapes :

- une équipe de dénombrement composée d'un cartographe, d'un contrôleur de terrain et d'un guide originaire de la contrée du point d'eau se rend au point d'eau pendant 1 à 3 jours pour y recenser tous les nomades ou groupes de nomades qui s'y rendent soit pour abreuver le bétail, soit pour s'approvisionner en eau ou pour autre chose. Lors de ce recensement les informations sur le nombre de campements et de ménages nomades, sur le nombre de bétails, sur la situation géographique des campements par rapport au point d'eau et sur l'accessibilité des campements par route ou par piste ont été recueillies à travers une fiche de dénombrement faite à cet effet.

Dans le cas où il aurait plu dans la région et que les nomades, qui disposent souvent des retenues d'eau dans les abords de leurs campements, ne viennent plus au point d'eau, le guide devra conduire l'équipe de dénombrement dans les différents campements traditionnellement rattachés au point d'eau.

- Une fois ce travail de localisation et de dénombrement des campements et de leurs ménages effectué, une équipe d'enquêtrices sera envoyée dans un ou plusieurs campements pour y soumettre les questionnaires « Ménage » et « Santé Reproductive » aux 25 premiers ménages.

Enquête jeune

L'enquête Jeune est menée auprès des jeunes célibataires âgés de 15 à 24 ans recensés dans les ménages lors de l'enquête « Ménages » et « Santé Reproductive » en milieu sédentaire urbain et plus particulièrement à Djibouti ville seulement.

Elle est réalisée dans une grappe sur trois. Ainsi son échantillon est constitué de l'ensemble des jeunes célibataires de 15 à 24 ans révolus de 38 grappes dont les numéros sont des multiples de trois des 115 grappes de Djibouti ville.

De par son procédé d'échantillonnage, l'enquête « Jeune » est faite après les enquêtes « Ménages » et « Santé Reproductive » par d'autres enquêteurs de niveau BEPC ou plus.

▪ 2.5.4. L'exploitation des données

Une unité de saisie a été mise en place dans les locaux de la DISED avec 8 agents de saisie et trois informaticiens. Les agentes de saisie ont été formées en même temps que les enquêtrices avant de suivre leur propre formation sur le programme de saisie. Le programme de saisie, élaboré avec le logiciel CS Pro, a été mis en place par les experts de PAPFAM au Caire. La correction, l'apurement des données et la tabulation ont été faits par l'équipe informatique de la DISED en collaboration avec les experts du PAPFAM du Caire via internet. La tabulation est faite avec le logiciel ISSA.

2.6. Calendrier des opérations de l'EDSF/PAPFAM

	Mois				Mois				Mois				Mois				Mois				Mois				Mois											
	Juillet 02				Août 02				Sept 02				Oct 02				Nov 02				Dec 02				Janv 03				Fev 03							
Semaine	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Echantillonnage																																				
Enquête pilote																																				
Adaptation et validation des questionnaires																																				
Préparation des plans des ZD																																				
Constitution des listes des ménages																																				
Formation des enquêteurs																																				
Collecte des données																																				
Saisie des données																																				
Correction du fichier des données																																				
Tabulation																																				
Analyse																																				

CHAPITRE 3

CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DE L'HABITAT

3.1. Structure des ménages

Les résultats de l'enquête EDSF/PAPFAM portent sur 4400 ménages réellement enquêtés. A travers ces 4400 ménages 25013 personnes ont été dénombrées soit une taille moyenne de 5,7 personnes par ménage avec 6,1 personnes par ménage en milieu urbain contre 4,3 personnes par ménage en milieu rural et nomade. Ainsi 80,9% de la population sont localisés dans les villes et 19,1% en zone rurale et nomade. Cette forte concentration de la population en milieu urbain s'explique par la structure de l'économie qui est elle-même le reflet du relief géographique et de la situation climatique du pays.

Concernant la structure des ménages, (tableau 3.1) on pourra noter que les familles nucléaires c'est-à-dire les familles composées des parents et leurs seuls propres enfants représentent 68,7% des ménages et les familles étendues 31,3%. Le pourcentage des familles étendues est plus élevé en milieu urbain (36,3%) qu'en milieu rural et nomade (16,6%). Ce qui en dehors des éventuels déplacements des membres de certaines familles dans d'autres familles plus proches à la suite d'un décès ou par manque de moyens, traduit sûrement, à cause des raisons évoquées ci-dessus pour la prédominance de la population urbaine, un exode des ruraux et des nomades vers les villes.

Tableau 3.1 : Structure des ménages enquêtés

	Urbain	Rural et nomade	Ensemble
Répartition de la population	%		
Féminin	81,0	19,0	100
Masculin	80,8	19,2	100

Type de ménage	Urbain	Rural et nomade	Ensemble
Famille nucléaire	63,7	83,4	68,7
Famille étendue	36,3	16,6	31,3
Total	100,0	100,0	100,0

Remarque : Ensemble désigne le pourcentage par rapport à la population totale enquêtée
 Source : EDSF/PAPFAM – Djibouti 2002-2003 -

Par ailleurs, on note (tableau 3.2) que plus d'un ménage sur deux (50,6%) est composé de 3 à 6 personnes et que les ménages de grande taille, c'est-à-dire les ménages de 9 personnes ou plus, ne représentent que 17,1% avec cependant une forte disparité entre milieu urbain (20,6% des ménages urbains) et milieu rural et nomade (6,8% des ménages ruraux et nomades). Ce résultat corrobore bien avec celui constaté ci-dessus avec le type de ménage. Dans l'ensemble un ménage sur 20 est composé d'une seule personne (5,2%). Cette proportion est

trois fois plus importante en milieu rural et nomade (10,5%) qu'en milieu urbain (3,5%) certainement à cause du fait qu'en milieu rural et nomade les garçons quittent très tôt le milieu familial, généralement à partir de 15 ans, pour se prendre en charge eux-mêmes, et restent seuls un certains temps avant de fonder une famille.

Tableau 3.2 : Composition des ménages
Répartition (en pourcentage) des ménages par sexe du chef de ménage, taille du ménage selon le milieu de résidence.

Caractéristique	Urbain	Rural et nomade	Ensemble
Chef de ménage			
Masculin	76,8	76,1	76,6
Féminin	23,2	23,9	23,4
Nombre de membres habituels			
1	3,5	10,5	5,2
2	7,1	13,7	8,8
3	10,4	17,5	12,2
4	12,1	17,8	13,5
5	13,3	12,8	13,1
6	12,6	9,7	11,8
7	11,7	7,8	10,7
8	9,0	3,4	7,6
9 ou plus	20,6	6,8	17,1
Taille moyenne des ménages			
	6,1	4,3	5,7

Source : EDSF/PAPFAM – Djibouti 2002-2003 -

Au chapitre des chefs de ménage, on constate que la proportion des femmes chef de ménage est relativement élevée aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural et nomade : près d'un chef de ménage sur quatre (23,4%) est une femme ; et, d'après les résultats de l'enquête, 65,6% de ces femmes sont veuves, 9,8% sont divorcées et 8,8% sont célibataires.

Comme nous l'avons noté durant toute l'enquête en milieu nomade, la rareté des pâturages et la succession des sécheresses sur l'étendue du territoire national a transformé les nomades en semi-nomades, c'est-à-dire que les populations nomades, par manque de pâturage peuvent rester au même endroit pendant plus de deux ans voire 3 ans en moyenne. De ce elles ont tendance à se sédentariser et à devenir plutôt des éleveurs que des nomades au sens étymologique du terme. Les conditions de vie devenant précaires avec les sécheresses répétitives qui déciment souvent des cheptels entiers, certaines populations nomades ont tendance à aller s'installer en ville ou envoyer une partie de la famille chez les proches en milieu urbain.

3.2. Structure de la population :

La population djiboutienne est jeune puisque les moins de 20 ans représentent presque la moitié (49,5%) de la population totale. Seulement 2,8% de la population sont âgés de 65 ans ou plus et 46,8% entre 20 et 64 ans.

Une première analyse des données démographiques montre que la tendance de la structure du rapport de masculinité en faveur des hommes de 0 à 19 ans s'inverse dans les tranches d'âges de 20 à 39 ans. Cette « domination numérique féminine » peut s'expliquer par le phénomène d'immigration des jeunes femmes des pays limitrophes en quête d'emploi et/ou de revenus.

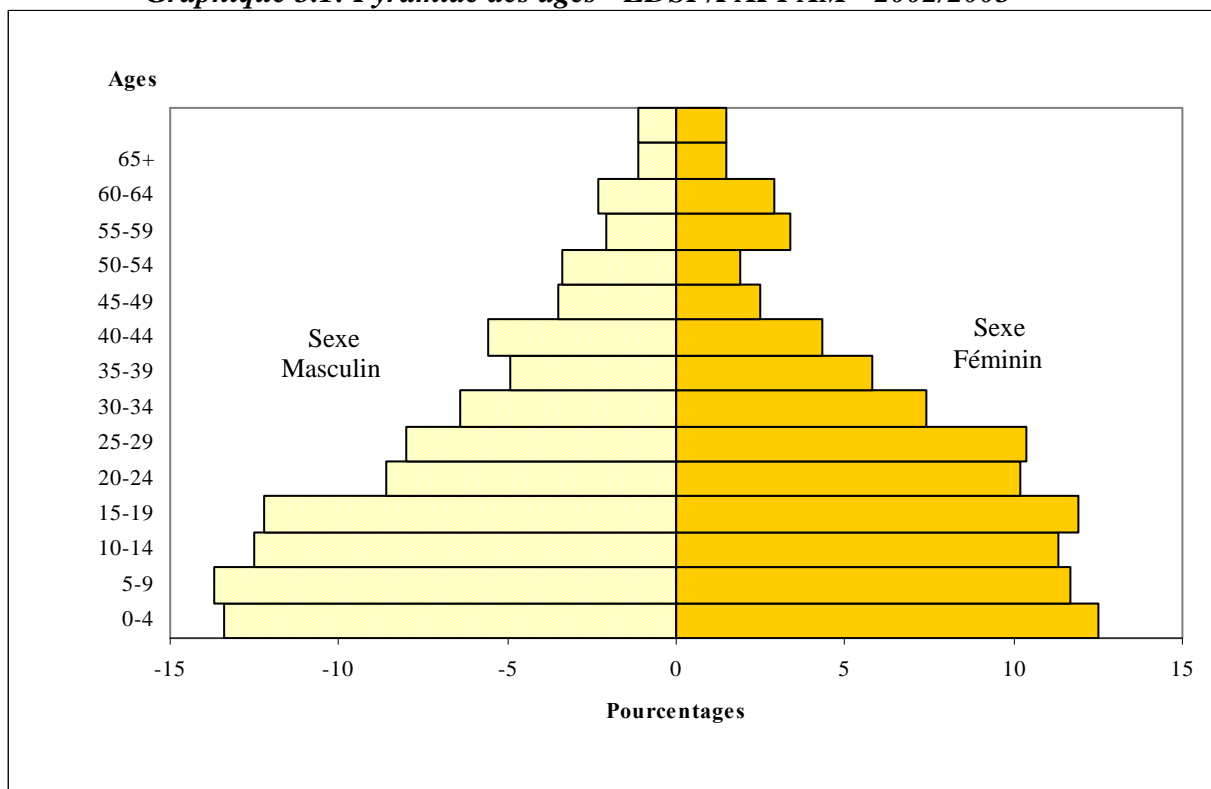
Tableau 3.3 : Population des ménages par âge et par sexe
Répartition (en pourcentage) de la population des ménages par groupe d'âges quinquennal, selon le milieu de résidence et le sexe.

Groupe D'âge	Urbain			Rural et Nomade			Total		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
0-4	13,0	12,2	12,6	14,7	14,2	14,4	13,4	12,5	12,9
5-9	13,5	11,5	12,5	14,3	12,7	13,5	13,7	11,7	12,7
10-14	12,9	11,6	12,2	10,8	9,8	10,3	12,5	11,3	11,9
15-19	12,7	12,5	12,6	9,7	9,4	9,5	12,2	11,9	12,0
20-24	9,2	10,8	10,0	6,1	7,5	6,8	8,6	10,2	9,4
25-29	8,3	10,7	9,6	6,5	9,2	7,9	8,0	10,4	9,2
30-34	6,6	7,2	6,9	5,5	8,0	6,8	6,4	7,4	6,9
35-39	4,7	5,8	5,2	6,0	5,8	5,9	4,9	5,8	5,4
40-44	5,5	4,3	4,9	6,2	4,6	5,4	5,6	4,3	4,9
45-49	3,5	2,7	3,1	3,3	1,6	2,4	3,5	2,5	3,0
50-54	3,2	1,9	2,5	4,2	1,9	3,0	3,4	1,9	2,6
55-59	2,0	3,3	2,7	2,2	3,7	3,0	2,1	3,4	2,7
60-64	1,9	2,5	2,2	3,9	4,8	4,4	2,3	2,9	2,6
65-69	0,7	0,7	0,7	1,3	1,5	1,4	0,8	0,8	0,8
70+	1,2	1,5	1,4	3,6	5,0	4,3	1,7	2,2	1,9
NSP/ND	1,0	0,7	0,9	1,8	0,3	1,1	1,2	0,7	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,	100	100	100
Effectif	9736	10511	20247	2307	2459	4766	12043	12970	25013

Source : EDSF/PAPFAM – Djibouti 2002-2003 –

L'examen de la pyramide des âges fait ressortir les caractéristiques suivantes de la population :

- une surreprésentation des garçons aux premiers âges, laissant entrevoir un fort taux de masculinité à la naissance ou une forte mortalité des fillettes, le taux de mortalité infantile étant de 97,9‰ pour les garçons et de 108,3‰ pour les filles.
- un déficit marqué en femmes aux groupes d'âges 45-49 ans et 50-54 ans, qui sont parmi les groupes d'âges limites de l'enquête individuelle pour la santé reproductive de la femme.

Graphique 3.1: Pyramide des âges - EDSF/PAPFAM - 2002/2003

3.3. Education

3.3.1. NIVEAU D'INSTRUCTION (*)

Il ressort des résultats de l'enquête que l'analphabétisme a régressé au sein de la population totale et particulièrement au sein de la population féminine en milieu rural et nomade dans la mesure où comparativement aux résultats de l'enquête EDAM1-IS de 1996 les taux d'analphabétisme correspondant sont respectivement passés de 61% et de 95% en 1996 à 49,7% et à 85,6% en 2002. Malgré cette amorce de recul de l'analphabétisme, nous noterons que un peu moins de la moitié (46,2%) de la population totale reste encore analphabète..

Dans l'ensemble, le niveau général de scolarisation est en dessous de la moyenne avec seulement le cinquième de la population (20,0%) ayant achevé le cycle primaire. Mais, les différences entre les hommes et les femmes, tout milieu de résidence confondu, d'une part, et entre les milieux de résidence, tout sexe confondu d'autre part, sont importantes et sont en défaveur du sexe féminin et du milieu rural et nomade.

(*) Cette partie concerne la population âgée de 10 ans et plus.

Tableau 3.4 : Niveau d'instruction de la population par sexe et lieu de résidence
Répartition en pourcentage de la population des ménages âgée de six ans et plus par niveau d'instruction atteint, le milieu de résidence et le sexe.

Niveau instruction	Urbain			Rural et Nomade			Total		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
Analphabète	26,2	49,7	38,6	72,9	85,6	79,5	34,9	56,3	46,2
Lire et écrire	17,6	15,2	16,4	8,3	2,5	5,3	15,9	12,9	14,3
Primaire	27,7	19,3	23,2	8,5	3,2	5,7	24,1	16,3	20,0
Secondaire	15,6	8,0	11,6	1,8	0,1	0,9	13,0	6,6	9,6
Supérieur	10,7	4,6	7,5	0,6	0,1	0,4	8,8	3,8	6,1
ND	2,2	3,2	2,7	7,9	8,5	8,2	3,2	4,2	3,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : EDSF/PAPFAM – Djibouti 2002-2003 –

3.3.2. TAUX DE SCOLARISATION^(*)

Le taux brut de scolarisation, a atteint respectivement 74.4% dans le primaire, 51% dans le secondaire et 16.8% dans le supérieur. En dehors du jeu des phénomènes de déperditions d'élèves à travers le caractère sélectif du système éducatif d'un niveau à un autre, cette tendance des taux de scolarisation dénote un effort certain de l'Etat et du secteur privé en matière de scolarisation de la population et surtout des enfants. Ceci est d'autant plus marquant que selon le rapport de EDAM2-IS et sur la base des chiffres de l'Education Nationale, les taux de scolarisation primaire et secondaire ont progressé chaque année en moyenne respectivement de 1,5% et 6,0% de 1995 à 2002. Malgré cette progression des taux de scolarisation, des efforts restent à faire dans la mesure où le taux brut de scolarisation de l'ensemble des 6 à 24 ans reste moyen avec 53,0%.

Comme pour le niveau d'instruction, l'analyse des taux bruts de scolarisation montre de fortes disparités liées au milieu de résidence et au sexe : les filles ont moins accès à l'école que les garçons et les enfants en milieu rural et nomade ont encore moins accès au système éducatif que les enfants en milieu urbain. Pour mémoire on retiendra que le taux brut de scolarisation dans le primaire est de 83,7% en milieu urbain alors qu'il n'est que de 33,2% en milieu rural et nomade.

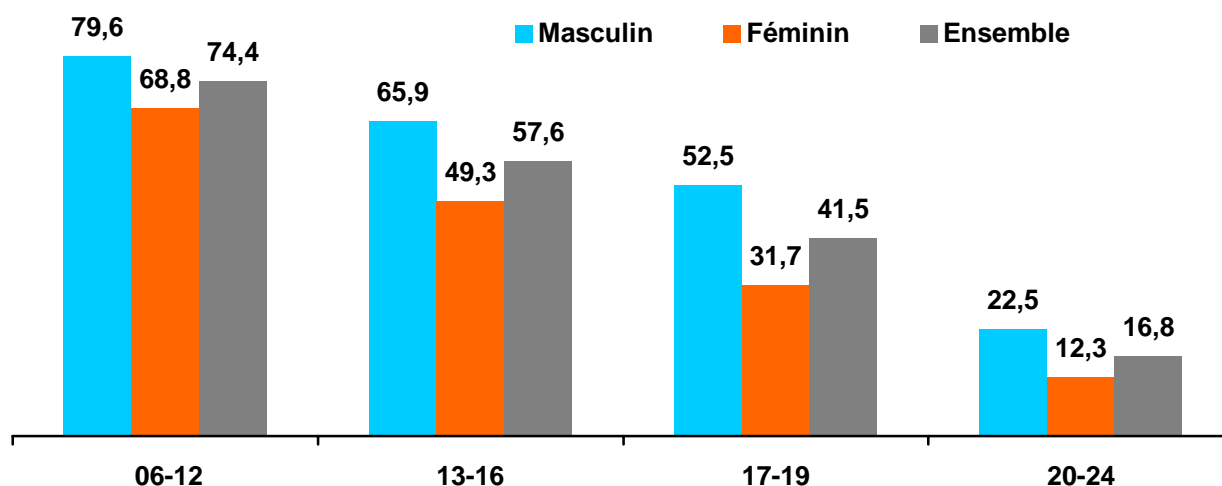
^(*) Le taux brut de scolarisation est ici le rapport entre le nombre de personnes d'âge x fréquentant l'école au moment de l'enquête et le nombre total de personnes de cet âge.

Tableau 3.5 : Taux brut de scolarisation
Proportion de la population des ménages âgée de six à 24 ans, fréquentant un établissement scolaire, par âge, selon le sexe et le lieu de résidence, .

Groupe D'âge	Urbain			Rural et Nomade			Total		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
6-12	87,2	79,9	83,7	44,5	21,9	33,2	79,6	68,8	74,4
13-16	74,0	58,1	66,1	27,0	5,5	16,4	65,9	49,3	57,6
17-19	59,9	35,6	46,9	6,7	4,1	5,4	52,5	31,7	41,5
ST13-19	68,3	48,2	58,0	20,0	5,0	12,6	60,6	41,8	51,0
20-24	25,4	14,2	19,2	4,0	0,4	1,9	22,5	12,3	16,8
Total	67,6	51,6	59,4	28,8	11,6	20,0	61,3	45,1	53,0

Source : EDSF/PAPFAM – Djibouti 2002-2003 –
 ST13-19 : Sous-Total 13 - 19

Graphique 3.2 : Taux brut de scolarisation



3.4. Caractéristiques de l'habitat

Pour mieux cerner les conditions environnementales et socio-économiques dans lesquelles vivent les populations, l'enquête s'est intéressée à certaines caractéristiques du logement susceptible de jouer un rôle déterminant dans l'état de santé des membres de la famille tels que le type de logement, les sources d'approvisionnement en eau, la localisation des sanitaires, la possession de l'électricité, les ordures ménagères et le nombre de personnes par chambre

Il ressort des résultats de l'enquête (tableau 3.6) que si 2 ménages sur 3 vivent dans des logements en bois et en tôles et 1 ménage sur 4 dans des maisons individuelles (23,9%) ou dans des appartements (4,4%) dans les villes, la majorité des ménages (93,9%) du milieu rural et nomade logent dans des toukoul ou sous des tentes. Dans les mêmes ordres de grandeur, 93% des ménages ruraux et nomades s'approvisionnent en eau de puits et 93,4% de ces mêmes ménages

n'ont pas de toilettes, c'est à dire se lavent et satisfont leurs besoins dans la nature ; alors que 43% et 26,4% des ménages urbains sont respectivement approvisionnés en eau courante et en eau de fontaines publiques tandis que 95% d'entre eux possèdent des toilettes soit à l'intérieur du logement (90,7%) soit à l'extérieur du logement (4,3%). Une bonne partie des ménages urbains (28,4%) déclare être approvisionnée autrement en eau. En fait, les populations de ces ménages sont soit approvisionnées en eau par un voisin, soit par les vendeurs d'eau. Remarquons aussi que les différences qui existent entre milieu urbain et milieu rural terme de conditions de vie, existent aussi entre milieu rural et milieu nomade et ce, parfois de façon beaucoup plus marquée. Par exemple, 21,6% de ménages ruraux s'approvisionnent en eau aux fontaines publiques contre seulement 1,4% en milieu nomade. C'est le même cas pour l'existence des sanitaires 34,7% en milieu rural contre 0,4% en milieu nomade.

Le tableau 3.6 indique que moins de la moitié des ménages (40,4%) dispose de l'électricité avec une grande disparité entre milieu urbain (54%) et milieu rural et nomade (0,2%). A la place de l'électricité, les ménages utilisent le gaz (ou pétrole lampant) pour 34,9% d'entre eux dont 77,3% des ménages ruraux, le bois ou autres sources d'énergie pour 13,9% d'entre eux avec toute fois 58,8% des ménages en milieu nomade et 11,5% en milieu rural contre 1,7% en milieu urbain, la lampe à huile ou la bougie pour 12,8% des ménages urbains, 10,1% des ménages ruraux et 2,8% des ménages nomades, soit 10,6% des ménages dans l'ensemble.

La très grande majorité des ménages urbains (95,3%) se servent de poubelles ou sacs plastiques pour ranger les ordures ménagères alors que 42,1% des ménages ruraux et nomades déversent directement leurs ordures dans la rue ou dans la nature tandis que 38,9% dans d'autres ménages ruraux et nomades font usage des poubelles ou sacs en plastiques.

Par ailleurs, les résultats montrent que le nombre moyen de personnes par pièce est de 3,4. A ce niveau il y a très peu de différence entre les milieux de résidence.

Tableau 3.6 : Caractéristiques de l'habitat
Répartition en pourcentage des ménages selon les conditions d'habitation et le lieu de résidence.

Conditions d'habitation	Lieu de résidence				
	Urbain	Rural	Nomade	Rural et Nomade	Total
Type de logement					
Maison individuelle ou villa	23,9	14,3	0,0	2,5	18,5
Appartement	4,4	1,0	0,0	0,2	3,3
Logement en bois et en tôle	64,6	8,1	0,6	1,9	48,8
Toukoul ou tente	5,5	70,0	98,9	93,9	27,7
Autre	1,7	6,5	0,5	1,6	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Principale source d'eau potable					
<i>Eau courante</i>	43,0	0,9	0,0	0,2	32,2
Fontaine publique	26,4	21,6	1,4	4,9	21,0
Puits	2,2	69,1	97,7	92,8	25,0
Autre	28,4	8,4	0,9	2,2	21,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Localisation de la principale source d'eau potable					
A l'intérieur du logement	41,0	10,2	0,0	1,8	31,1
A l'extérieur du logement mais dans la construction ou la cour	13,7	9,2	2,2	3,4	11,1
Autre part	45,3	80,6	97,8	94,8	57,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Localisation de sanitaires					
A l'intérieur du logement	90,7	22,2	0,0	3,8	68,9
A l'extérieur du logement	4,3	12,5	0,4	2,5	3,9
N'existe pas	4,9	65,3	99,6	93,7	27,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Type d'éclairage utilisé					
Electricité	54,0	1,1	0,0	0,2	40,4
Gaz	31,5	77,3	38,4	45,1	34,9
Lampe à huile / bougies	12,8	10,1	2,8	4,1	10,6
Bois et autres	1,7	11,5	58,8	50,6	13,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Rangement d'ordures ménagères					
Poubelle avec couvercle	30,6	9,5	0,0	1,6	23,3
Poubelle sans couvercle	54,4	32,3	22,5	24,2	46,8
Sac en plastique	10,3	20,4	11,6	13,1	11,0
Déposé dans la rue	3,0	31,6	44,3	42,1	12,8
<i>Autre</i>	1,7	6,2	21,6	19,0	6,0
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(N)	3293	192	915	1107	4400
Nombre moyen de personnes par chambre à coucher	3,4	3,9	1,0	3,8	3,4

Source : EDSF/PAPFAM – Djibouti 2002-2003 –

CHAPITRE 4

CARACTERISTIQUES DES FEMMES ENQUETEES

Ce chapitre traite des caractéristiques socio-démographiques des femmes non célibataires de l'échantillon âgées de moins de 50 ans.

4.1. Caractéristiques générales

Le tableau 4-1 montre que 6 femmes sur 10 non célibataires sont dans le groupe d'âge le plus féconde (25-39) et que 3% ont moins de 20 ans. Il est à remarquer que le taux des veuves dépasse les 5% et le taux des divorcées en milieu Urbain est plus élevé que dans le milieu Urbain-rural. D'autre part 91% des femmes vivent en couple. 78% ne connaissent pas l'écriture, celles qui ont dépassé l'enseignement primaire ne représentent que 6%.

Tableau 4.1 : Répartition des femmes non célibataires selon quelques caractéristiques

Caractéristiques	urbain	Rural/nomade	Total
age			
15-19	2.3	4.1	2.8
20-24	11.0	8.7	10.4
25-29	21.2	23.4	21.8
30-34	19.7	26.4	21.6
35-39	19.9	16.3	18.9
40-44	16.2	15.8	16.1
45-49	9.7	5.5	8.5
Etat matrimonial			
Mariée	90.2	93.6	91.1
Veuve	5.3	5.2	5.2
Divorcée	4.4	1.2	3.5
N.D	0.2	0	0.1
Niveau d'instruction			
Alphabète	71.0	97.5	78.4
Lire/écrire	8.5	0.8	6.4
Primaire	11.9	1.6	9.0
Second I	5.3	0.1	3.9
Second II +	3.2	0.0	2.3
ND	0.1	0.0	0.1
Nombre de femmes	1977	764	2741

4.2. Caractéristiques des couples

A Djibouti, la situation des hommes n'est pas tellement meilleure que celle des femmes. L'enseignement étant peu répandu parmi les générations non scolarisables. 96% des hommes analphabètes se sont mariés avec des femmes analphabètes. 5% des hommes analphabètes se sont mariés avec des femmes non analphabètes mais ne dépassant pas le primaire. Les hommes ayant un niveau primaire se sont mariés avec 68% des analphabètes, 26% ne dépassant

pas le primaire et 5% ont eu des épouses de niveau secondaire. En général il y a 68% des épouses analphabètes contre 53% des époux.

Le tableau 4-2 expose la situation de différence d'âge des couples. D'autre part les résultats ont montré que dans seulement 2% des cas ont trouvé des femmes plus âgées.

Tableau 4.2 : Age du couple selon le milieu

Milieu de résidence	Age moyen des femmes	Age moyen des hommes	Différence d'âge
Urbain	32.8	40.1	7.3
Rural/nomade	31.4	40.0	8.6
Total	32.4	40.0	7.7

4.3. Femmes et mass-médias

Le tableau 4-3 présente les taux des femmes non célibataires (15-49 ans) qui suivent les émissions radiophoniques ou télévisées. Il en ressort que 30% des femmes urbaines le font quotidiennement, alors que la télévision dans le milieu non rural est quasi inexistante. Les urbaines qui ne regardent jamais la télévision représentent 57%. Quant à la radio 46% des urbaines ne l'écoutent pas contre 57% en milieu rural/nomade.

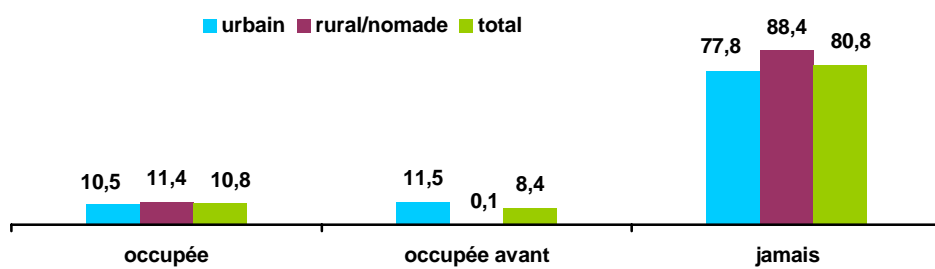
Tableau 4.3 : Taux d'écoute des mass médias parmi les femmes non célibataires (15-49 ans) selon le milieu et le niveau d'instruction

Ecoute radio-télé	Milieu		le niveau d'instruction					total
	urbain	Rural/communal	analphabètes	Lire/écrire	primaire	Second I	Second II	
Suivi des émissions télévisées								
Quotidiennement	30.2	0.2	12.0	46.8	54.9	70.0	80.7	21.9
1 fois/1 semaine	9.3	1.2	6.7	6.9	9.3	11.3	2.3	7.0
-1 fois/1 semaine	2.8	0.1	2.0	3.5	2.1	2.1	1.8	2.1
ne regarde pas	57.4	98.3	79.2	42.2	33.5	16.6	15.2	68.8
Ecoute de la radio								
Quotidiennement	32.5	20.3	24.1	37.6	47.8	52.9	60.4	29.1
1 fois/1 semaine	16.1	11.0	13.9	17.9	17.4	04.04.18	15.8	14.7
-1 fois/1 semaine	5.1	4.4	4.8	5.4	5.1	6.4	1.9	4.9
ne regarde pas	46.3	64.3	57.1	39.2	29.7	22.7	21.9	51.3
Nombre de femmes	1977	764	2148	174	248	106	63	2741

4.4. Femmes et travail

Les résultats de l'enquête ont montré que 19% seulement des femmes de Djibouti ont connu le travail, dont la moitié ne travaille pas au moment de l'enquête et que 9 sur 10 occupées sont permanentes.

Graphique 4-1 : Répartition des femmes non célibataires (15-49 ans) selon l'occupation (travail)



CHAPITRE 5

MALADIES CHRONIQUES, HANDICAP ET TABAGISME

Connaître la prévalence des Maladies chroniques à Djibouti, de l'Handicap et du Tabagisme était l'un des objectifs de l'enquête PAPFAM à Djibouti. Signalons que les maladies chroniques citées par les enquêtées ne se sont inscrites sauf si'elles étaient diagnostiquées par un médecin. Sachant que la couverture des services de santé est assez faible , on ne peut qu'attendre à une sous estimation de la prévalence des maladies chroniques à Djibouti ; néanmoins les chiffres de l'enquête sont une première du genre dans ce pays nécessaires.

5.1. Les maladies chroniques

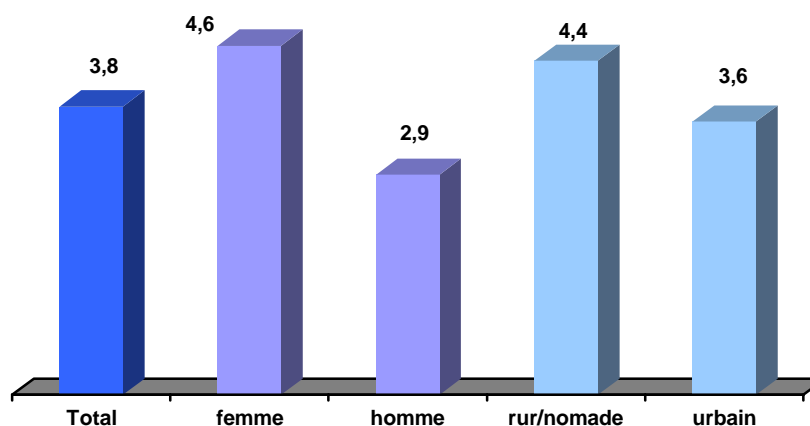
Les ménages enquêtés comptent 25 mille individus concernés par la question sur les maladies chroniques. Les résultats ont montré qu'il y a une disparité d'atteinte par ces maladies selon les âges et le sexe comme c'est détaillé ci dessous.

Tableau 5-1 taux d'atteinte par les maladies chroniques selon le milieu et le genre

Sexe	Urbain			Rural/nomade			total		
	Une seule maladie	Deux maladies	Une maladie ou plus	Une seule maladie	Deux maladies	Une maladie ou plus	Une seule maladie	Deux maladies	Une maladie ou plus
Masculin	2.4	0.3	3.0	2.0	0.4	2.8	2.4	0.3	2.9
Féminin	3.3	0.6	4.3	4.5	0.8	5.9	3.5	0.6	4.6
Total	2.9	0.5	3.6	3.3	0.6	4.4	3.0	0.5	3.8

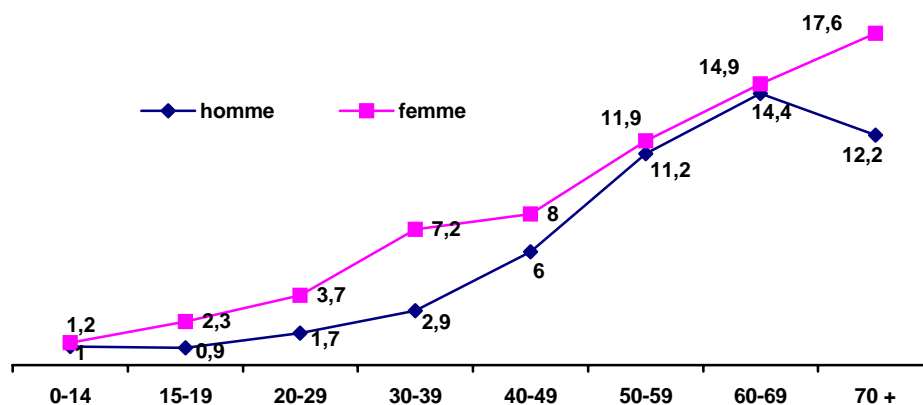
Le graphique 5-1 présente une différence des taux de prévalences de ces maladies selon le milieu et le genre

Graphique 5-1 : Prévalence des maladies chroniques selon le milieu et le genre



Les plus âgés de la population sont les plus atteints par les maladies chroniques. Les proportions de malades passent de 1.1% parmi la population de moins de 15 ans à 15.4% parmi la population de 70 ans et plus.

Graphique 5-2 : Taux des atteints par au moins une maladie chronique selon l'âge et le genre



Le tableau 5-2 présente la prévalence des maladies chroniques par type selon le milieu et le genre

Les maladies chroniques les plus répandues sont l'hypertension, le diabète et la tuberculose ; l'anémie et les maladies des reins sont plus répandues dans le milieu rural.

Tableau 5.2 : Prévalence des maladies chroniques par milieu et sexe

MALADIES	Lieu de résidence		Genre		Total
	Urbain	Rural/nomade	hommes	femmes	
P hypertension	0.7	0.6	0.4	0.9	0.7
D iabète	0.7	0.2	0.6	0.5	0.6
M. de l'estomac	0.4	0.2	0.5	0.3	0.4
A némie chronique	0.2	0.7	0.1	0.5	0.3
M. du cœur	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1
M. des reins	0.3	1.2	0.2	0.6	0.4
M. des articulations	0.2	0.2	0.1	0.3	0.2
T uberculose	0.6	0.6	0.5	0.7	0.6
M igraine	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2
A shme	0.3	0.5	0.2	0.5	0.4
Total	3.6	4.4	2.9	4.6	3.8

5.2. L'handicap

La définition de l'handicap retenue par PAPAFAM considère comme handicapé toute personne ayant un empêchement physique ou mental ne lui permettant pas d'accomplir les tâches naturelles, comparée à une autre personne du même âge et du même sexe, et ce pendant 6 mois ou plus. L'enquête a collecté des précisions sur le type d'handicap, son degré, sa cause et l'âge où elle est survenue, en plus de quelques précisions sur la prise en charge médicale et sociale de l'handicapé durant les 12 derniers mois précédents l'enquête.

Le tableau 5-3 démontre qu'environ 1% de la population de l'échantillon sont profondément handicapés et que 2% sont moyennement handicapés. Les résultats montrent aussi que les femmes sont plus touchées que les hommes (3.2% contre 2.6%) et que les ruraux/nomades sont aussi plus touchés que les urbains (4.2% contre 2.6%).

Tableau 5.3 : Répartition de la population de l'échantillon selon l'handicap ,son degré par milieu et genre

L'handicap	Milieu		Genre		Total
	Urbain	Rur/nomades	Hommes	femmes	
Profonde	0.9	1.3	.9	1	1
Moyenne	1.7	2.9	1.7	2.2	2
Sains	96.6	94.7	96.9	96.1	96.5
ND	0.5	1.1	0.5	0.6	0.6
Nb d'individus	20247	4766	12043	12970	25013

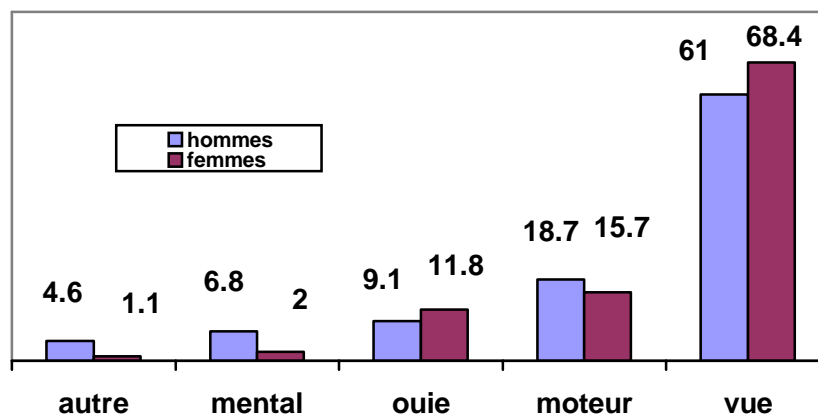
L'handicap est plus répandu chez les plus âgés et surtout parmi le troisième âge (70 et plus). Les femmes sont très touchées par ce fléau comme le montre le tableau 5-4.

Tableau 5.4 : Taux (pour mille) des handicapés selon l'âge et le genre

Age	Hommes	Femmes	total
0-14	9.9	9.1	9.5
15-19	14.1	10.3	12.2
20-29	17.7	21.0	19.6
30-39	33.0	17.3	24.3
40-49	38.0	32.8	35.7
50-59	55.0	93.9	75.0
60-69	121.2	151.4	138.3
70 +	197.7	367.5	296.7
ND	11.4	63.7	31.4
TOTAL	26.0	32.4	29.3

Les résultats montrent que les problèmes de vision sont les plus répandus (deux tiers des handicapés) et ce même parmi les enfant de moins de 15 ans. Les handicapés moteur viennent en deuxième position (environ 17% pour tous les âges), suivi par les problèmes de l'ouïe.

Graphique 5-3 : Répartition de type d'handicap selon le genre



Les causes de l'handicap sont multiples telles que la vieillesse, les accidents, les fléaux épidémiques et l'hérédité. Notons qu'un tiers des handicapés le sont avant l'âge de 20 ans. Les résultats montrent aussi qu'un handicapé sur quatre est pris en charge médicalement et socialement.

Tableau 5.5 : Causes de l'handicap selon le genre

	Hommes	Femmes	Total
Causes d'handicap			
Héréditaire	6.5	5.5	5.6
A la naissance	2.8	2.5	2.6
Epidémique	9.7	4.4	6.6
Mal traité	2.4	2.1	2.2
Vieillesse	26.8	38.8	33.7
Accident	12.7	11.7	12.1
Autre	27.8	23.8	25.6
Nsp	4.1	3.6	3.8
L'âge à l'handicap			
A la naissance	7.9	4.6	6.0
0-4	5.8	3.6	4.5
5-9	5.2	2.4	3.6
10-19	7.9	7.3	7.6
20 +	33.2	33.9	33.6
Nsp	21.5	25.6	23.8
% de l'assistance médicale et sociale	25.0	21.9	23.2
Nombre des handicapés	313	421	733

5.3. Le tabagisme

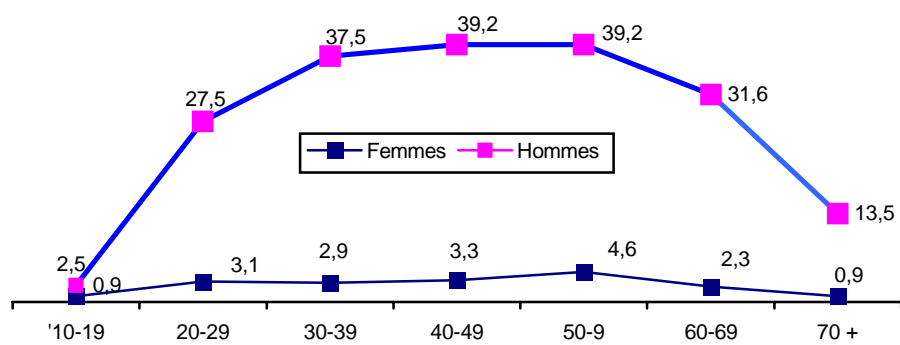
Le tabagisme concerne les personnes âgées de 10 ans et plus. Le taux des fumeurs atteint 12.1% et 1.4% ont déclaré avoir fumé du tabac dans le passé. Les femmes fument beaucoup moins que les hommes (2.4% contre 23%).

Tableau 5.6 : Répartition (%) des individus de l'échantillon selon leur situation par rapport au tabagisme selon le milieu et le genre

Situation	Milieu		Genre		Total
	Urbain	Rural/nomade	Hommes	Femmes	
Fumeur	12.4	11	23	2.4	12.1
Fumeur avant	1.4	1.2	2	0.8	1.4
Non - fumeur	82.8	85.8	72.1	93.3	83.3
ND	3.5	2	2.8	3.5	3.1
Nombre	15151	3432	8770	9813	18583

Le graphique 5-4 montre que les classes d'âge moyennes des hommes sont plus consommateur du tabac. Le faible taux de fumeuses peut s'expliquer par la sous-déclaration (les coutumes ne le permettent pas).

Graphique 5-4 : Taux de fumeurs (10 ans et +) selon l'âge et le genre



CHAPITRE 6 NUPTIALITE

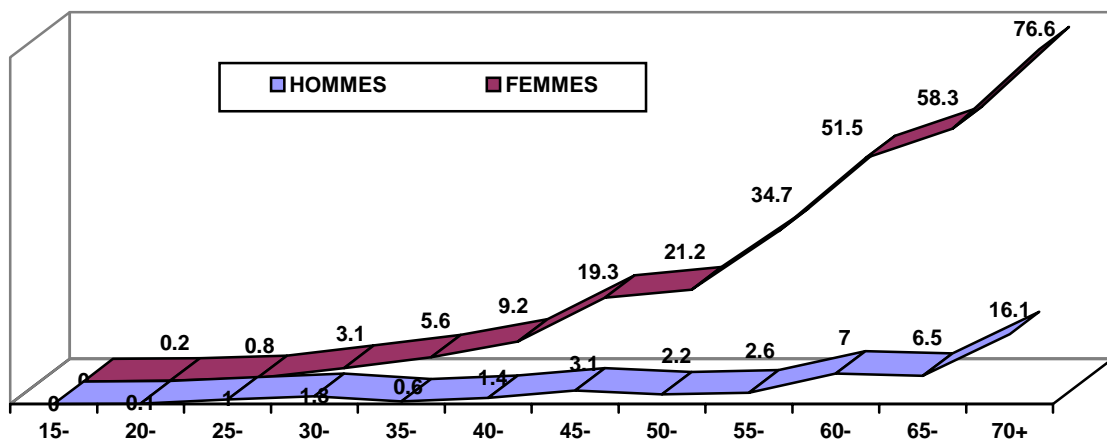
Ce chapitre analyse l'état matrimonial de la population Djiboutienne en relation avec l'âge au premier mariage, la consanguinité des époux, la polygamie et la stabilité des mariages.

6.1. L'état matrimonial^(*)

L'enquête montre que les femmes mariées représentent 55,7% de l'ensemble des femmes âgées de 15 ans et plus, contre 50,4% pour les hommes. Notons que le mariage est un phénomène très répandu à Djibouti, en effet, le célibat ne touche que 2,2% des hommes âgés de 15 à 60 ans et 2% des femmes de la même tranche d'âge. Il est à remarquer que le taux de veuvage est très élevé chez les femmes atteignant 6 fois celui des hommes.

Le graphique (6-1) montre un taux de veuvage largement supérieur chez les femmes comparé à celui des hommes. Cette différence est vraisemblablement liée aux taux de survie supérieur chez les femmes, à l'âge précoce de mariage des femmes par rapport aux hommes ainsi qu'au fort taux de remariage des hommes divorcés ou veufs.

Graphique 6-1 : Taux de veuvage (15 ans et plus) selon l'âge au moment de l'enquête



Notons que la différence du taux entre les deux sexes dépassent la moitié pour le troisième âge (60 ans et plus), ce qui pose de vrais problèmes pour cette catégorie de population féminine vouée à la solitude et à la recherche de prise en charge.

^(*) Il s'agit de l'état matrimonial de la population âgée de 15 ans et plus.

**Tableau 6.1 : Répartition de la population Djiboutienne
selon l'état matrimonial Et l'âge (Papfam 2002)**

âge	célibataire	Marié(e)	Veuf(ve)	Divorcé(e)	Non défini	Nombre
Homme						
15-19	99.3	.0	0	0	0.2	1465
20-24	93.6	6.0	0.1	0.1	0.1	1034
25-29	66.9	29.8	1.0	0.8	1.5	958
30-34	35.7	60.2	1.8	0.8	1.6	768
35-39	15.8	79.8	0.6	2.4	1.5	592
40-44	7.7	89.0	1.4	1.6	0.3	676
45-49	2.4	93.3	3.1	0.7	0.5	420
50-54	2.1	93.8	2.2	1.7	0.1	404
55-59	2.2	94.5	2.6	0.5	0.1	248
60-64	1.9	89.7	7.0	1.2	0.2	278
65-69	0.4	92.7	6.5	0.0	0.4	99
70 +	1.2	79.3	16.1	2.2	1.1	202
N.D.	25.3	65.2	0.9	0.9	7.8	140
Total	48.8	47.9	1.7	0.8	0.8	7284
Femmes						
15-19	94.7	5.1	0.0	0.2	0.0	1546
20-24	74.2	24.6	0.2	0.8	0.2	1319
25-29	49.9	46.5	0.8	2.2	0.7	1353
30-34	29.9	64.3	3.1	2.5	0.3	957
35-39	14.6	75.6	5.6	3.2	0.9	749
40-44	5.6	80.5	9.2	4.4	0.3	561
45-49	2.9	75.0	19.3	2.4	0.4	327
50-54	5.1	69.2	21.2	4.5	0.1	251
55-59	2.0	57.6	34.7	5.4	0.3	438
60-64	1.6	41.1	51.5	3.4	2.4	381
65-69	1.4	37.1	58.3	2.1	1.1	107
70 +	2.1	17.6	76.6	1.3	2.4	282
N.D.	64.1	10.0	10.1	3.2	12.7	86
Total	43.6	43.0	10.6	2.1	0.7	8359

6.2. Age au mariage

Le nombre moyen d'années de célibat (SMAM) calculé pour ceux qui se marient avant l'âge de 50 ans est un indicateur permettant d'étudier le calendrier de premier mariage. Les résultats de l'enquête indiquent que l'âge au mariage est relativement élevé aussi bien pour les garçons (30.7 ans) que pour les filles (28 ans). D'autre part, cet âge est plus élevé dans les zones urbaines que dans les zones rurales/nomades pour les deux sexes. Notons que le niveau d'instruction n'a pas une grande influence sur l'âge du mariage chez les garçons, il est près de 30.1 ans pour les analphabètes et de 31.4 ans pour les titulaires d'un niveau secondaire II et plus. En revanche, pour les filles, l'âge au mariage est plus bas pour les analphabètes (26.8 ans) que pour les titulaires d'un enseignement secondaire II et plus (33 ans).

Tableau 6.2 : Moyenne des années de célibat selon le genre, le lieu de résidence et le niveau scolaire

Propriété	Garçons	Filles
Lieu de résidence		
Urbain	31.2	28.8
Rurales/nomades	28.7	24.3
Niveau de scolarisation		
Analphabète	30.1	26.8
Lire et écrire	31.4	30.1
Primaire	30.6	28.5
Secondaire I	31.2	31.0
Secondaire II et plus	31.4	33.2
Total	30.7	28.5

6.3. Mariage consanguin

Les mariages consanguins sont très fréquents à Djibouti, ils représentent 38.7% du total des mariages. En effet, le pourcentage de mariage entre des personnes très proches atteint 24.9%, et entre autres proches il est de l'ordre de 13.8%. Le tableau (6-3) présente une fréquence plus remarquable des mariages consanguins dans les zones rurales/nomades que dans les zones urbaines. Le pourcentage des mariées avec l'un de leurs très proches est d'environ 47.3% dans les lieux ruraux/nomades contre seulement 16.2% dans les lieux urbains. Tandis que les pourcentages des mariées avec l'un de leurs autres proches dans ces mêmes zones sont respectivement de 26.9% et 8.8%.

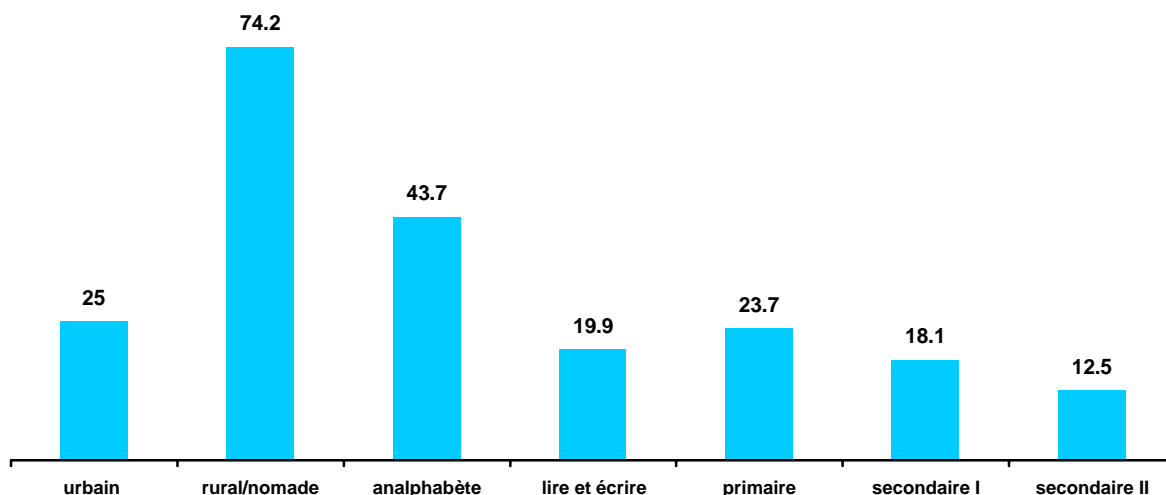
Tableau 6.3 : Répartition relative des femmes mariées (15 – 49) selon le degré de paternité avec leurs conjoints, le lieu de résidence et le niveau d'instruction

Propriété	Cousin très proche	Autre lien de parenté	Aucun lien de parenté	Non déclaré	Nombre de femme
Lieu de résidence					
Urbain	16.2	8.8	74.7	0.3	1977
Rurale/nomade	47.3	26.9	24.3	1.6	764
Niveau de scolarisation					
Analphabète	27.7	16.0	55.5	0.8	2148
Lire et écrire	14.3	5.6	80.0	0.0	174
Primaire	16.6	7.1	76.2	0.0	248
Secondaire I	12.7	5.4	81.9	0.0	406
Secondaire II	10.6	1.9	85.7	1.9	63
Total	24.9	13.8	60.6	0.6	2741

De ce même tableau, il apparaît aussi que plus le niveau scolaire des femmes est élevé moins ces dernières se marient avec l'un de leurs proches. En fait, le pourcentage des analphabètes mariées avec l'un de leurs proches ou très

proches est de 43.7% contre 12.5% seulement pour les titulaires d'un enseignement secondaire II et plus.

Graphique 6-2 : Pourcentage des femmes mariées avec un proche par rapport à l'ensemble des femmes mariées (15 – 49) selon le lieu de résidence et le niveau de scolarisation



6.4. Polygamie

Les résultats de l'étude révèlent l'existence de la polygamie dans la société djiboutienne où près de 11.2% des femmes déclarent que leurs maris ont au moins une autre épouse comme l'indique le tableau (6-4).

Tableau 6.4 : Pourcentage des femmes ayant un époux polygame parmi l'ensemble des femmes mariées selon le lieu de résidence et le niveau de scolarisation

Propriété	Epoux ayant au moins une autre épouse
Lieu de résidence	
Urbain	9.6
Rurale/nomade	15.1
Niveau de scolarisation	
Analphabète	12.8
Lire et écrire	8.1
Primaire	4.9
Secondaire I	5.1
Secondaire II	0.0
Total	11.2

Le tableau montre que la polygamie est plus fréquente dans les zones rurales/nomades (environ 15.1%) que dans les zones urbaines (moins que 10%). Il révèle que plus le niveau d'instruction de la femme est élevé moins elle sera sujet à la polygamie. En effet, le pourcentage des femmes analphabètes ayant un époux polygame est de 12.8%, ce taux descend à zéro pour celles ayant au moins un niveau secondaire II.

6.5. Stabilité du mariage

La stabilité du mariage constitue un indicateur important de la cohésion familiale et des effets positifs qu'elle génère sur la société. Les résultats de l'enquête montrent une certaine cohésion du mariage à Djibouti du fait du fort pourcentage (87.3%) de femmes ayant eu un seul mariage. Ce pourcentage est en particulier plus élevé dans les zones rurales/nomades (90.2%) par rapport aux zones urbaines (86.1%). Les résultats indiquent aussi que près de 12% des femmes ont divorcé de leurs premiers mariages (13.1% dans les zones urbaines contre 9.4% dans les zones rurales/nomades) et ce indépendamment de leur niveau scolaire hormis les titulaires d'un enseignement secondaire II et plus. En outre, 38.5% des femmes divorcées de leurs premiers mariages se sont remariées. Ce pourcentage est particulièrement plus élevé dans les zones urbaines par rapport aux autres.

Tableau 6.5 : Pourcentage des femmes mariées (15 – 49) une seule fois, pourcentage de celles qui ont divorcé de leurs premiers mariages et pourcentage de celles qui se sont remariées après leurs divorces selon le lieu de résidence et le niveau de scolarisation

propriété	Pourcentage des femmes		
	Mariées une seule fois	Divorcées de leurs premiers mariages	Remariées après leurs divorces
Lieu de résidence			
Urbain	86.1	13.1	40.1
Rurale/nomade	90.2	9.4	33.1
Niveau de scolarisation			
Analphabète	87.3	11.9	36.8
Lire et écrire	86.5	12.0	39.7
Primaire	86.0	12.7	49.0
Secondaire I	88.0	13.1	48.5
Secondaire II	88.9	16.0	33.1
total	87.3	12.1	38.5

CHAPITRE 7 LA FECONDITE

Dans ce chapitre seront traités les indices, les niveaux et les tendances de fécondité. Ainsi, les données collectées sur l'historique des naissances et des mortalités nous permettent de suivre ces niveaux et tendances pour la période que couvre l'étude, à savoir une quinzaine d'années avant l'enquête.

7.1. Taux de grossesse (au moment de l'enquête)

La proportion de femmes enceinte au moment de l'enquête représente un indicateur du niveau de la fécondité, même si cet indicateur est influencé par l'imprécision des réponses des femmes notamment au début de leur grossesse. Toutefois, cet indicateur est valable comme moyen de comparabilité à travers le temps.

Une proportion de 11.6% des femmes mariées en âge de procréation (FMAR) étaient enceintes au moment de l'enquête. Ce taux est de 13.6% dans le milieu rural et nomade contre 10.8% dans le milieu urbain. On constate aussi que ce taux décroît considérablement avec l'âge, il s'établit à 22% pour le groupe (15-24), 15% pour (25-34) et 4.5% pour 35 ans et plus.

*Tableau 7.1 : Taux de grossesse au moment de l'enquête
selon l'âge et le milieu de résidence*

Age	Urbain	Rural et nomade	Total
15-24	16.8	35.6	22.0
25-34	15.0	15.0	15.0
35-49	4.7	3.9	4.5
Total	10.8	13.6	11.6

Il est à signaler que ce taux de grossesse dans le groupe (15-24) est doublement supérieur chez les femmes rurales et bédouines que chez les urbaines, alors qu'il est semblable chez les autres tranches d'âge ; ce qui indique une différence remarquable au niveau de l'âge au premier mariage entre les deux milieux et/ou une préférence de procréation précoce dans le milieu non urbain.

7.2. Fécondité différentielle

Les données collectées nous ont permis de calculer l'indice synthétique de fécondité (ISF) et les taux de fécondité par âge pour les trois périodes quinquennales précédents l'enquête, sachant que l'ISF indique le nombre moyen d'enfants par femme pour toute sa vie féconde si toutes les conditions de procréation pour les mêmes tranches d'âge seront inchangées. Cet indice est aussi un indice de remplacement des générations.

L'ISF a atteint 4.2 pour la période quinquennale précédent l'enquête, il est de 4.9 dans le milieu rural et nomade contre 4.1 dans le milieu urbain. Le niveau de scolarité a un effet très clair sur cet indice qui varie de 4.5 pour les analphabètes à 2.2 pour celles ayant un niveau secondaire de deuxième niveau ou plus.

Graphique 7-1 : ISF (période de 5 ans avant l'enquête) selon le milieu et le niveau scolaire

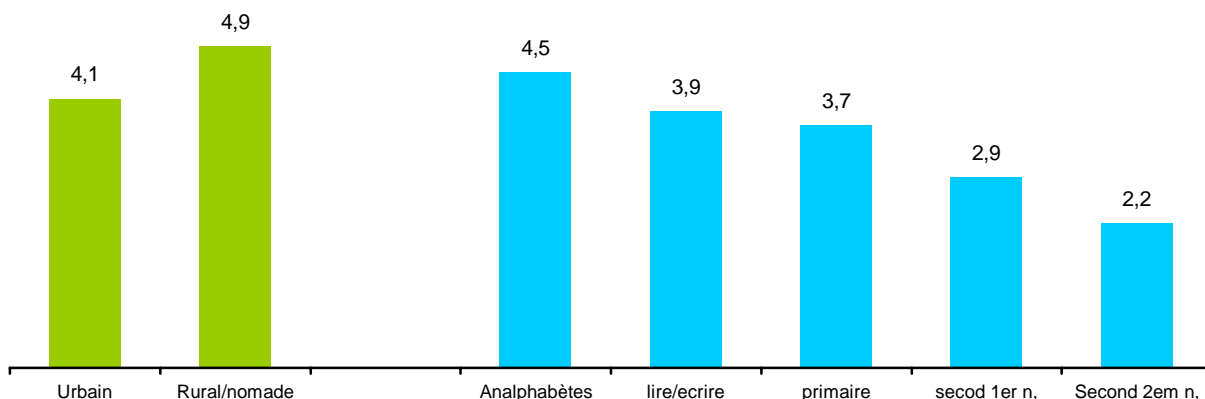
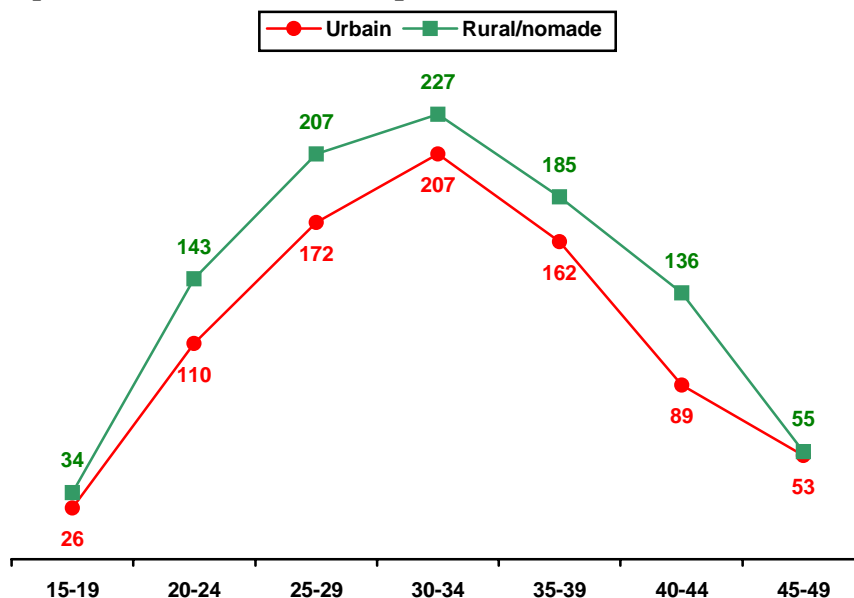


Tableau 7.2 : Taux de fécondité par âge (1000 femmes) et ISF (période de 5 ans avant l'enquête) Selon le milieu de résidence

AGE	MILIEU DE RESIDENCE		NIVEAU D INSTRUCTION				Total
	Urbain	Rural/nomade	Analphabète	Lire/écrire	Primaire	Secondaire	
15-19	26	34	38	41	27	9	27
20-24	110	143	134	106	128	62	114
25-29	172	207	184	176	203	127	176
30-34	207	227	219	162	216	161	211
35-39	162	185	174	160	126	66	167
40-44	89	136	103	29	40	81	97
45-49	53	55	55	98	-	-	53
ISF	4.1	4.9	4.5	3.9	3.7	2.5	4.2

Graphique 7-2 : Taux de fécondité par âge (1000 femmes) (période de 5 ans avant l'enquête) Selon le milieu de résidence



7.3. Niveau et tendance de la fécondité^(*)

L'ISF connaît une baisse importante passant de 5.2 pour la période 10-14 avant l'enquête à 5.1 pour la période 5-9 puis à 4.2 pour la période 0-4 ans (révolue), cette tendance concerne aussi bien le milieu rural/nomade que le milieu urbain.

Tableau 7.3 : Evolution de l'Indice Synthétique de Fécondité pour les trois périodes quinquennales précédents l'enquête selon le milieu de résidence

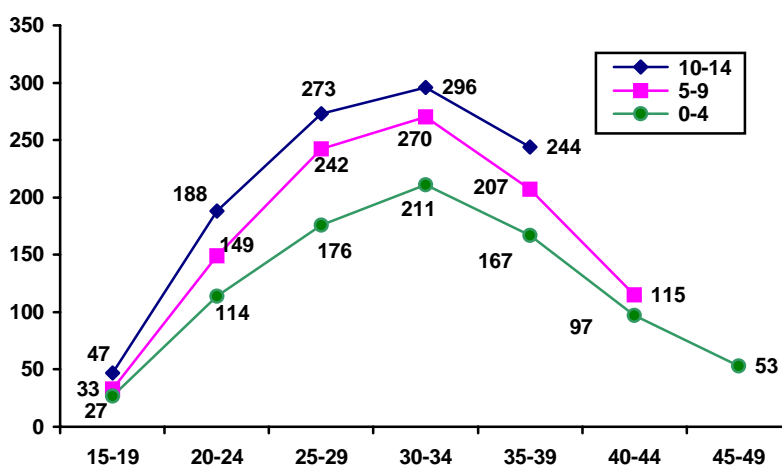
Période	Urbain	Rural/nomade	Tout le pays
10-14 (15-39ans)	5.0	6.3	5.2
5-9 (15-44 ans)	4.8	6.1	5.1
0-4	4.1	4.9	4.2

De même, les taux de fécondité par âge accusent une baisse substantielle pour tous les groupes d'âge comme le montre le tableau 7-4.

Tableau 7.4 : Evolution des taux de Fécondité par âge pour les trois périodes quinquennales précédents l'enquête selon le milieu de résidence

Groupes d'âge	Périodes quinquennales précédents l'enquête								
	10-14			5-9			0-4		
	Urbain	Rur/nom	Total	Urbain	Rur/nom	Total	Urbain	Rur/nom	Total
15-19	42	67	47	30	47	33	26	34	27
20-24	174	239	188	147	175	149	110	143	114
25-29	268	294	273	231	283	242	172	207	176
30-34	282	366	296	263	295	270	207	227	211
35-39	231	293	244	203	227	207	162	185	167
40-44	-	-	-	93	201	115	89	136	97
45-49	-	-	-	-	-	-	53	55	53
ISF	5.0	6.3	5.2	4.8	6.1	5.1	4.1	4.9	4.2

Graphique 7-3 : Evolution des taux de Fécondité par âge pour les trois périodes quinquennales précédents l'enquête

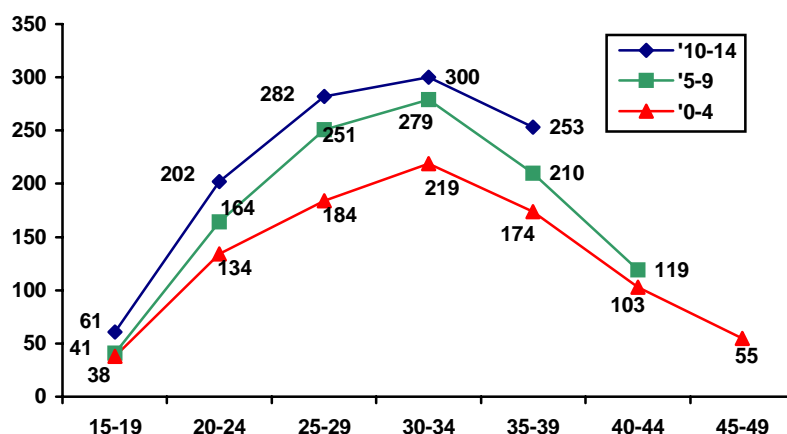


^(*) Cette partie de l'enquête ne concerne que les femmes âgées de 15 à 49 ans. Cette contrainte ne permet pas de tracer l'historique de fécondité des femmes âgées de plus de 40 ans.

Même si la fécondité des femmes analphabètes est supérieure à la moyenne, elle connaît la même tendance à la baisse pour tous les âges. Cette baisse est plus accentuée dans les deux groupes d'âge les plus féconds (25-29, 30-34).

**Graphique 7-4 : Evolution des taux de Fécondité par âge
-Femmes analphabètes-**

Pour les trois périodes quinquennales précédents l'enquête



7.4. Fécondité cumulée et descendance finale

La « fécondité cumulée » est définie par le nombre de naissances vivantes atteint jusqu'à la date de l'enquête. Il est évident que ce niveau atteint n'est pas le nombre final des enfants que la femme a eu sauf pour le groupe d'âge supérieur (45-49). Pour ce groupe le niveau atteint est appelé descendance finale. Le tableau 7-5 démontre la répartition des femmes non célibataires selon le nombre de naissances vivantes.

Tableau 7.5 : Répartition proportionnelle des femmes non célibataires selon le nombre des naissances et le l'âge

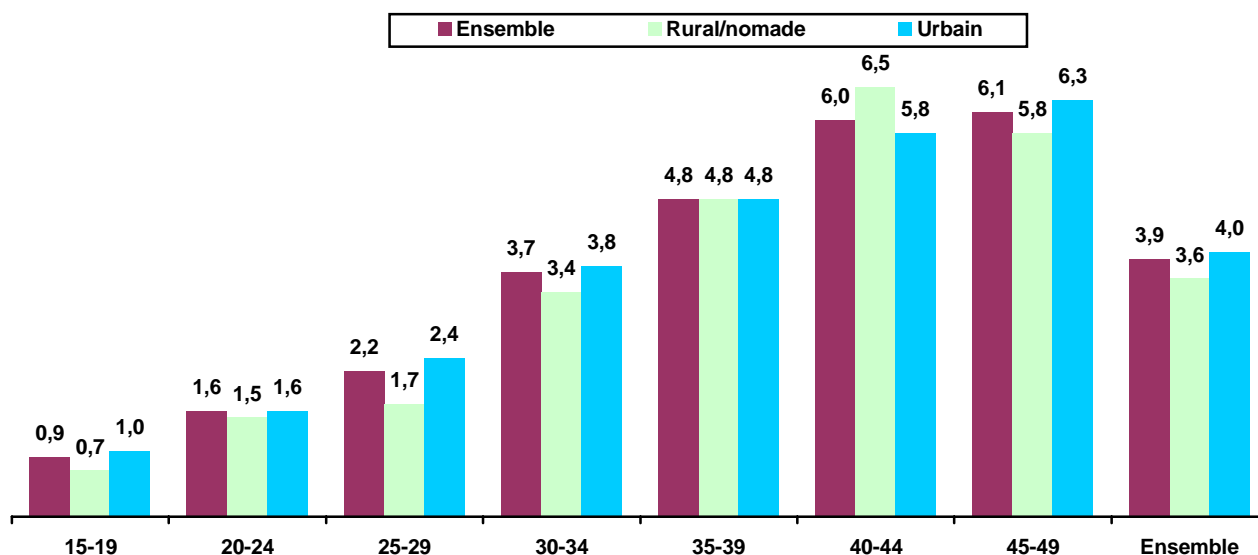
Nombre de naissances vivantes	15-49	45-49
0	9.1	1.3
1-2	30.0	14.9
3-4	24.2	14.6
5-6	18.1	20.4
7-8	10.8	26.9
9 +	7.9	21.9
Ensemble (%)	100	100
Nombre moyen de naissances	3.9	6.2
Nombre de femmes	2741	234

On observe que près de 22% des femmes âgées de 45 ans et plus ont eu 9 enfants ou plus, et que les deux tiers des femmes (15-49) ont eu au moins 3 enfants. La descendance finale moyenne est de 6.2, alors qu'à peu près 70% du groupe (45-49) ont eu au moins 5 enfants. Il est à signaler aussi que 1.3% des

femmes de ce groupe n'ont pas eu de naissances durant toutes leur vie féconde ; ce taux peut être considéré comme le taux d'infécondabilité.

Le graphique suivant montre que le nombre moyen des enfants vivants passe de 1 pour les âges inférieures, à 6.1 pour les âges 45-49 ans ; Notons que la mortalité affecte plus le milieu rural et nomade que le milieu urbain.

Graphique 7-5 : Nombre moyen d'enfants vivants selon l'âge et le lieu de résidence (femmes non célibataires 15-49)



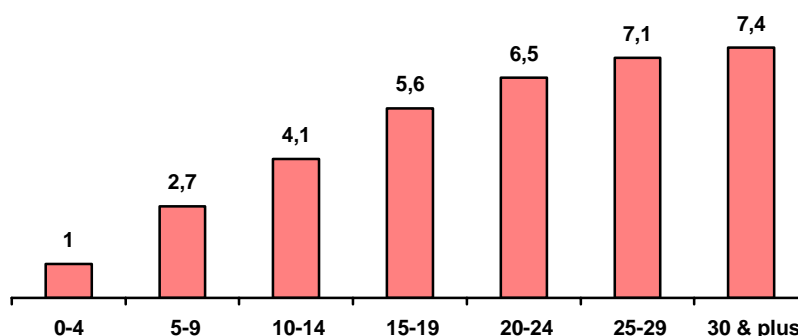
D'autre part, le nombre d'enfants est fortement lié à l'âge du premier mariage de la femme. Les femmes qui se sont mariées à 20 ou 21 ans ont eu en moyenne 3.7 enfants, alors que celles qui se sont marié après l'âge de 30 ans n'ont eu que 2.3 enfants.

Tableau 7.6 : Nombre moyen d'enfants nés vivants selon la durée du mariage et l'âge au premier mariage (femmes non célibataires 15-49)

Durée de mariage	Age au premier mariage							Total
	10-14	15-17	18-19	20-21	22-24	25-29	30-49	
0-4	1.4	1.2	1.0	1.3	1.0	0.9	0.7	1.0
5-9	3.4	2.9	2.6	3.0	2.7	2.5	2.8	2.7
10-14	3.9	3.8	4.9	4.2	4.2	3.9	3.6	4.1
15-19	5.4	5.7	6.1	5.7	5.6	4.8	5.0	5.6
20-24	5.6	6.2	7.2	6.2	6.7	6.8	-	6.5
25-29	6.4	8.1	6.9	5.7	7.0	-	-	7.1
30 & +	6.8	7.6	8.8	-	-	-	-	7.4
Total	5.1	4.7	4.4	3.7	3.6	2.7	2.3	3.9

On observe aussi que le nombre moyen des naissances vivantes varie nettement selon la durée du mariage passant d'un enfant pour une durée de moins de 5 ans à 7.4 enfants pour une durée de plus de 30 ans.

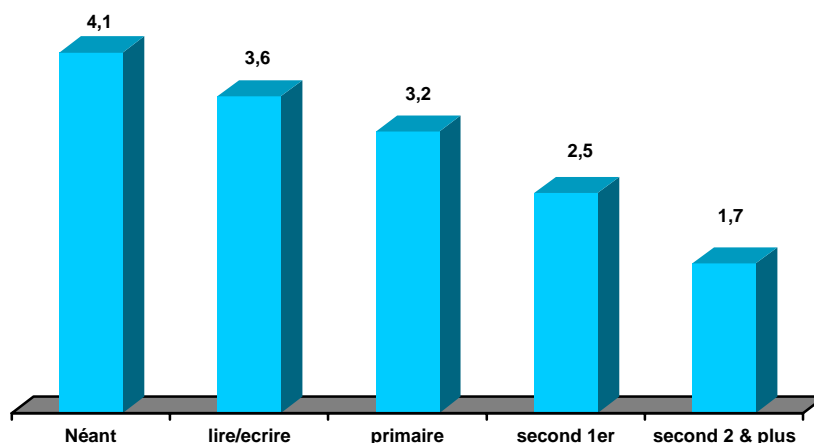
Graphique 7-6 : Nombre moyen d'enfants nés vivants selon la durée de mariage (femmes non célibataires 15-49 ans)



Signalons que le niveau d'instruction influe sur le niveau de fécondité des Djiboutiennes, non seulement parce que les plus instruites retardent leurs mariages, mais aussi à cause de leur utilisation des moyens de contraception.

En effet, le nombre des naissances vivantes est nettement inférieur chez les femmes du niveau d'instruction secondaire 2^{ème} degré ou plus que chez les analphabètes (1.7 contre 4.1 enfants). Ceci est vrai aussi si on compare ce niveau pour les mêmes durées de mariage : pour une durée de 20-24 ans on trouve que ce niveau est de 4.3 chez le premier groupe instruit contre 6.7 chez le deuxième.

Graphique 7-7 : Nombre moyen d'enfants nés vivants selon le niveau d'instruction (femmes non célibataires 15-49 ans)



7.5. Espacement des naissances

L'espacement des naissances représente une période très importante de récupération physique pour la femme après les pertes subies pendant la grossesse et au moment de l'accouchement.

Tableau 7.7 : Répartition proportionnelle des naissances au cours des cinq dernières années selon l'intervalle entre la dernière naissance et celle qui la précède selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction.

Caractéristiques	Nombre de mois de la dernière naissance					La médiane de durée	Nombre de naissances
	< 18	18-23	24-35	36-47	>=48		
milieu							
Urbain	21.23	21.0	28.7	14.2	14.8	26.0	1820
Rural/nomade	20.8	21.1	34.0	14.2	9.9	25.5	632
Niveau d'instruction							
Analphabète	19.9	20.4	31.0	14.7	14.0	26.3	1917
Lire/écrire	22.3	25.7	29.4	13.2	9.5	24.4	172
Primaire	29.8	20.6	23.4	13.3	12.9	23.9	250
Second. Et +	22.3	25.5	30.9	8.2	13.1	24.3	112
Total	21.2	21.0	30.1	14.2	13.6	25.8	2452

Il se dégage de ce tableau qu'une naissance sur cinq, réalisées au cours des cinq années précédents l'enquête, se produit avant l'achèvement d'une période de 18 mois de l'accouchement de celle qui la précède, aussi il n'y a pas de différences significatives entre les milieux et les niveaux d'instruction.

7.6. Niveau d'infertilité

Le tableau 7-9 indique que 7% des femmes non célibataires en âge de procréation et non enceintes au moment de l'enquête n'ont jamais eu de naissances. Bien entendu ce taux ne présente pas le taux d'infertilité vu qu'il inclut les jeunes nouvellement mariées. Par ailleurs 7.3% des femmes déclarent avoir une grossesse sans résultat dont deux tiers ne savent pas les raisons de leur échec et 14.3% pensent que la cause est leur santé, tandis que 10% croient qu'elles sont infertiles.

Pourtant, la moitié n'ont jamais consulté les services de santé, 29% déclarent consulter un médecin et 10% ont eu recours à une sage femme /infirmière et 11% ont déclaré avoir consulté d'autres personnes.

**Tableau 7.8 : Taux des non fertiles selon l'âge et la durée de mariage
(femmes non célibataires 15-49 ans)**

Age	Durée de mariage					
	0-4	5-9	10-14	15-19	20 +	
15-19	16.8	-	-	-	-	16.5
20-24	13.9	1.3	-	-	-	10.0
25-29	19.2	5.8	5.8	-	-	11.2
30-34	30.7	11.8	3.2	2.0	-	9.0
35-39	34.5	10.1	3.4	0.8	1.4	4.7
40-44	-	1.3	4.2	0.9	0.2	0.9
45-49	-	-	2.6	-	0.8	0.8
	19.2	7.1	3.7	1.1	0.7	7.0

Parmi celles qui n'ont jamais eu recours à une consultation, 15% croient que c'est inefficace, 10% déclarent qu'elles sont embarrassées, 3% sont anxieuses, tandis que 6% renvoient la cause à la non disponibilité des services, et 4% la renvoient à des raisons de coûts. Aussi, 87% des femmes qui n'ont jamais eu de naissance indiquent que leurs maris n'ont jamais fait de consultation.

7.7. Grossesse et maternité à moins de vingt ans

Les mères de moins de vingt ans ainsi que leurs enfants sont plus souvent confrontés à des complications de santé élevées que les mères plus âgées. D'autant plus que la grossesse chez les premières a des implications sociales négatives notamment en ce qui concerne l'accomplissement de leurs études.

Les femmes devenues mères ou enceintes âgées de 15 à 19 ans sont souvent de niveau d'instruction faible. En effet, 7.3% des mères et femmes enceintes sont des analphabètes, tandis que cette proportion ne dépasse pas 1% chez celles qui ont atteint un enseignement secondaire I et plus.

Il est à noter aussi des divergences remarquables entre les zones urbaines et les zones rurales et nomades. En effet, le pourcentage des femmes entre 15 et 19 ans ayant des enfants atteint 11.3% dans les zones rurales et nomades contre moins de 3% dans les zones urbaines.

Tableau 7.9 : Pourcentage des mères et femmes enceintes pour la première fois par rapport à l'ensemble des femmes dans la tranche d'âge (15-19) selon quelques propriétés

Propriétés	Pourcentage des femmes :			Nombre des femmes (15-19)
	Mères	Enceintes pour la première fois	Actuellement mères ou enceintes	
Zone de résidence				
Urbaine	2.5	0.4	2.9	
Rurale /nomade	8.4	2.9	11.3	
Situation d'instruction *				
Analphabète	5.8	1.5	7.3	560
Lire et écrire	2.3	0.0	2.3	215
Primaire	3.3	0.7	4.0	396
Secondaire I et plus	0.4	0.3	0.8	319
Scolarité au moment du recensement *				
Scolarisée	0.0	0.2	0.2	547
Non scolarisée	5.3	1.1	6.5	973
Total	3.4	0.8	4.2	1546

*Non déclarées non incluses

CHAPITRE 8 LA PLANIFICATION FAMILIALE

Dans ce chapitre nous abordons la situation de la contraception et les tendances différentielles de planifier les naissances.

8.1. La contraception passée

Les résultats de l'enquête montre un très faible taux d'utilisation des méthodes contraceptives. Uniquement 15.3% des femmes non célibataires en âge de procréer déclarent avoir utilisé, une fois au moins, une méthode contraceptive ; 10.5% ont déclaré avoir utilisé une méthode scientifique.

Le tableau ci-après (8-1) trace l'historique de l'utilisation de la contraception par âge.

Tableau 8.1 : Répartition des femmes non célibataires selon l'utilisation passée selon l'âge

A utilisé	age							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Toutes méthodes	7.0	18.6	17.7	16.5	16.2	10.2	12.6	15.3
Méthodes modernes	7.0	14.7	14.2	12.0	10.1	4.2	6.6	10.5
Nombre de femmes	77	284	597	591	519	440	234	2741

Le tableau montre que l'utilisation de la contraception est faible surtout parmi les femmes d'âges avancés ; en revanche celles âgées de moins de 40 ans ont tendance à planifier leurs naissances avec des taux d'utilisation légèrement supérieurs.

Quant aux méthodes utilisées les Djiboutiennes utilisatrices de contraception penchent vers les Pilules comme méthode moderne de contraception ; elles ont aussi recours à l'allaitement prolongé pour se prévenir de grossesse non désirée.

Tableau 8.2 : Taux de l'utilisation passée des méthodes contraceptives (femmes non célibataires 15 –49 ans)

Méthode	taux
Pilule	8.1
D.i.u	0.7
Injectables	2.4
Préservatif	0.1
Spermicides	0.3
Allaitement naturel	5.0
Calendrier	0.4
Autre	0.4

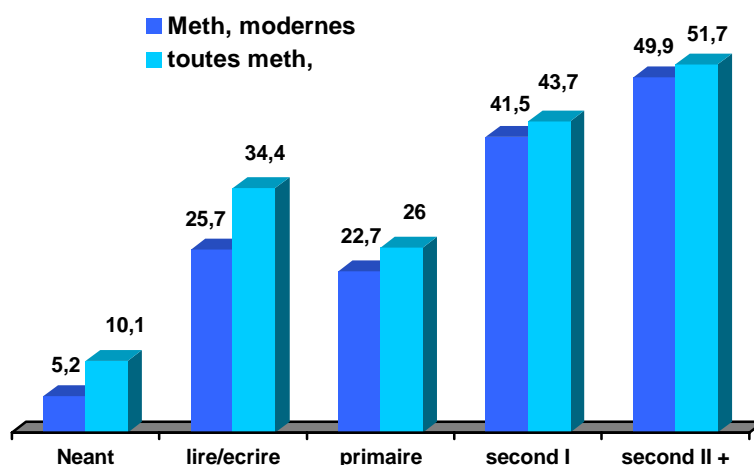
L'utilisation passée constatée diffère selon le milieu de résidence et le niveau de d'instruction. En effet, l'utilisation des moyens contraceptifs n'a touché qu'une faible proportion des femmes paysannes et nomades estimée à 0.5%, tandis qu'elle atteint 21% chez les femmes dans les zones urbaines. Les différences s'expliquent aussi par le niveau d'instruction des femmes, le taux d'utilisation passée augmente avec le niveau d'instruction, il est de 10% uniquement chez les femmes analphabètes, contre 51.7% chez les femmes de niveau scolaire secondaire II et plus. On remarque aussi que les femmes instruites utilisent plus souvent des méthodes modernes

Tableau 8.3 : Taux d'utilisation passée selon le milieu et le niveau d'instruction (femmes non célibataires 15 –49 ans)

	Taux de l'utilisation passée		Nombre de femmes
	Toutes méthodes	Méthodes modernes	
Milieu			
Urbain	21.0	14.5	1977
rural	0.5	0.4	764
Niveau d'instruction *			
Analphabète	10.2	5.2	2148
Lire/écrire	34.4	25.7	174
Primaire	26.0	22.7	248
Second 1	43.7	41.5	106
Second 2 +	51.7	49.9	63
Total	15.3	10.5	2741

* les non déclarées non incluses

Graphique 8-1 : Utilisation passée selon le niveau d'instruction



8.2. Le nombre d'enfants lors de la première utilisation

Les résultats de l'enquête ont montré qu'il y a seulement une faible minorité de femmes qui ont eu recours à la contraception ; ce qui ne permet pas encore de distinguer une tendance comportementale claire des utilisatrices. Néanmoins, il paraît que les jeunes ont tendance à l'utilisation pour l'espacement des grossesses vu qu'elles optent pour la première utilisation bien avant les plus âgées.

Tableau 8.4 : Nombre moyen d'enfant à la première utilisation selon l'âge

âge	Nombre de femmes qui ont déjà utilisées	Nombre moyen des enfants lors de la première utilisation
15- 29	167	1.3
30- 39	181	2.3
40- 49	75	2.0
Total	424	1.8

8.3. L'utilisation actuelle des moyens contraceptifs

Les données indiquent que 9% des femmes mariées (15-49) utilisent une méthode de contraception au moment de l'enquête, dont 5.8% seulement utilisent un moyen moderne.

Tableau 8.5 : Répartition (%) des femmes mariées selon l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction

caractéristiques	Utilisation actuelle *				Nombre de femmes
	N'utilise pas	Utilise une méthode moderne	Utilise une méthode traditionnelle	Pourcentage des femmes qui utilisent une méthode**	
Milieu					
Urbain	87.5	8.0	3.9	12.5	1787
Rural/ nomade	99.6	0.3	0.0	0.4	715
Niveau d'instruction					
Analphabète	94.5	2.5	2.7	5.5	1964
Lire et écrire	78.1	13.7	5.0	21.9	158
Primaire	83.4	13.6	3.0	16.6	225
Second I	72.3	26.5	1.2	27.7	97
Second II +	64.2	29.9	3.9	35.8	56
Total	91.0	5.8	2.8	9.0	2502

*Non déclarées non incluses

** Celles qui utilisent sont incluses mais la méthodes est non déclaré

L'utilisation de la contraception dans le milieu rural/nomade est quasi inexistante (0.4%) alors qu'elle est de 12.5%. Ce faible taux d'utilisation (9%) est dû à la prépondérance des femmes analphabètes dans la population féminine de Djibouti qui sont encore loin de changer leur comportement procréateur naturel. Parmi les autres groupes de femmes plus instruites au moins 1 femme sur 5 utilise la contraception au moment de l'enquête. Notons que les méthodes traditionnelles

sont présentes dans le choix des Djiboutiennes (1 femme utilisatrice sur 3 opte pour les méthodes traditionnels).

Les pilules sont le moyen le plus utilisé puisqu'elles sont prises par 4.2% de l'ensemble des femmes mariées lors du recensement. La prolongation de la période d'allaitement est souvent utilisée parmi les méthodes traditionnelles et elle est pratiquée par 2.5% des femmes mariées.

En ce qui concerne la durée d'utilisation des méthodes, le tableau (8-6) indique qu'environ 22% des femmes utilisent la méthode actuelle depuis moins d'un an sans interruption et que 29% l'utilisent pour une période qui varie entre un et deux ans, et 11% seulement des femmes l'utilisent depuis au moins cinq ans.

Tableau 8.6 : Répartition (%) des femmes mariées qui utilisent une méthode contraceptive selon la durée d'utilisation sans cesse de la méthode actuelle et selon l'âge

L'âge	Durée d'utilisation					Nombre de femmes
	Moins d'un an	1-2 ans	3-4 ans	5 ans et plus	Ne sais pas / non déclarée	
15-29	25.5	33.5	2.4	6.0	32.6	95
30-39	23.1	29.1	6.9	8.6	32.0	102
40-49	7.4	14.0	3.7	35.4	39.5	30
Total	22.0	29.0	4.6	11.2	33.3	226

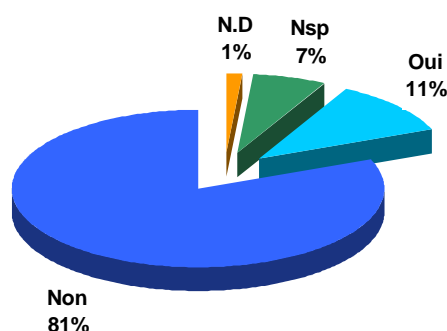
Signalons que 13% des utilisatrices actuelles de contraception ont des problèmes causés par leurs méthodes dont 68% des problèmes de santé et 8% d'inefficacité de méthode. Quant aux causes d'abandon de l'utilisation de contraception, les données de l'enquête montrent que deux tiers des femmes concernées ont arrêté l'utilisation pour avoir une naissance supplémentaire, 13.4% ont évoqué des problèmes de santé et 10.3% ont déclaré avoir des désagréments.

Les sources d'approvisionnement en moyens contraceptifs à Djibouti sont essentiellement l'hôpital/centres de soins/maternités (public) avec 79.5% de couverture de la demande et les pharmacies avec 12.8%. Le privé assure 5.7% de couverture.

8.4. L'utilisation future de la contraception

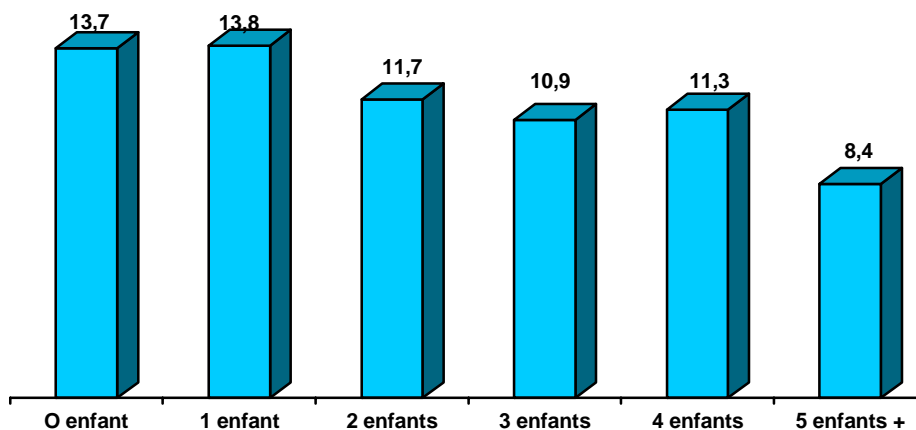
La majorité des Djiboutiennes non-utilisatrices de contraception (81%) n'ont pas l'intention de recourir à la contraception dans un avenir proche, cela malgré le faible pourcentage des utilisatrices actuelles (graphiques 8-3)

Graphique 8-2 : Intention d'utilisation de la contraception (femmes mariées 15-49 ans)



Il ressort aussi des données que la différence de l'intention d'utilisation future chez les femmes non utilisatrices n'est pas significative passant de 14% pour celles qui sont nullipares à 8% seulement pour celles ayant au moins 5 enfants vivants.(graphique 8-4)

Graphique 8-3 : Intention d'utilisation selon le nombre d'enfants (%)



Parmi les femmes ayant déclaré avoir l'intention d'utiliser dans l'avenir (11.2%), une proportion de 5.3% affirme qu'elle optera pour une méthode dans les 12 mois à venir, 2.5% au cours des 2 prochaines années et 1.3% après 3 ans.

Notons que les méthodes les plus évoquées chez les intentionnées sont : la Pilule (56%), les Injectables (16%) et le DIU (4.8%).

En ce qui concerne les raisons évoquées par ces femmes quant à leur refus d'utiliser la contraception, plus du tiers évoquent le désir de grossesse, 17.7% avancent l'empêchement religieux, 11.1% avancent des prétextes d'ordres religieux telle que la 'volonté divine' et 4.3% savent qu'elles sont ménopausées.

Tableau 8.7 : Répartition des femmes qui ne désirent pas l'utilisation future selon les causes et l'âge

Causes de non-utilisation future	Groupe d'âge			Total
	15-29	30-39	40-49	
Désir de grosse	42.7	35.3	27.8	35.8
Empêchement religieux	14.2	18.3	21.2	17.7
Position personnelle	13.1	10.2	7.4	10.4
Le mari est contre	1.1	2.6	2.8	2.2
Peur des effets secondaires	4.3	2.1	2.8	3.0
Ne connaît pas la contraception	9.6	10.2	5.6	8.8
Indisponibilité/cherté.. de la contraception	2.0	1.1	1.7	1.6
Volonté de dieu/dieu qui décide	8.3	12.0	13.1	11.1
Ménopause	0	2.8	12.1	4.3
Manque de choix de méthode	1.8	1.5	2.8	1.9
Autre	1.7	1.9	0.9	1.6
N.s.p	1.2	1.9	1.6	1.6
Nombre de femmes	595	771	476	1843

CHAPITRE 9

LA PROTECTION DE LA MATERNITE

La phase de la reproduction est une phase importante dans la vie de la femme parce qu'elle a des répercussions considérables sur la santé de celle-ci soit au moment présent, soit dans le futur. Le soin sanitaire est donc indispensable à cette étape pour protéger tant la maman que l'enfant.

L'Enquête Djiboutienne sur la santé de la famille a établi un module sur la protection sanitaire des mamans qui avaient accouché d'un enfant au cours des cinq années précédant l'Enquête.

9.1. Les femmes enceintes à l'heure de l'Enquête

Au moment du sondage, 11,6% des femmes mariées ont déclaré qu'elles étaient enceintes. L'âge de 22% d'entre elles variait entre 15 et 24 ans et 15% entre 25 et 34 tandis que 4,5% des femmes avaient 35 ans et plus.

9.2. La protection sanitaire avant l'accouchement

Le tableau 9-1 montre qu'au cours des 5 années précédant le sondage 22,7% des femmes n'ont pas reçu de soin sanitaire pendant qu'elles étaient enceintes. Par ailleurs, 29,2% ont assuré un suivi à leur grossesse chez un médecin et plus de la moitié des femmes ont soigné leur grossesse chez des infirmières ou des sages-femmes.

Ce tableau montre aussi que plus l'âge de la maman à la naissance de l'enfant avance plus le soin qu'elle reçoit diminue, il en est de même avec le rang de naissance du nouveau-né. Les résultats de l'enquête montrent aussi que 65% des mamans rurales et nomades n'ont pas reçu de soins et que 3,4% seulement ont reçu un soin chez un médecin. On observe également que les femmes les plus instruites tiennent le plus à obtenir des soins chez un médecin, étant donné que 23% seulement des analphabètes ont eu recours à un médecin tant dis que 73% de celles qui ont au moins complétées leur 2eme cycle secondaire en ont eu recours. Il est à ajouter que 2,6% seulement des femmes appartenant à cette dernière catégorie n'ont reçu aucun soin pendant la grossesse tant dis que le pourcentage s'élève à 28,6% parmi les femmes analphabètes.

Tableau 9.1 : Pourcentage des femmes non-célibataires âgées entre 15 et 49 ans n'ayant pas reçu de soins pendant leur dernière grossesse (au cours des 5 ans précédant l'Enquête) et pourcentages de celles qui en ont reçu chez un médecin ou une infirmière ou une sage-femme, selon certaines caractéristiques

Caractéristiques	Femmes n'ayant pas reçu de soins	Femmes ayant reçu un soin chez un médecin	Soins reçus chez une infirmière ou une sage-femme	Nombre
Age à la naissance				
Moins de 20 ans	15,6	33,0	60,7	99
20 – 34	22,1	28,1	55,6	1241
35 – 49	26,3	31,4	46,4	430
Rang de naissance				
Le premier	21,1	29,7	56,9	336
2 – 3	20,9	29,0	55,0	562
4 – 5	19,8	31,4	53,3	416
6 +	28,9	26,8	49,7	456
Milieu de résidence				
Urbain	7,7	38,3	60,6	1307
Rural et nomades	65,2	3,4	33,7	462
Niveau d'instruction				
Analphabètes	28,6	23,0	52,7	1342
Lire et écrire	5,4	44,0	61,2	122
Cycle primaire	4,5	44,1	60,9	184
Cycle secondaire I	3,2	53,2	49,9	77
cycle secondaire II +	2,6	73,3	37,4	42
Non déclaré	0,0	50,0	50,0	2
Total	22,7	29,2	53,6	1769

Le tableau 9-2 précise que près de 81% des femmes ont fait leur première visite de protection au cours des six premiers mois de la grossesse, le motif en était dans 40% des cas la vérification de la santé de l'embryon. Or, 2,4% des femmes ont consulté le médecin à cause de problèmes sanitaires.

Tableau 9.2 : Distribution proportionnelle des femmes ayant fait suivre leur dernière grossesse (dans les 5 ans précédant l'enquête) selon la durée de la grossesse lors de la première consultation et l'objectif de la visite.

*Nombre de Mois de la grossesse à la Première consultation	Vérifier qu'elle est enceinte	Vérification de la santé du bébé	Assurer une bonne grossesse	Présence de complication	Consultation routinière	Réservation pour l'accouchement	Autres	Nombre de femmes
Moins de 6 mois	16,8	40,0	17,4	1,7	18,1	4,1	0,2	1105
6 – 7 mois	9,7	41,2	17,8	2,4	21,5	5,6	-	184
8 mois +	9,9	34,2	21,1	12,2	4,0	13,8	4,2	67
Total	15,5	39,7	17,7	2,4	17,8	4,7	0,6	1365
Moyenne des mois de grossesse	3,1	3,8	3,9	4,8	3,8	4,6	5,5	3,7

9.2.1. Nombre des visites de suivi pendant la grossesse

Le nombre moyen de visites de suivi qu'a effectuée la femme enceinte pendant la dernière grossesse a atteint 3,1 visites. Ce nombre est de 2,4 dans les régions rurales et nomades contre 3,2 dans les régions urbaines.

Tableau 9.3 : Répartition des femmes ayant eu leur dernière grossesse au cours des 5 années précédant le sondage, selon le nombre des visites prénatales effectuées et le milieu de résidence

Nombre des visites prénatales	Milieu urbain	Milieu rural et nomade	Total
Aucune	7,8	65,2	22,8
Une seule visite	6,1	8,2	6,7
2 – 3 visites	76,0	24,5	62,6
4 +	9,0	2,0	7,1
Oublié ou non déclaré	1,0	0,2	0,8
Total (%)	100,0	100,0	100,0
Effectif	1307	462	1769
Nombre Moyen de visites	3,2	2,4	3,1

9.2.2. TYPES DE SERVICES OFFERTS

Le tableau 9-4 illustre les services, examens médicaux ou services instructifs, qui ont été assurés, une seule fois au moins, aux femmes enceintes, pendant leur dernière grossesse et ce, d'après le lieu qui a accordé le service. Selon ce tableau, l'on constate que la mesure du poids, de la taille et de la tension artérielle est répandue dans les lieux tant publics que privés tant dis que les autres examens s'effectuent dans les cliniques privées.

Les taux d'instruction sanitaire sont très bas puisque seulement un tiers des femmes ont reçu une instruction sur le régime alimentaire et un taux inférieur a obtenu une instruction sur les facteurs de gravité de la grossesse, sur l'allaitement au sein, sur le planning familial ou sur les soins prénataux. Or, ces taux augmentent dans les cliniques privées.

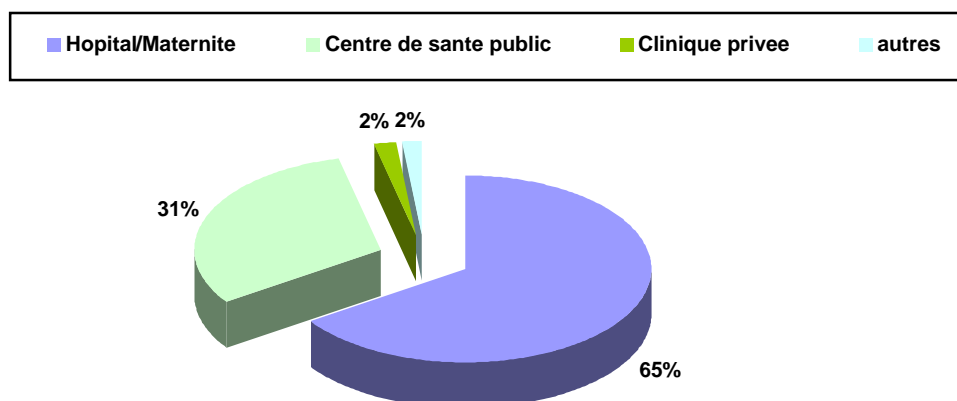
Tableau 9.4 : Parmi les femmes ayant fait suivre leur dernière grossesse (au cours des cinq années précédant l'enquête) et le pourcentage qui ont subi des tests ou contrôles spécifiques et ont reçu des différentes informations selon le lieu du dernier examen

Tests ou contrôles subi	Lieu du dernier examen			Total
	Hôpital ou maternité	Centre de santé	Clinique privée/polyclinique	
Mesure du poids	91,3	91,3	95,8	91,2
Mesure de la taille	83,9	86,5	95,8	84,8
Mesure de la tension artérielle	85,8	88,2	95,8	86,5
Analyse du sang/groupage	68,5	78,9	91,6	71,8
Analyse de l'urine	59,1	72,5	91,6	63,7
Mesure de la hauteur utérine	76,0	80,6	87,1	77,6
Ecoute de l'embryon	59,9	64,2	85,5	61,9
Ecographie	43,2	50,0	81,3	46,1
Examen gynécologique	47,2	44,0	89,7	47,0
Information sur la position de l'embryon	47,0	51,0	85,5	49,0
Information reçues sur: régime alimentaire	34,2	31,1	55,7	33,8
Signes de gravité de grossesse	19,5	30,2	38,8	23,4
L'allaitement au sein	28,4	39,4	47,2	32,4
Le planning familial	20,9	32,6	38,8	25,1
Les MST/SIDA	11,9	16,3	43,0	14,0
Mutilation génitale féminine	12,1	13,0	25,6	12,7
Soin postnatal	12,6	10,0	30,1	12,3
Effectif	896	422	26	1365

9.2.3. LE LIEU DE SUIVI MEDICAL DE LA GROSSESSE

Le graphique 9-2 montre que les femmes djiboutiennes ont recours, en général, aux hôpitaux publics ou maternité ; car deux femmes sur trois le font. En fait, un tiers environ vont dans les centres médicaux publics et une minorité vont aux cliniques privées.

Graphique 9-1 : Répartition des femmes ayant fait suivre leur dernière grossesse selon le lieu de la dernière visite



On remarque que près de la moitié des femmes qui n'ont pas fait de suivi médical ont attribué cela à l'absence des services surtout dans les régions rurales et parmi les nomades.

9.2.4. ADMINISTRATION DE FORTIFIANTS ET VACCINATION CONTRE LE TETANOS PENDANT LA GROSSESSE

Le tableau 9-5 montre les taux de femmes qui on leur a administré des fortifiants et qui ont été vaccinées contre le tétanos pendant leur dernière grossesse, selon certaines caractéristiques. Selon le tableau, le pourcentage de femmes qui ont pris des comprimés de vitamine fer pendant leur dernière grossesse, au cours des cinq années précédant le sondage s'est élevé à 28%. En outre, 30,6% ont pris des vitamines et près de 64% ont pris au moins une dose contre le tétanos. Or, ces taux sont plus élevés entre les femmes urbaines qu'entre les femmes rurales et celles des nomades. Le taux diffère aussi selon le niveau éducatif des femmes.

Tableau 9.5 : Pourcentage des femmes ayant été administré du fer et des vitamines et pris des injections contre le tétanos pendant leur dernière grossesse, au cours de la période quinquennale précédent le sondage, selon certaines caractéristiques

Caractéristiques	Fer	Vitamines	Au moins une dose contre le tétanos	Nombre des naissances
Age à la naissance				
Moins de 20 ans	37,2	36,7	75,9	99
20 – 34	28,6	31,2	64,8	1241
35 – 49	24,3	27,4	60,7	430
Milieu de résidence				
Urbain	33,3	34,3	77,6	1307
Rural et nomades	13,2	20,1	27,1	462
Niveau d'éducation				
Analphabètes	24,4	27,9	59,1	1342
Lit et écrit	33,4	38,1	82,3	122
Cycle primaire	36,7	32,6	79,2	184
Cycle secondaire I	49,0	52,4	82,2	77
Cycle secondaire II+	52,6	44,2	81,4	42
Rang de naissance				
Premier enfant	32,3	33,1	70,6	336
2 – 3	29,0	34,9	64,0	562
4 – 5	26,4	25,7	67,1	416
6 ou plus	25,2	27,8	57,8	456
Total	28,0	30,6	64,4	1769

9.2.5. LES PROBLEMES SANITAIRES PENDANT LA GROSSESSE

Le pourcentage des femmes qui ont déclaré avoir souffert d'au moins un problème sanitaire durant leur dernière grossesse les cinq dernières années s'est élevé à 25%. Les taux de souffrance (d'un ou de plusieurs symptômes) varient entre 10,2% pour le mal de tête aigu, 9,8% pour l'hypertension, 9% pour les difficultés respiratoires, 8,6% pour œdème du visage ou du corps, 8,2% pour l'anémie et 5,1% pour les douleurs sous hypogastriques. Le tableau 9-6 illustre cette répartition.

Tableau 9-6 : Pourcentage des femmes ayant souffert de problèmes sanitaires durant leur dernière grossesse au cours des cinq années précédant l'enquête, selon certaines caractéristiques.

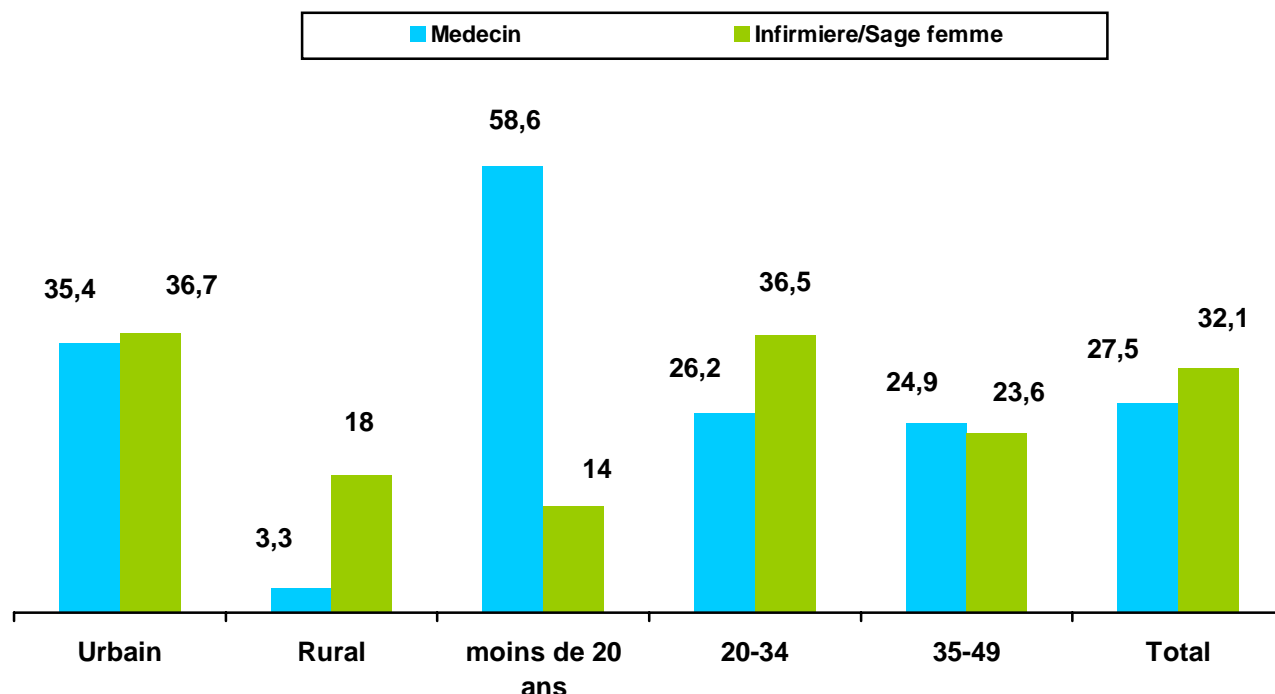
Caractéristiques	Hémorragie vaginale aiguë	Hypertension	œdème du visage ou du corps	Mal de tête aiguë	Douleurs hypogastriques	Fièvre	Difficultés respiratoires	Anémie	Au moins un symptôme	Effectif
Age à la naissance										
Moins de 20 ans	0,0	8,8	11,8	6,9	1,5	0,4	9,1	10,1	22,0	99
20-34	3,3	8,9	9,4	9,3	5,1	3,3	8,8	7,9	24,7	1241
35-49	1,9	12,6	5,7	13,6	5,7	7,2	9,5	8,8	25,9	430
Milieu de résidence										
Urbain	3,3	9,7	10,5	9,7	4,9	3,2	7,4	8,5	25,3	1307
Rural ou nomades	1,4	9,9	3,4	11,7	5,6	6,4	13,4	7,4	23,5	462
Niveau d'instruction										
Analphabète	2,4	9,7	7,5	9,4	4,5	4,1	8,7	7,7	23,9	1342
Lit et écrit	4,7	9,4	8,2	8,6	2,8	1,2	9,5	8,7	26,3	122
Cycle primaire	4,0	10,2	15,0	15,0	10,5	6,1	9,8	10,0	29,2	184
Cycle secondaire I	4,9	16,9	13,2	13,6	8,3	2,9	12,6	10,2	32,6	77
Cycle secondaire II	0,0	0,0	7,9	13,2	0,0	5,3	5,3	13,2	18,5	42
Total	2,8	9,8	8,6	10,2	5,1	4,1	9,0	8,2	24,9	1769

Il n'existe pas de disparités évidentes, selon le milieu de résidence et le niveau éducatif, entre les femmes qui ont souffert au moins d'un seul symptôme, or il en existe quant au genre du symptôme. On constate aussi, dans ce tableau, que des maux comme l'hypertension, le mal de tête aigu et la fièvre sont plus répandus entre les femmes les plus âgées au moment de la naissance tant dis que l'anémie est plus répandue entre les moins âgées.

Le graphique 9-3 manifeste les pourcentages des femmes qui ont souffert de problèmes sanitaires et ont eu recours à un médecin ou à une infirmière/sage femme et ce, selon l'âge à la naissance et le milieu de résidence.

Cet graphique montre qu'environ 28% de ces femmes ont eu recours à un médecin et 32% à une infirmière ou sage femme. Les taux sont plus élevés dans les régions urbaines que dans les régions rurales et nomades. Par ailleurs, les femmes les plus jeunes consultent le plus le médecin.

Graphique 9-3 : Pourcentage des femmes ayant souffert de problèmes sanitaires pendant leur dernière grossesse au cours de la période quinquennale précédent l'enquête, et ayant eu recours à un médecin ou à une infirmière/sage femme, selon le milieu de résidence et l'âge à la naissance



9.3. Les soins pendant l'accouchement

9.3.1. LE LIEU DE L'ACCOUCHEMENT

Le tableau 9-7 montre la répartition du dernier enfant né au cours de la période quinquennale précédent le sondage, selon le lieu d'accouchement et certaines autres caractéristiques. On relève qu'un accouchement sur quatre a été effectué à la maison et qu'environ 60% des accouchements se sont produits dans les hôpitaux. Dans les régions urbaines, 7% seulement des accouchements ont eu lieu à domicile tant dis que dans les régions rurales et des nomades 77% se sont effectués à la maison. On peut aussi remarquer la différence selon le niveau de l'éducation et l'âge de la mère à la naissance étant donné que le taux augmente entre les analphabètes et les femmes les plus âgées.

Tableau 9.7 : Répartition proportionnelle du dernier accouchement au cours de la période quinquennale précédant l'enquête, selon le lieu de l'accouchement et certaines caractéristiques.

Caractéristiques	Hôpital/ Maternité	Centre de santé/ Polyclinique	Clinique privée	Domicile	Autres/ND	Nombre des naissances
Age à la naissance						
Moins de 20	64,4	12,2	1,1	22,2	-	99
20 – 34	60,5	12,6	1,2	25,2	0,5	1241
35- 49	56,6	14,3	1,6	26,6	0,9	450
Rang de naissance						
Premier	61,5	14,1	2,4	21,4	0,6	336
2 – 3	60,9	12,7	1,0	24,7	0,8	562
4 – 5	61,2	13,5	1,0	23,5	0,8	416
6 ou plus	56,0	12,1	1,0	30,8	0,1	456
Milieu de résidence						
Urbain	74,4	16,4	1,6	7,0	0,6	1307
Rural et nomades	18,7	3,2	0,2	77,4	0,5	462
Niveau d'instruction						
Analphabète	53,4	13,2	0,6	32,5	0,3	1342
Lit et écrit	84,0	8,9	1,0	4,3	1,8	122
Cycle primaire	80,1	13,3	1,8	4,2	0,6	184
Cycle secondaire I	75,7	15,2	5,8	0,4	2,8	77
Cycle secondaire II +	76,3	10,5	13,2	0,0	0,0	42
Total	59,8	13,0	1,3	25,4	0,6	1769

Les résultats relèvent que près de 43% des femmes qui ont accouché à domicile ont attribué cela à l'absence du service nécessaire. Dans cette catégorie, l'accoucheuse traditionnelle s'est chargée de 81,2% des cas et les parents ou amis de 18%. Et dans moins de 1% des cas, le médecin est intervenu.

9.3.2 LES PROBLEMES SANITAIRES PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Les résultats de l'enquête ont montré que 19% des femmes qui ont accouché à la période quinquennale précédant l'Enquête, ont souffert d'au moins un des problèmes sanitaires mentionnés dans le tableau 9-8 durant leur dernier accouchement.

Tableau 9.8 : Pourcentage des femmes ayant accouché à la période quinquennale précédent l'enquête, selon les problèmes sanitaires qu'elles ont subis durant leur dernier accouchement et certaines caractéristiques

Caractéristiques	Travail fort pendant plus de 12 heures	Haute fièvre	Convulsions ou coma (non due à la fièvre)	Hémorragie vaginale	Au moins un symptôme	Nombre des naissances
Age à la naissance						
Moins de 20	14,3	3,4	3,9	8,1	21,3	99
20 – 34	11,6	3,7	2,2	8,1	19,0	1241
35 - 49	10,8	5,9	2,1	7,7	17,6	430
Milieu de résidence						
Urbain	11,4	4,4	2,7	5,5	17,2	1307
Rural /nomades	12,0	3,7	1,0	15,2	23,2	462
Total	11,5	4,2	2,3	8,0	18,8	1769

En général, les femmes rurales ou nomades ont souffert de ces maux plus que les urbaines. En fait, dans les zones rurales 23,2% des femmes ont souffert d'au moins un seul mal contre 17,2% dans les zones urbaines. Et l'on constate que l'hémorragie vaginale est le problème sanitaire le plus répandu surtout parmi les femmes rurales et les nomades. Par ailleurs, les moins âgées à la naissance souffrent plus de problèmes durant l'accouchement.

Les résultats obtenus ont montré aussi que dans 80% des accouchements au domicile, une lame ou un couteau ont été utilisés pour couper la corde ombilicale et que dans la moitié de ces cas le kohl a été utilisé pour traiter la plaie ombilicale.

9.3.3. LA NATURE DES ACCOUCHEMENTS ACCOMPLIS DANS DES INSTITUTIONS SANITAIRES

Le tableau 9-9 montre que le taux des accouchements normaux qui ont eu lieu dans des institutions sanitaires s'est élevé à 89%, tant dis que les accouchements par césarienne ont atteint 6%. Et dans 5% des cas, la ventouse ou le forceps ont été utilisés. On observe l'augmentation des opérations césariennes avec l'augmentation du niveau éducatif, le taux étant 21% environ parmi les diplômés du cycle secondaire et plus.

Tableau 9.9 : Répartition des derniers accouchements de la période quinquennale précédent l'enquête accomplis dans des institutions sanitaires, selon la nature de l'accouchement et certaines caractéristiques

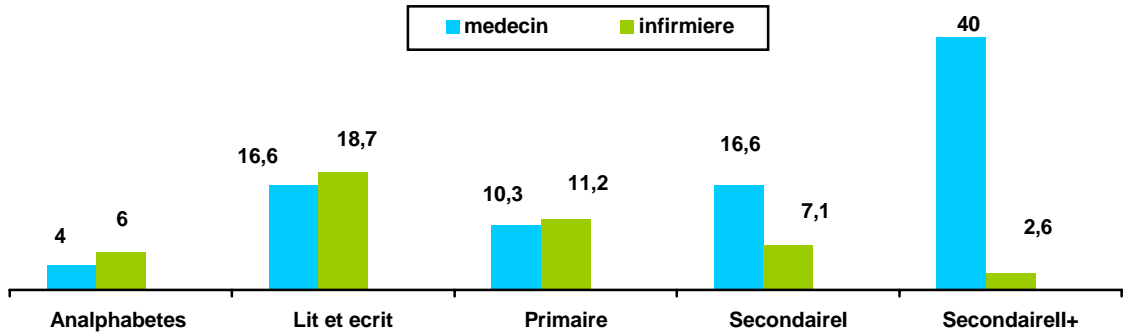
Nature de l'accouchement				
Caractéristiques	Accouchement naturel	Accouchement à l'aide de ventouse/forceps	Césarienne	Effectif
Age de la mère à la naissance				
Moins de 20	81,4	11,2	7,4	77
20 – 34	88,6	5,0	6,4	927
35 – 49	91,9	3,3	4,7	312
Milieu de résidence				
Urbain	88,8	5,1	6,1	1208
Rural ou nomade	91,1	3,5	5,4	102
Niveau d'instruction de la mère				
Analphabète	91,2	4,1	4,7	901
Lit et écrit	87,5	7,0	5,6	114
Cycle primaire	83,6	8,5	7,9	175
Cycle secondaire I	85,0	4,5	10,5	75
Cycle secondaire II	73,5	5,3	21,3	42
Total	89,0	5,0	6,1	1310

9.4. Le soin sanitaire postnatal

9.4.1 LE SOIN SANITAIRE POSTNATAL

Le pourcentage des femmes qui ont reçu un suivi médical postnatal après leur dernière grossesse les 5 dernières années n'a pas dépassé 14.4%. Le suivi par un médecin a été assuré dans 7% des cas. Ajoutons à cela que selon 7,4% des femmes, celles-ci ont été soignées par une infirmière ou une sage-femme. En fait, le Graphique 9-4 illustre le pourcentage des femmes ayant été soignées après l'accouchement par un médecin ou une infirmière/sage femme, selon le niveau éducatif. On en relève que les femmes instruites ont le plus recours au médecin que celles non instruites.

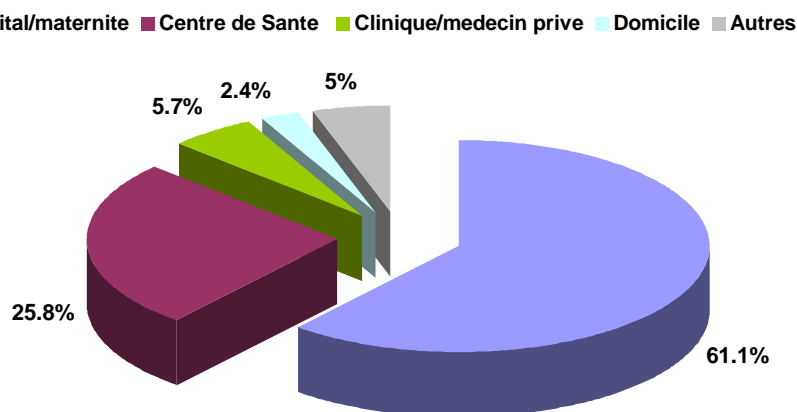
Graphique 9-4 : Pourcentage des femmes ayant reçu un soin postnatal par un médecin, une infirmière ou une sage-femme, après le dernier accouchement au cours des cinq années précédant l'enquête, selon le niveau d'instruction



Les données soulignent aussi que 9,1% des femmes urbaines ont été soignées par un médecin après l'accouchement contre 1% des femmes rurales/nomades.

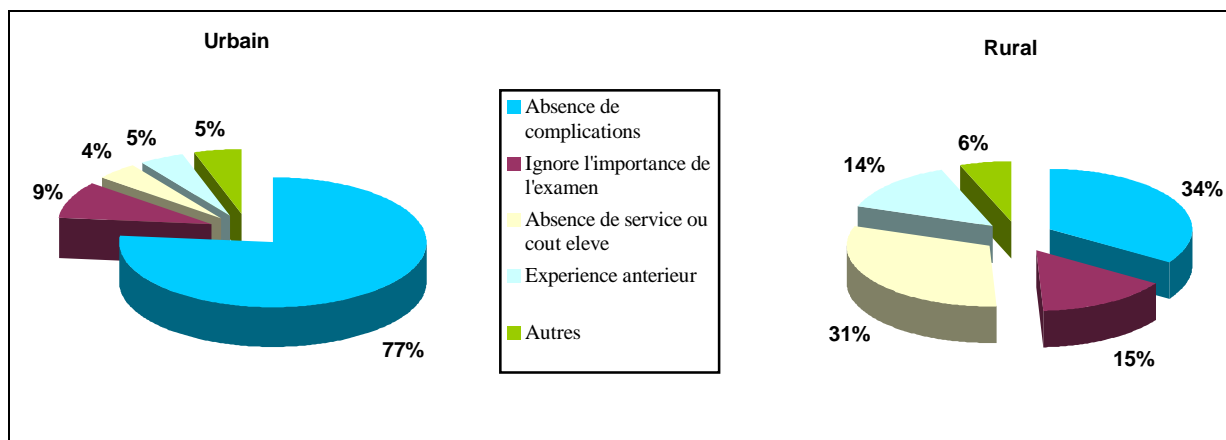
Par ailleurs, les résultats de l'enquête relèvent que 61% environ de celles qui ont reçu des soins postnatals, ont été soignées dans des hôpitaux/maternités, 26% dans des centres de santé, 6% dans des cliniques ou par des médecins privés et 2,4% a domicile et comme illustré dans le Graphique 9-5.

Graphique 9-5 : Répartition des femmes ayant reçu un soin postnatal après leur dernier accouchement, durant les 5 ans précédents l'enquête, selon le lieu de l'examen.



Le Graphique 9-6 montre que la majorité des femmes urbaines (77%) ont déclaré que la raison de non-consultation postnatale est l'absence de complications, contre 39% des femmes rurales et nomades. L'absence de services est la 21ème raison principale pour les femmes rurales et nomades avec un taux de 31,2% contre seulement 3,1% pour les femmes urbaines.

Graphique 9-6 : Répartition des femmes n'ayant obtenu aucun soin postnatal, après le dernier accouchement, au cours des cinq années précédant l'enquête, selon la raison principale et le milieu de résidence



9.4.2 COMPLICATIONS SANITAIRES POSTNATALES

Les femmes n'ont pas beaucoup souffert de complications sanitaires après l'accouchement, puisque le taux de celles qui ont souffert d'au moins une complication, au cours des six semaines postnatales, n'a pas dépassé 13,2% environ. Ainsi, le tableau 9-10 illustre le pourcentage des femmes ayant eu certaines complications, selon le milieu de résidence.

Tableau 9.10 : Pourcentages des femmes ayant souffert de complications postnatales, à la période quinquennale précédant l'enquête, selon le type des complications et le milieu de résidence

Complications	Milieu urbain	Milieu rural/nomade	Total
Hémorragie vaginale aiguë	2,9	7,8	4,2
Oedème et douleurs des jambes	3,1	0,7	2,5
Pertes vaginales malodorantes avec fièvre	3,2	4,9	3,6
Douleurs pulviennes accompagnées de fièvre	4,8	5,3	4,9
Lombalgie accompagnée de fièvre	5,0	6,7	5,4
Dorsalgie accompagnée de fièvre	6,6	8,2	7,0
Brûlures mictionnelles avec fièvre	2,8	1,1	2,4
Douleurs et gonflement mammaire avec fièvre	3,7	0,2	2,8
Incontinence urinaire ou fécale	0,8	0,1	0,6
Total	1307	462	1769

On constate que les femmes rurales et nomades souffrent plus de complications sanitaires postnatales ; étant donné que celles-ci ont souffert d'au moins une complication dans 16% des cas contre 12,2% des femmes urbaines. On remarque aussi que l'hémorragie vaginale aiguë et les pertes vaginales étaient plus faibles parmi les femmes urbaines.

De surcroît, une femme sur cinq ayant souffert d'une de ces complications, a eu recours à un médecin, et la plupart d'entre elles vivent dans les milieux urbains

puisque les femmes rurales ou nomades ne représentent que 0,4%. Il est à noter que 77% des femmes rurales ou nomades n'ont consulté personne contre 33% des femmes urbaines.

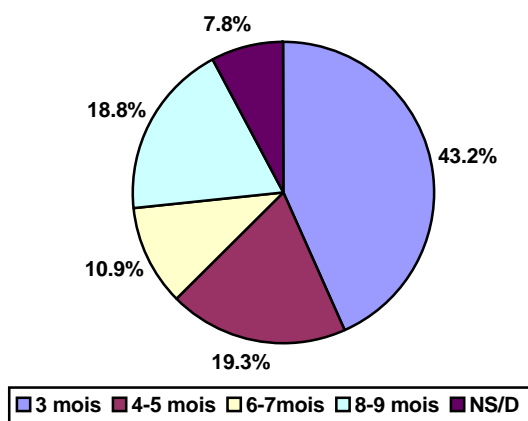
Quant aux causes pour lesquelles les femmes, souffrant de complications sanitaires postnatales, n'ont pas été pour une consultation, elles sont diverses. Un tiers des femmes ont souligné qu'elle n'en avait pas besoin, alors qu'une femme sur cinq a déclaré qu'elle utilisait un traitement traditionnel. Ajoutons à cela que 15% ont signalé l'absence du service médical et 9% ont mentionné le coût élevé de ce service.

9.5. Les pertes de grossesse : avortement, fausses couches ou mort-nés

Les résultats obtenus montrent que 8% des femmes mariées ou séparées ont perdu au moins une grossesse, au cours de la période quinquennale précédant l'enquête. On constate aussi que près de 17% des femmes ont perdu au moins un fœtus tout au long de leur vie reproductive. Par ailleurs, on relève que les taux des grossesses perdues dans les régions urbaines (18,7%) sont plus élevés que dans les régions rurales/nomades (11,6%). Au cours de la période quinquennale, le taux était 8,7% pour les femmes urbaines contre 6,1% pour les femmes rurales et nomades.

En outre, la durée moyenne de la dernière grossesse perdue durant les 5 dernières années était de 4.7 mois. En effet, la Graphique 9.7 montre que 43% des femmes ont perdu leur dernière grossesse durant leur 1er trimestre et 19% au cours des 4 à 5 mois de grossesse.

Graphique 9-7 : Répartition des femmes ayant perdu une grossesse durant les 5 dernières années, selon la durée de la grossesse



Les résultats obtenus ont montré que près de 16% des femmes ayant perdu une grossesse durant les 5 dernières années, ont fait suivre leur grossesse par un médecin (18,7% en milieu urbain et 4,3% en milieu rural/nomade), que 29% ont eu recours à une infirmière ou une sage-femme (31,9% femmes urbaines et 18,8% rurales/nomades) et que 55,4% n'ont eu recours à personne (49,6% dans les zones urbaines et 77% dans les zones rurales et nomades).

CHAPITRE 10 LES MALADIES CHRONIQUES ET DE REPRODUCTION PARMIS LES FEMMES

L'Enquête djiboutienne sur la santé de la famille a comporté un questionnaire sur l'étendue des maladies chroniques et de reproduction chez les femmes non célibataires (15-49), en vue d'évaluer leur état sanitaire et le soin médical qui leur est assuré.

10.1. L'état sanitaire

Une question a été posée aux femmes non célibataires (15-49 ans) pour connaître l'évaluation qu'elles font de leur propre état sanitaire en comparaison avec l'état de leur santé à l'année précédente.

En effet, l'Enquête a révélé que 35% des femmes estimaient qu'elles étaient en bonne santé et que 60% considéraient leur état sanitaire ordinaire tandis que 5% croyaient qu'elles étaient en mauvais état.

Répondant à une question sur la comparaison de leur état actuel avec celui de l'année précédente, 72% des femmes ont affirmé la stabilité de leur état sanitaire et 6% ont déclaré sa détérioration.

10.2. Les maladies chroniques répandues

Le tableau 10-1 montre le pourcentage des femmes non célibataires (15-49 ans) selon qu'elles sont atteintes de certaines maladies chroniques, le diagnostic fait par un médecin ou non et l'administration ou non d'un traitement régulier.

Le tableau montre que les maladies chroniques les plus répandues parmi les femmes sont l'hypertension, les maladies rénales et l'anémie. Par ailleurs, on constate que beaucoup de ces cas ont été diagnostiqués par un médecin.

10.3. Les maladies de la reproduction

L'appareil reproductif de la femme peut être atteint de certaines maladies dues à la répétition des grossesses et des accouchements, et les causes relatives aux changements d'hormones sous l'effet de l'âge. A cet égard, des questions ont été adressées aux femmes pour connaître les symptômes des maladies reproductives et leur importance.

Tableau 10.1 : Parmi les femmes non célibataires âgées de 15-49 ans, le pourcentage qui souffrent de maladies chroniques et ceux diagnostiquées par un médecin, et parmi elles le pourcentage qui prennent un traitement

Maladies	% souffrant de maladie chronique	% diagnostiqué par médecin	% prennent un traitement régulier	Effectif
Tuberculose	1,6	1,3	41,0	45
Diabète	0,8	0,7	55,8	21
Hypertension	4,7	3,6	42,6	128
Asthme	1,5	1,1	26,0	42
Maladies cardiaques	1,0	0,4	19,5	28
Maladies articulateurs	2,0	0,7	8,6	54
Maladies rénales	4,5	3,1	41,9	124
Maladies gastriques	1,4	1,2	68,6	39
Anémie	3,4	2,6	24,0	93
Goitre	0,5	0,3	37,0	15
Effectif	2741	2741		

Le tableau souligne aussi que la régularité d'administration du médicament diffère d'une maladie à une autre ; les taux varient entre 9% pour les maladies des articulaires et 69% pour les maladies gastriques.

Le tableau 10-2 et le graphique 10-1 reflètent les pourcentages des femmes non célibataires qui souffrent de symptômes prouvant la présence de maladies reproductives. Selon le tableau, 8,4% des femmes souffrent du collapsus de l'utérus qui est plus répandu en milieu urbain (9,7%) qu'en milieu rural (5%). Or, ce taux s'accroît chaque fois que les naissances augmentent. Les symptômes d'incontinence urinaire sont plus répandus dans les régions urbaines. L'infection urinaire est la maladie de la reproduction qui vient en deuxième lieu. Elle affecte de la même manière les femmes quelque soit leur milieu.

Le niveau d'éducation semble d'une manière générale peu déterminant. Les chiffres élevés pour les femmes ayant un niveau secondaire et plus, sont liés à la faiblesse de l'échantillon dans ce groupe.

Tableau 10.2 : Pourcentage des femmes non célibataires (15-49 ans) ayant déclaré souffrir de symptômes indiquant la présence de maladies reproductives, selon certaines caractéristique

Caractéristiques		% des femmes ayant des symptômes de				Effectif des femmes
		Collapsus de l'utérus	Incontinence urinaire	Infection urinaire	Infection vaginale	
Nombre des naissances vivantes	0	3,3	0,9	12,6	3,4	24
	1-2	7,4	2,2	6,3	2,2	822
	3-5	9,7	2,9	5,9	2,4	943
	6 ou +	9,6	3,0	8,0	2,5	727
Milieu	Urbain	9,7	2,8	7,2	2,8	1977
	Rural/nomade	5,0	1,8	7,1	1,7	764
Niveau éducatif	Analphabète	7,5	2,3	6,8	2,2	2148
	Lit et écrit	14,2	1,5	9,5	3,3	174
	Primaire	10,7	2,2	8,5	3,8	248
	Secondaire I	11,0	3,3	8,0	2,6	106
	Secondaire II +	8,8	12,3	8,9	5,3	63
Total		8,4	2,5	7,2	2,5	2741

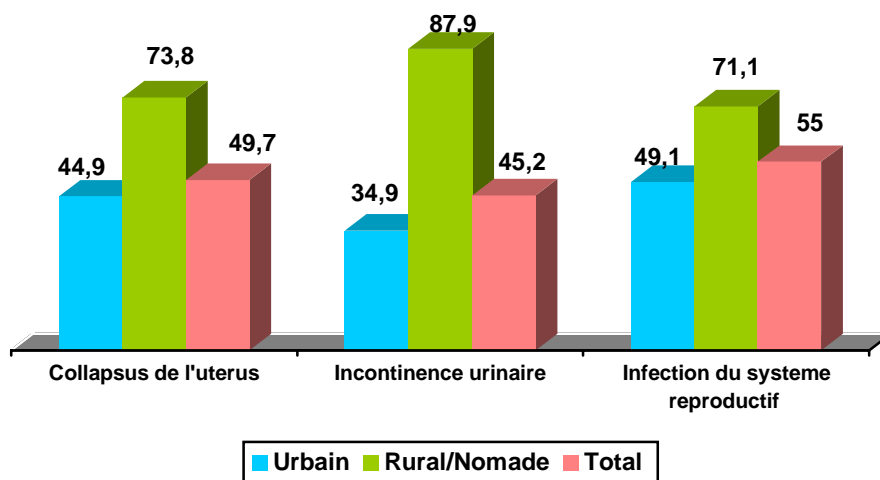
En ce qui concerne les femmes qui ont demandé une consultation médicale, le tableau 10-3 montre que presque la moitié des femmes ayant eu des symptômes n'ont pas demandé de consultation ; sachant que la majorité des femmes sont issue de milieu rural et nomade.

Tableau 10.3 : Pourcentages des femmes non célibataires ayant souffert de symptômes des maladies de la reproduction selon la personne consultée et le milieu de résidence

Personne consultée	Collapsus de l'utérus			Incontinence urinaire			Infection urinaire et/ou vaginale		
	Urbain	Rural/Nomade	Total	Urbain	Rural/Nomade	Total	Urbain	Rural/Nomade	Total
Médecin	32,2	13,7	29,1	41	0	32,9	29,2	7,1	23,2
Infirmière/Sage femme	16,9	1,1	14,3	22,7	0	18,2	13,2	9,2	12,6
Pharmacien	0,8	0	0,6	2,6	0	2,1	2,3	0,6	1,8
Accoucheuse traditionnelle	0,8	0	0,7	0	0	0	0	0	0
Guérisseur traditionnel	5,6	11,4	6,6	1,1	12,2	3,3	1,2	0,7	1,1
Herboriste	0,6	0	0,5	0	0	0	1	0	0,7
Auto-médication	0,6	0	0,5	2	0	1,6	1,4	1,3	1,3
Parents	0,6	0	0,5	1,6	0	1,3	0	0,7	0,2
Autres	0	0	0	2,1	0	1,7	0	0,6	0,2
Pas de consultation	44,9	73,8	49,7	34,9	87,8	45,2	49,1	71,1	55
Effectif	192	38	230	56	14	69	162	60	222

Ce tableau montre que le recours au médecin est plus répandu dans les régions urbaines. Par contre, les femmes rurales et les nomades ont davantage recours au guérisseur traditionnel, leur taux étant 11,4% pour le collapsus de l'utérus et 12,2% pour l'incontinence urinaire.

Graphique 10.1 : Pourcentages des femmes ayant des symptômes maladiques de reproduction et n'ayant reçu aucune consultation, selon le milieu de résidence



Quant aux causes pour lesquelles des femmes n'ont pas demandé de consultation, elles varient entre l'indisponibilité du service et le fait que la femme estime que la consultation n'est pas nécessaire ou bien qu'elle soit inutile. En outre, le coût élevé de ce service constitue également un obstacle, tel qu'il est évident dans le tableau 10-4.

Tableau 10.4 : Pourcentages des femmes n'ayant pas demandé de consultation, selon la cause et le milieu de résidence

Cause de la non consultation	Collapsus de l'utérus	Infection urinaire et/ou vaginale	Incontinence urinaire
Juge inutile	34,7	36,7	41,8
Coût élevé	23,4	15,5	26,5
Service non disponible	6,4	15,0	10,0
Occupée/le mari occupé	11,5	6,9	6,2
Le problème n'est pas très sérieux	10,0	10,1	4,6
Autres	11,7	1,6	7,1
Effectif des femmes	116	137	31

10.4. Les problèmes sanitaires relatifs à la menstruation

Beaucoup de femmes souffrent de troubles menstruels. L'enquête a voulu alors étudier les problèmes menstruels dont souffrent certaines femmes notamment la durée, l'abondance et les effets de la menstruation. Le tableau 10-4 montre les pourcentages de ces troubles.

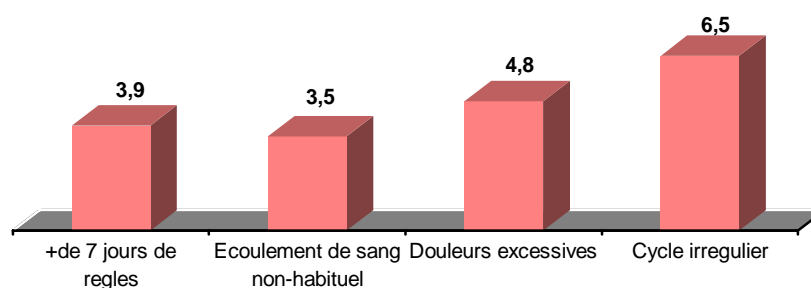
Tableau 10.5 : Pourcentage des femmes non ménopausées et non-enceintes (19-45 ans), qui souffrent de troubles menstruels, selon certaines caractéristiques

Caractéristiques	+ de 7 jours de règles	Écoulement de sang non-habituel	Douleurs excessives	Cycle irrégulier	Effectif
Age					
15 – 19	4,7	-	2,4	2,4	47
20 – 24	5,0	4,2	6,1	5,4	214
25 – 29	2,8	3,3	4,0	5,7	457
30 – 34	3,1	2,4	2,6	7,7	480
35 – 39	4,4	3,2	6,4	7,2	430
40 – 44	5,5	5,3	6,7	6,4	384
45 – 49	2,7	3,7	4,0	5,4	155
Nombre des naissances vivantes					
Aucune	4,8	3,1	6,2	12,7	189
1 – 2	4,4	3,8	4,2	6,6	649
3 – 5	2,9	2,8	4,2	4,2	750
+ 6	4,5	4,1	5,9	7,2	579
Milieu de résidence					
Urbain	4,6	4,2	5,4	6,7	1574
Rural/nomade	2,2	1,7	3,3	5,8	593
Total	3,9	3,5	4,8	6,5	2167

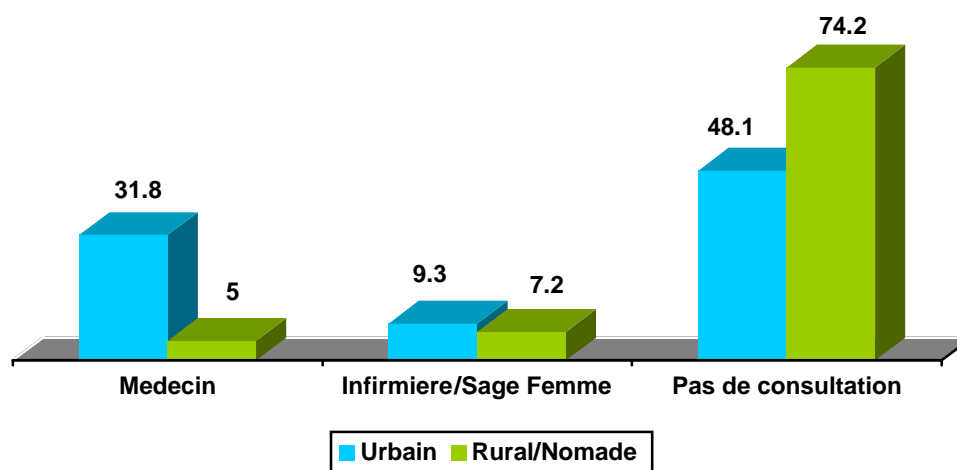
Les résultats nous font savoir que 4% des femmes questionnées souffrent de la longue durée de leurs règles (plus de 7 jours), près de 3,5% des cas souffrent d'un écoulement de sang non-habituel, et 4,8% de douleurs excessives ou d'invalidité. Il est à noter que les troubles menstruels augmentent parmi les femmes qui n'ont pas d'enfants et celles qui ont eu six enfants ou plus. Par ailleurs, les femmes urbaines souffrent le plus des troubles menstruelles. On constate que plus que la moitié des femmes n'ont demandé aucune consultation pour leur problème de règles.

La Graphique 10-4 montre que plus de trois femmes rurales ou nomades sur quatre qui ont souffert de troubles menstruels au cours des trois mois précédant l'enquête, n'ont pas demandé de consultation, tant dis que la moitié des femmes urbaines ont eu recours à la consultation. Selon le graphique, 32% des femmes urbaines ont eu recours au médecin contre 5% des femmes rurales ou nomades.

Graphique 10.2 : Pourcentage des femmes non-menauposées et non-enceintes qui souffrent de troubles menstruels



Graphique 10.3 : Pourcentage des femmes ayant des troubles menstruels selon la personne consultée par les troubles et le milieu de résidence



Quant aux causes de la non consultation, 25% des femmes la trouvent inutile, 12% coûteux et plus de 25% l'indisponibilité du service.

10.5. Le lieu du soin médical reçu et les obstacles

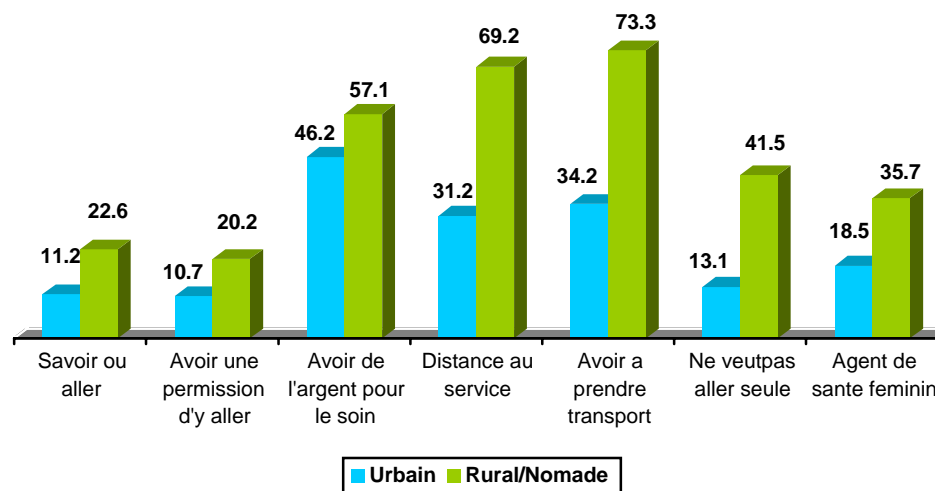
Le tableau 10-6 montre le lieu où se rend habituellement la femme pour recevoir un soin médical. 38,8% des femmes vont dans un hôpital, et 43,2% dans un centre de santé. Or, cela varie selon le lieu de résidence et le niveau éducatif, étant donné que 27% des femmes rurales ou nomades reçoivent le soin à la maison contre 7,2% des femmes urbaines. Par ailleurs, 70,5% des femmes rurales ou nomades ont recours à un hôpital, maternité ou un centre de santé, contre 85,7% en milieu urbain.

Il faut aussi savoir que 15% des femmes analphabètes reçoivent le soin à la maison, or ce taux diminue jusqu'à atteindre 1,8% pour les femmes qui ont complété au moins le cycle II des études secondaires.

Tableau 10.6 : Répartition des femmes non célibataires (15-49 ans), selon la source habituelle des soins médicaux et certaines caractéristiques

Caractéristiques	Hôpital maternité	Centre de santé	Clinique /médecin privé	A domicile	Autres	NSP /PS	Effectif
Nombre des naissances							
Aucune	26,8	46,0	5,2	20,4	1,0	0,6	249
1 – 2	37,8	43,9	6,3	11,0	0,7	0,3	822
3 – 5	39,6	42,5	4,3	12,4	0,3	0,8	943
+ 6	41,0	42,2	2,9	12,4	1,0	0,5	727
Milieu de résidence							
Urbain	43,8	41,9	5,6	7,2	0,8	0,7	1977
Rural ou nomade	24	46,5	2,0	27,1	0,2	0,2	764
Niveau d'instruction							
Analphabète	35,8	45,3	3,1	14,7	0,7	0,5	2148
Lit et écrit	43,7	44,7	3,2	6,5	0,6	1,3	174
Primaire	52,9	33,3	6,5	6,6	0,4	0,1	248
Secondaire I	41,1	32,1	22,6	3,1	-	1,0	106
Secondaire II+	46,4	25,2	24,9	1,8	1,8	-	63
Total	38,3	43,2	4,6	12,7	0,6	0,5	2741

Graphique 10.4 : Proportion des femmes non célibataires (15-49 ans) qui ont souligné la présence de difficulté entravant le recours aux soins sanitaires, selon la nature des difficultés et le milieu de résidence



En ce qui concerne les difficultés entravant le recours au soin médical ou à un traitement, le Graphique 10-5 prouve que la difficulté principale est le manque d'argent (49,3%), puis le besoin d'avoir à prendre un moyen de transport (45,1%), puis la distance du centre de service (41,8%). Le graphique montre aussi que le manque d'argent est l'obstacle le plus important en milieu urbain, et le manque d'un moyen de transport en milieu rural et nomade.

CHAPITRE 11

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

L'initiative commune de la Banque Mondiale et de l'OMS a permis de conférer une priorité plus grande à la lutte contre les IST/SIDA en République de Djibouti. Dans ce cadre a eu lieu la première enquête sur la prévalence VIH de la population. Grâce à cette enquête il a été possible de disposer des premières estimations fiables sur la séro-prévalence à Djibouti. La diversité des informations recueillies lors de l'enquête PAPFAM contribuera sans nul doute à mieux cerner la question des IST/SIDA à Djibouti.

11.1. Connaissances des IST/SIDA

Le tableau 11.1 présentent les pourcentages des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant entendu parler de IST Sida. Ils nous permettent de distinguer les connaissances spontanées des enquêtées en la matière d'une part et les connaissances spontanées des différentes IST et le SIDA.

Tableau 11.1 : Pourcentage de femmes mariées ayant des connaissances des MST

	Type de connaissance		Proportion totale des femmes ayant pris connaissance des MST
	Connaissance spontanée	Connaissance assistée	
Syphilis	25.3	17.5	42.8
Gonorrhée	17.6	20.9	38.5
Mycoses	16.0	19.8	35.9
VIH/SIDA	68.4	10.2	78.6

En hiérarchisant les différentes IST, le sida est de loin le plus connu des maladies sexuellement transmissibles avec 68.4% des enquêtées qui l'identifie de façon spontanée et 10.2% après suggestion soit au total 78.6%. En seconde position nous avons la syphilis qui est reconnue spontanément par un quart de la population (25.3%). La Gonorrhée ou chaude pisse et les Mycoses sont connues par respectivement 38.5 et 35.9% de la population. Enfin 3.3% des femmes enquêtées sont capable des citer spontanément ou non une autre MST.

En conclusion le niveau de connaissance des MST reste relativement modeste, et même si le SIDA est connu par une bonne majorité des femmes il n'en demeure pas moins qu'un peu moins d'un quart de la population enquêtée n'en a jamais entendu parler. Ce résultat peut paraître quelque part décevant mais il ne faut pas perdre de vue que la lutte contre les IST/SIDA n'a jusqu'à récemment pas bénéficié de rang de priorité.

Les résultats font apparaître une disparité du niveau de connaissance des femmes selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. En effet, 83.6% des femmes urbaines déclarent avoir pris connaissance du SIDA contre 65.6% des femmes paysannes, cette différence est aussi observée au niveau des autres MST. Aussi, le degré de connaissance du SIDA augmente avec le niveau d'instruction pour atteindre 96.5% parmi les femmes ayant un niveau secondaire II et plus.

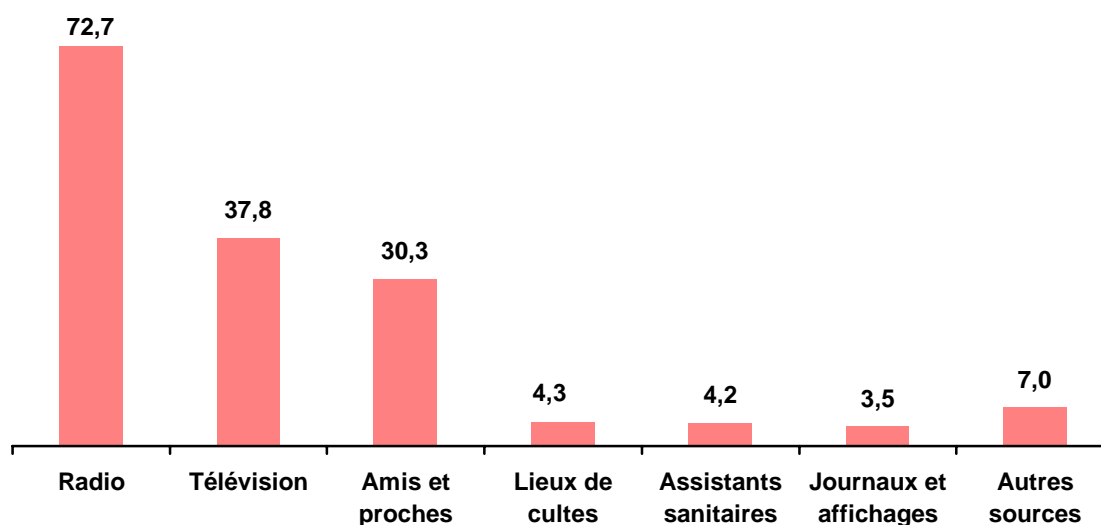
Tableau 11.2 : Parmi les femmes non célibataires âgées de 15-49 ans, le pourcentage qui connaissent différentes MST selon la maladie, par âge, nombre d'enfants nés vivants, milieu, niveau d'instruction et état actuel d'emploi, EDSF 2002

Caractéristiques	Maladie				Nombre de femmes
	Syphilis	Gonorrhée	Mycoses	SIDA	
Lieu de résidence					
Urbain	48.0	41.9	39.9	83.6	1977
Rural	29.3	29.8	25.3	65.6	764
Niveau d'instruction					
Analphabète	39.5	36.9	34.2	76.0	2148
Lire et écrire	42.6	33.5	28.0	86.2	174
Primaire	58.9	51.7	49.9	86.1	248
Secondaire I	68.2	48.2	46.4	91.1	106
Secondaire II et plus	52.4	41.6	41.6	96.5	63
Ensemble	42.8	38.5	35.9	78.6	2741

11.2. Les connaissances spécifiques aux VIH/SIDA

La radio et la télévision, ainsi que les amis et proches représentent les trois principales sources d'information sur le SIDA citées par respectivement 72.7%, 37.8% et 30.3% des femmes enquêtées.

Graphique 11.1 : Pourcentage des sources d'information citées par les femmes ayant déclaré connaître le SIDA



Les sources écrites constituent les canaux d'information les moins performants puisqu'elles sont citées par 3.5% seulement des femmes. Cet résultat est logistique compte tenu du fait que le niveau globale d'éducation des femmes est très faible. Malgré tout la faiblesse des scores relatifs a de quoi surprendre. L'information véhiculée par le personnel de santé et dans les lieux de cultes arrivent presque à égalité avec respectivement 4,2% et 4,3%.

La prise en compte des caractéristiques des enquêtées ne bouleverse pas fondamentalement la hiérarchie des sources ci-dessus décrits. L'âge variable relativement bien discriminant n'introduit en l'occurrence aucune précision supplémentaire. On relèvera cependant la très relative prépondérance de la source d'information amis / parents qui reste un peu au dessus de la moyenne pour les femmes âgées de 15 à 19 ans.

Les amis/parent avec 40% et la radio constituent les seules sources d'informations des femmes rurales et nomades. De ce fait, l'approche stratégique de la communication des pairs se justifie encore plus pour ce dernier groupe et pour les 15-19 ans. Par ailleurs, on constatera également que les variables niveau d'éducation et l'occupation professionnelle réhabilitent quelque peu les supports écrits sans pour autant changer la hiérarchie des sources. En effet, les femmes actives et éduquées placent également les sources TV et radio en tête.

11.3. Mode de transmission et de prévention du SIDA

Concernant la transmission du VIH/SIDA les femmes enquêtées citent en premier lieu la voie sexuelle (84.1%), suivie par la non utilisation du condom (17.4%) et la transfusion sanguine (16.8%). Les instruments souillés et les pratiques traditionnellement néfastes recueillent respectivement 7.7% et 3.9%.

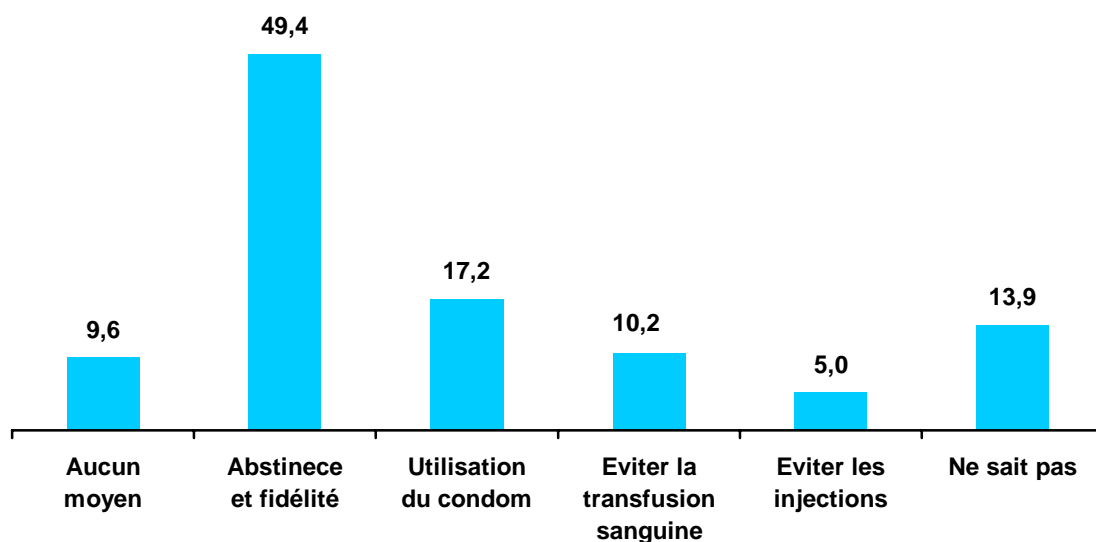
Tableau 11.3 : Parmi les femmes ayant déclaré connaître le SIDA, pourcentage de celles qui connaissent les modes de transmission

Caractéristiques	Connaissance en matière de transmission du SIDA						Nombre de femmes
	Voie sexuelle	Non utilisation du condom	Transfusion sanguine	Injections	Pratiques traditionnelles	Ne sait pas	
Lieu de résidence							
Urbain	89.3	19.8	20.2	9.5	4.1	8.2	1653
Rural	66.9	9.5	5.5	1.8	3.3	27.9	501
Niveau d'instruction							
Analphabète	81.2	14.9	14.0	6.1	3.7	15.6	1633
Lire et écrire	89.7	19.6	20.8	9.5	1.6	6.7	150
Primaire	92.5	27.4	22.0	15.6	6.3	3.3	213
Secondaire I	98.8	30.1	29.7	13.9	8.4	0.0	96
Secondaire II et plus	96.4	25.2	41.0	9.1	0.6	3.6	61
Ensemble	84.1	17.4	16.8	7.7	3.9	12.7	2155

Elles sont tout de même 12,7% des sondées à déclarer ne connaître aucun moyen de transmission. Dans ce groupe, on retrouve plus du quart des rurales et nomades suivie par les analphabètes avec 15,6%.

Ce niveau de connaissance se traduit sur la perception des femmes de la prévention. Lorsqu'on demande aux femmes de citer une ou plusieurs façon d'éviter une contamination par le VIH/SIDA, elles évoquent dans une proportion de 49,4% un rapport sexuel sans risque sans précisions supplémentaire considérant l'abstinence et la fidélité comme rempart à cette transmission. De plus, elles sont 17,2% à évoquer expressément le préservatif comme moyen de prévention, 10,2% affirment qu'il faut éviter la transfusion sanguine et 5% les injections. Elles sont enfin 9,6% à déclarer qu'il n'a y pas moyen d'éviter cette maladie et que 13,9% ne connaissent aucun moyen pour éviter la contamination.

Graphique 11.2 : Parmi les femmes ayant déclaré connaître le SIDA, pourcentage de celles qui connaissent les moyens pour éviter la contamination



CHAPITRE 12

ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

12.1. Méthodologie

Pour analyser et expliquer les résultats de l'enquête sur l'état nutritionnel des enfants âgés de moins de 5 ans (0-59 mois) les paramètres Poids, Taille et âge des enfants ont été prise et les 3 indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel Taille –pour-Age (T/A), Poids –pour-Taille (P/T) et Poids –pour-Age (P/A) ont été calculé. Chacun indicateur a été étudié en fonction de l'âge, du sexe et du milieu de vie des enfants. Les résultats de l'enquête des tableaux 12.1 et 12.2 ont été exploités.

12.2. Analyse des résultats

Le Tableau 12.1 révèle qu'en moyenne, 23% des enfants âgés de moins de 5 ans souffrent de Retard de Croissance (RC), 17,9% d'entre eux de Sous-Nutrition Aiguë (SNA) et 26,8% sont atteints d'Insuffisance Pondérale (IP). On remarque aussi que les formes sévères de RC et d'IP touchent respectivement, en moyenne, 8,9% et 8,3% des enfants.

Ces trois formes de malnutrition ont été étudiées en fonction de l'âge, du sexe et du milieu de vie de ces enfants.

Tableau 12-1 : Pourcentage des enfant moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale, de retard de croissance et sous-nutrition

	Insuffisance Pondérale - IP		Retard de Croissance - RC		Sous-Nutrition SN		Nombre d'enfant
	< 2 E.T modéré	< 3 E.T sévere	< 2 E.T modéré	< 3 E.T sévere	< 2 E.T modéré	< 3 E.T sévere	
Age (mois)							
< 6 mois	6.5	3.5	9.9	2.6	17.5	5.5	125
6-9	43.4	10.4	24.7	3.4	28.1	12.7	98
110-1	48.2	14.2	34	12.5	20.7	9.6	42
12-15	29	12.7	22.4	7.7	23.5	9.7	233
16-23	29.8	12	39.7	20.4	12.2	4.7	135
24-35	29.6	8.7	25.5	11	19.1	2.7	381
Ensemble(0-35)	28.7	9.8	25	9.8	20	6.2	1015
36-47	26.4	5.9	21.9	8	16.3	5.6	393
48-59	22.3	6.6	18.9	7.6	14	5.6	397
Sexe							
Garçons	27	8.6	25.5	9.5	17.8	5.5	920
filles	26.6	7.9	20.4	8.3	17.9	6.4	886
Milieu							
Urbain	25.2	7.9	22	8.8	16.2	5.1	1464
Rural/nomade	33.7	9.8	27.1	9.3	24.9	9.4	342
Total	26.8	8.3	23	8.9	17.9	5.9	1806

L'analyse des résultats du Tableau 12.1 montre que :

- l'IP touche plus gravement, par rapport à la moyenne, les enfants âgés de 6-9 mois (pic de 43,4% d'IP modéré et de 10,4% d'IP sévère) et de 10-11 mois (pic de 48,2% d'IP modéré et de 14,2% d'IP sévère) ;

- le RC touche plus gravement, par rapport à la moyenne, les enfants âgés de 10-11 mois et 16-23 mois, avec respectivement des pics de 34% de RC modéré et 39,7% de RC sévère. Les taux de RC sévère les plus importants se retrouvent également chez ces mêmes tranches d'âge, avec respectivement 12,% et 20,4% ;
- les taux de SNA modérée significativement plus élevés que la moyenne se retrouvent chez la tranche d'âge de 6-9 mois avec un taux de 28,1% et la tranche d'âge de 12-15 mois avec un taux de 23,5%. Ce sont les enfants de ces deux mêmes tranches d'âge qui présentent les taux de SNA sévère les plus élevés.

Les enfants de moins de 6 mois sont plus atteints par la SNA, avec un taux de 17,5% de forme modérée et 5,5 de forme sévère, que par les deux autres types de malnutrition.

L'IP et le RC sont plus importants chez les garçons que chez les filles, avec respectivement 27% contre 26,6% et 25,5% contre 20,4%. La SNA touche de la même façon les garçons et les filles.

En fonction du milieu de vie, les résultats montrent que les enfants du rural sont plus victimes de trois types de malnutrition que les enfants en milieu urbain. Dans l'urbain, les taux sont très proches des valeurs moyennes alors que dans le rural, ces taux sont bien supérieurs aux valeurs moyennes. Mais il faut noter que l'effectif des enfants du rural est plus de 4 fois plus réduit que celui de l'effectif des enfants de l'urbain.

La comparaison de la variation des taux de malnutrition des enfants en fonction du milieu est peu fiable dans cette enquête du fait du faible effectif des enfants du rural.

Le tableau 12.2 étudie l'état nutritionnel des enfants de moins de 3 ans (0-35 mois) selon les trois indicateurs anthropométriques Taille – pour-Age (T/A), Poids -pour-Taille (P/T) et Poids –pour-Age (P/A) en fonction de l'âge, en mois, des enfants.

L'analyse du pourcentage d'enfants de même âge présentant un Retard de Croissance (Taille –pour-Age < -2ET) en fonction de l'âge, en mois, des enfants de moins de 3 ans, révèle nettement que dans la première année de vie, les enfants de 3 mois (33,1% à -2ET), de 9mois (41,2% à -2ET) et ceux de 11 mois (42% à -2ET) sont les plus touchés par le Retard de Croissance (RC).

Dans la deuxième année de vie, les enfants âgés de 16 mois, 19 mois, 20 mois, 21 mois, 22 et 23 mois, présentent des% d'enfants atteints de RC (% à -2ET) bien supérieurs à la moyenne (34,8% à -2ET), avec des pics à 19 mois (62,5% à -2ET), 20 mois (48% à -2ET) et 21 mois (53,4% à -2ET). Au cours de la deuxième année de vie, les enfants semblent plus sensibles au Retard de Croissance que durant la première année.

Pour la troisième année de vie, seul le groupe d'âge de 30 mois présentent un% d'enfants atteints de RC (41,9% à -2ET) bien supérieur à la moyenne.

Pour l'indicateur P/T, étudiant la sous-nutrition aiguë chez les enfants, l'analyse montre que dans la première année de vie, les enfants de 4 mois (38,3% à -2ET), de 7 mois (43,5% à -2ET), de 8 mois (35,8% à -2ET) et 11 mois (33,5% à -2ET) sont bien plus touchés par rapport à la moyenne (21,8% à -2ET).

Dans la seconde année de vie, les enfants âgés de 15 mois (34,3% à -2ET), 21 mois (31,1% à -2ET) et 22 mois (30,1% à -2ET) présentent des% de sous-nutrition supérieurs à la moyenne (21,8% à -2ET).

Pour la troisième année de vie, seul le groupe d'âge de 27 mois (30% à -2ET) présente un% de sous-nutrition supérieur à la moyenne.

Les enfants semblent plus sensibles à la sous-nutrition durant la première année de vie.

Pour l'Insuffisance Pondérale (IP), on remarque qu'elle se manifeste chez les enfants qu'à partir de 4 mois. Durant la première année de vie, seules les enfants âgés de 7 mois (48,4% à -2ET), de 9 mois (56,6% à -2ET) et de 11 mois (62,3% à -2ET) présentent des% d'IP supérieure à la moyenne (35,1% à -2ET).

Au cours de la seconde année de vie, ce sont les groupes d'âge de 15 mois (42,2% à -2ET), et 22 mois (41,1% à -2ET) qui sont victimes de l'IP plus que la moyenne.

Dans la troisième année de vie, il n'y a pas de groupes d'âge présentant un pic d'IP significatif par rapport à la moyenne.

12.3. Conclusions

En conclusion, on note que :

- les enfants âgés de 7, 15 et 22 mois présentent à la fois des% de sous-nutrition aiguë et d'IP significativement supérieurs aux moyennes ;
- les enfants âgés de 9 mois présentent à la fois des% de RC et d'IP significativement supérieurs aux moyennes ;
- les enfants de 15, 21 et 22 mois présentent à la fois des% significativement supérieurs aux moyennes pour les trois formes de malnutrition ;

CHAPITRE 13 MORTALITE INFANTILE

La baisse du taux de mortalité infantile est considérée comme l'un des principaux objectifs des politiques et programmes sanitaires dans différents pays. La mortalité de manière générale et celle des enfants particulièrement représentent un indicateur pertinent de l'état de santé et des conditions de vie d'une société. Son évolution met en relief le degré de succès ou d'échec des différentes politiques de population.

Cette partie analyse les informations, recueillies dans le cadre de l'enquête sur la santé de la famille, sur le niveau de la mortalité, ainsi que de son évolution et sa disparité, pour les enfants de moins d'un mois, les enfants âgés de un à onze mois, les enfants de moins d'un an et les enfants de moins de cinq ans.

L'estimation des taux de mortalité s'est basée sur l'historique des naissances faites par chaque femme commençant par le premier enfant. Pour chaque naissance, il a été procédé à la collecte des informations sur son sexe, son mois et son année de naissance, sa survie, son âge actuel et éventuellement son âge à son décès. Ces informations permettent d'estimer directement les taux de mortalité infantile.

Il y a lieu de souligner que la robustesse des estimations basées sur l'historique des naissances est fortement liée au niveau de couverture de l'enregistrement des mortalités des enfants et au degré de fiabilité des déclarations des dates de décès ou de l'âge au décès. Notons que la précision des données apporte beaucoup d'éclairage sur l'évolution dans le temps de la mortalité infantile. Les informations statistiques consignées dans ce chapitre ont subi un redressement préliminaire, il est conseillé d'utiliser ces statistiques avec un peu de précaution.

13.1 Le niveau de la mortalité infantile

Les résultats de l'enquête montrent des taux de mortalité infantile et juvénile élevés, ils se sont situés pour les deux sexes respectivement à 99.8 et à 127 pour mille naissances vivantes. La mortalité des filles (107.2 pour mille) est plus élevée que celle des garçons (92.4 pour mille), notamment la mortalité néonatale (65.8 pour mille contre 43.8 pour mille), et ce malgré le faible niveau des naissances des filles par rapport aux garçons. Ceci peut être dû au manque de déclaration de la mortalité des garçons âgés de 1 à 11 mois.

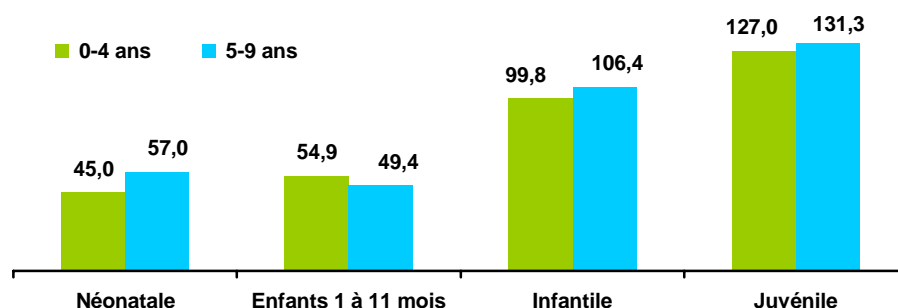
Tableau 13.1 : Estimations des taux de mortalité infantile (pour mille) selon le sexe durant les cinq années précédant l'enquête

Sexe	Taux de mortalité			
	Néonatale	Enfants 1 à 11 mois	Infantile	Juvénile
Masculin	48.6	43.8	92.4	122.4
Féminin	41.4	65.8	107.2	131.5
Ensemble	45.0	54.9	99.8	127.0

13.2 Evolution des taux de mortalité

La comparaison au cours des deux périodes quinquennales précédant l'enquête montre une baisse importante des taux de mortalité infantile et juvénile. Cette dernière est passée de 131.1 pour mille naissances vivantes au cours des 5-9 ans précédant l'enquête à 127 pour mille au cours des cinq années précédant l'enquête. De même la mortalité infantile a connu une baisse de 106.4 pour mille à 99.8 pour mille au cours de la même période. La mortalité néonatale a enregistré la même tendance à la baisse, en revanche la mortalité des enfants âgés de 1 à 11 mois s'est accrue de 5.5 points passant de 49.4 pour mille au cours des 5-9 ans précédant l'enquête à 54.9 pour mille au cours de la dernière période.

Graphique 13-1 : Taux de mortalité infantile(pour mille) pour les deux périodes quinquennaux précédant l'enquête



13.3 Disparité des taux de mortalité infantile

Le taux de mortalité des enfants décédés avant l'âge de 12 mois s'est situé, au cours des dix années précédant l'enquête, à 103 pour mille naissance vivantes, quant au taux de mortalité juvénile, il a atteint 129 pour mille au cours de la même période. Les résultats montrent aussi une forte disparité des taux de mortalité selon le milieu et le niveau d'instruction de la mère.

Tableau 13-2 : Taux de mortalité infantile(pour mille) durant les dix dernières années précédant l'enquête selon quelques propriétés

Caractéristiques	Taux de mortalité			
	Néonatale	Enfants 1 à 11 mois	Infantile	Juvénile
Sexe				
Masculin	61.2	45.4	106.5	134.9
Féminin	40.1	59.4	99.4	123.2
Lieu de résidence				
Urbain	51.7	52.2	103.9	122.6
Rural	48.1	52.6	100.7	147.3
Niveau d'instruction				
Analphabète	52.5	56.6	109.1	137.8
Lire et écrire	56.3	44.9	101.2	120.2
Primaire	41.2	35.4	76.7	93.5
Secondaire et plus	32.6	23.0	55.6	55.6
Ensemble	50.8	52.2	103.0	129.1

CHAPITRE 14

ALLAITEMENT MATERNEL ET SEVRAGE DES ENFANTS AGES DE MOINS DE TROIS ANS

Pour l'analyse et l'explication des résultats de l'EDFS en matière d'allaitement maternel et de sevrage des enfants âgés de moins de trois ans, les tableaux donnant la variation des paramètres « % d'enfants ayant été allaités et leur répartition selon l'heure de la première tétée, la répartition de ceux n'ayant pas été allaités au sein selon la raison, la durée médiane de l'allaitement, la période du début du sevrage, le type d'aliment de sevrage et le nombre de fois qu'il est donné à l'enfant », en fonction des variables « âge de la mère, sexe et rang de naissance de l'enfant, milieu d'habitation, niveau d'instruction et état actuel d'emploi de la mère, lieu de l'accouchement et personne ayant assisté la mère à l'accouchement », ont été exploités.

14.1. Allaitement maternel

L'analyse des résultats du tableau 14.1, révèle que 96,8% des enfants de moins de trois ans enquêtés, ont tété leur mère. Ce taux varie faiblement (variation inférieure ou égale à 3 points) en fonction de l'âge de la mère, du sexe, du rang de naissance de l'enfant, du milieu de résidence, de niveau d'instruction, de l'occupation de la mère, du lieu d'accouchement et de personne ayant assisté la mère à l'accouchement.

Chez les mères de 15-19 ans et celles qui accouchent dans une clinique privée pour lesquelles ce taux est inférieur à la moyenne respectivement de 7,1 points et de 9,2 points.

La répartition des enfants ayant tété leur mère en fonction de l'heure de la première tétée nous montre qu'en moyenne 84,1% des nourrissons tètent leurs mères dans l'heure qui suit l'accouchement. Ce taux moyen reste inférieur à 10% pour les autres heures.

Il varie sensiblement pour quelques cas particuliers en fonction des variables rang de naissance, milieu d'habitation, lieu de l'accouchement et personne ayant assisté la mère à l'accouchement.

Pour les premières naissances, 77% des nourrissons sont mis au sein dans l'heure qui suit l'accouchement et 10,1% tètent le sein 6 heures après leur venue au monde.

En milieu rural & nomade, 99% des enfants ont tété leur mère dont 95,3% d'entre eux dans l'heure qui a suivi l'accouchement. Dans ce milieu, l'allaitement au sein des nourrissons étant, avant tout, « de culture », c'est aussi une nécessité pour la survie de l'enfant, la mère n'ayant pratiquement jamais autres choses à lui donner. Ces mères pratiquent « l'allaitement maternel exclusif » et des fois même bien au-delà de l'âge du sevrage. C'est dans ce groupe que le pourcentage d'enfants ayant reçu de la nourriture pré lactale est le plus bas (30%).

Chez les mères accouchant en clinique privée, seulement 57,1% des enfants allaités sont au sein dans l'heure qui suit l'accouchement. 14,2% sont mis au sein entre 1 – 3 heures après l'accouchement, 11,5% sont allaités au sein après 3 à 6 heures et 17,3% seulement 6 heures après leur venue au monde. Ce groupe est constitué des mères de la catégorie sociale « aisée » qui pratiquent généralement

l'allaitement artificiel dès la naissance ou l'allaitement mixte. C'est aussi dans ce groupe que l'on relève le pourcentage le plus élevé (63,7%) d'enfants ayant reçu de la nourriture pré lactale.

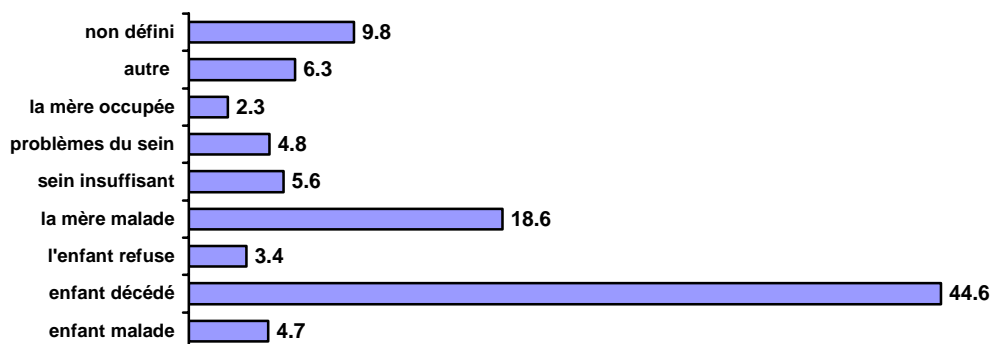
Tableau 14.1 : Durée médiane d'allaitement au sein exclusif ou prédominant des enfants nés vivant et ont moins de 3 ans au moment de l'enquête selon quelques caractéristiques

caractéristiques	Allaités	Nb naissances	Début d'allaitement				% ont eu de liquide
			1 ^{ère} heure	1-3 h	3-6 h	+ 6 h	
Age							
15-24	95.1	273	82.4	5.1	6.3	6.2	56.3
25-34	97.4	800	85.1	6.4	3.1	5.1	46.9
35-49	97.0	424	83.1	7.3	3.3	6.1	44.1
Sexe de l'enfant							
Garçons	97.1	778	83.0	6.6	4.1	5.9	48.4
Filles	96.6	719	85.2	6.3	3.2	5.2	47.2
Rang de l'enfant							
1	96.2	300	77.0	8.2	4.7	10.1	50.0
2	96.8	256	86.0	8.0	2.7	3.3	45.3
3	98.1	215	87.1	5.1	4.4	2.9	49.0
4	97.4	176	83.6	8.1	3.0	4.6	43.1
5 +	96.5	550	85.9	4.7	3.5	5.5	48.9
Lieu de résidence							
Urbain	96.1	1106	79.9	8.2	4.6	7.0	54.1
Rural/communal	99.0	392	95.3	1.5	1.3	1.6	30.5
Niveau d'instruction de la mère							
Analphabète	97.6	1124	86.1	6.1	3.4	4.1	46.2
Lire/écrire	92.7	109	81.2	5.2	4.7	8.9	44.5
Primaire	94.7	163	80.2	7.0	4.2	7.5	60.0
Second I +	96.7	100	70.2	9.2	5.1	15.5	50.0
Occupation de la mère (non définit non inclut)							
occupée Actuel.	94.5	125	85.6	1.9	0.9	10.7	37.1
Occup au passé	98.1	121	64.4	13.8	7.6	14.1	55.0
Jamais occup.	96.9	1248	85.8	6.1	3.6	4.2	48.2
Total	96.8	1497	84.1	6.4	3.7	5.6	47.8

14.2. Les raisons de ne pas allaiter

Les 3% des enfants (moins de 3 ans) non allaités se répartissent par raisons de non allaitement comme c'est détaillé au graphique 14-1 ; il s'avère que les causes se sont dues dans 2 cas sur 3 au décès de l'enfant ou à sa maladie ou à la maladie de sa mère.

Graphique 14-1 : Répartition de causes principales de non allaitement au sein des enfants âgés de moins de 3 ans au moment de l'enquête



14.3. Rythme et durée d'allaitement

L'estimation des durées se base sur la situation au moment de l'enquête en concédant les enfants en allaitement selon leurs âges. En rapportant le nombre des allaités au moment de l'enquête sur la moyenne des naissances par mois on obtient une moyenne/pratique/événement. Cette moyenne/p/e est de 19.3 mois contre une médiane de 17.9 mois. Le tableau 14-2 montre que la durée d'allaitement des garçons est relativement plus longue que celle des filles (17.7 mois contre 11.7 mois). Il en est de même de la durée médiane estimée à 20.3 mois pour les garçons et 13.1 mois pour les filles. Notons enfin que l'allaitement naturel chez les femmes analphabètes dure plus longtemps que chez les femmes éduquées.

Tableau 14.2 : Durée médiane d'allaitement au sein exclusif ou prédominant des enfants nés vivants et ont moins de 3 ans au moment de l'enquête selon quelques caractéristiques

	Médian de l'allaitement en mois			Nombre de naissances
	Tout allaitement naturel	Allaitement naturel exclusif	Allaitement naturel prépondérant	
Sexe de l'enfant				
Garçons	17.7	0.4	0.6	778
filles	11.7	0.4	0.6	719
Lieu de résidence				
Urbain	13.1	0.4	0.6	1106
rural	20.3	0.4	0.6	392
Niveau d'instruction de la mère				
Néant	19.2	0.4	0.6	1124
Lire/écrie	15	0.4	0.6	109
Primaire	10.6	0.4	1.7	163
Second I +	12.6	0.4	0.5	100
Médian de l'ensemble	17.9	0.4	0.6	1497
Moyenne	16	0.4	2	
moyenne/p/e	19.3	0.6	4.9	

14.4. La nutrition complémentaire et l'allaitement artificiel

La majorité des mères donnent à leurs enfants en cours d'allaitement de l'eau (80%) et ce, quel que soit l'âge de l'enfant, plus de 22% des femmes donnent à leurs bébés le lait en poudre. De manière générale l'ajout du lait artificiel (entier, pasteurisé ou en poudre) représente une pratique très répandue. La proportion des mères qui ajoutent des aliments complémentaires à leurs bébés augmente avec l'âge du bébé, jusqu'à l'âge de trois ans où la moitié des enfants se nourrissent des repas préparés pour la famille.

Le tableau suivant indique que le taux d'utilisation d'aliments complémentaires est plus élevé pour les enfants qui ont arrêté leur allaitement que pour ceux qui sont en cours d'allaitement au moment de l'enquête.

Tableau 14.3 : Pourcentage des enfants moins de 3 ans selon le type de leurs alimentations supplémentaire pendant les derniers 24 heures avant l'étude, selon l'âge en mois, le type d'alimentation et l'état d'allaitement naturel au moment de l'étude

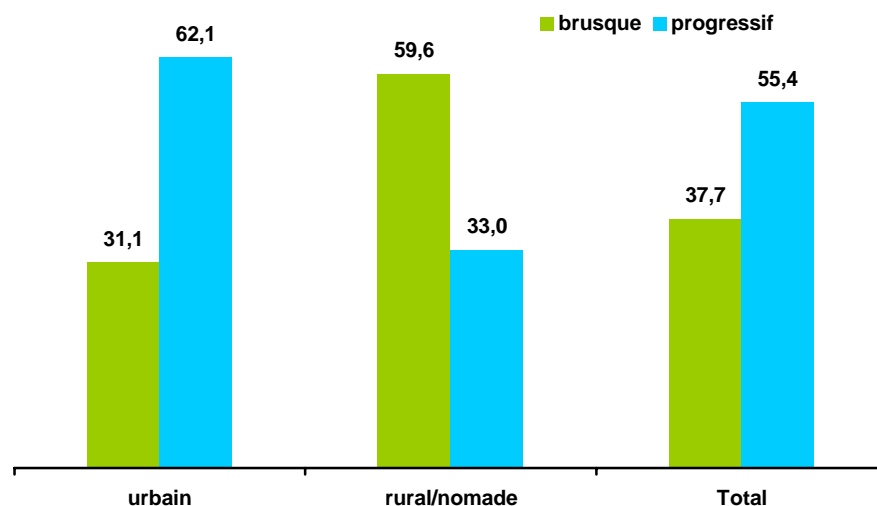
Age de l'enfant en mois	Type d'alimentation													Nombre d'enfants
	Eau	Lait frais	Lait pasteurisé	Lait en poudre	Lait emballé	Jus de fruits	Eau + sucre	Eau de riz	yaourt	Plat pour enfant préparé à la maison	Plat en conserve pour enfant	Plat pour la famille	Autre	
Enfants allaitant encore au moment de l'étude														
0-3	73	17.6	1.1	27.8	3.2	5.3	12	0.3	2.5	2.9	2	0.6	13.7	236
4-5	85.3	11.3	2.1	29.5	12.4	7.8	11.3	0	2.1	7.5	8.1	6.1	9.3	74
6-9	82.3	13.9	5.8	23.9	11.2	22.1	12.8	4.7	15.4	20.3	8.7	7	16.4	164
10-11	79.1	7.9	3.9	17.5	27.1	17.6	5.9	4.4	15.1	41.9	13.8	6.2	6.8	67
12-23	84.5	23.7	2.3	15.3	21.2	18.2	6	3.1	9.2	23.2	7.5	31.4	19	242
24-35	81.6	7.6	3.9	14.9	34.7	11.3	7.6	0	14.7	9	16.3	47.8	12.6	30
Total	80.2	17	2.8	22.1	14.1	14	9.6	2.3	8.6	16.3	7	13.8	14.8	813
Enfants qui n'allaitent pas au moment de l'étude														
0-5	90.6	50	0	0	25	0	0	0	0	0	0	20.3	0	4
6-9	87.5	41.1	0	23.7	18.8	12.5	15.3	5.6	4.5	20.9	8.7	23.7	0	20
10-11	96.5	30.1	4.7	20.1	46.6	33.9	6.2	4.7	21.2	50.1	11.2	15.9	0	23
12-23	90.5	16.1	6.9	20.5	45.3	32	9.5	6	25.6	35.7	11	44	5.9	234
24-35	83.1	24.6	6.6	16.5	38.7	30.3	9.2	6.6	20.5	27.6	13.6	64.6	3.1	254
Total	87.2	22	6.3	18.5	41.1	30.3	9.3	6.2	22	31.6	12.1	51.6	4	535

*Le tableau ne tient pas en compte les enfants se basant uniquement sur l'allaitement et les non déclarés

14.5. Le sevrage

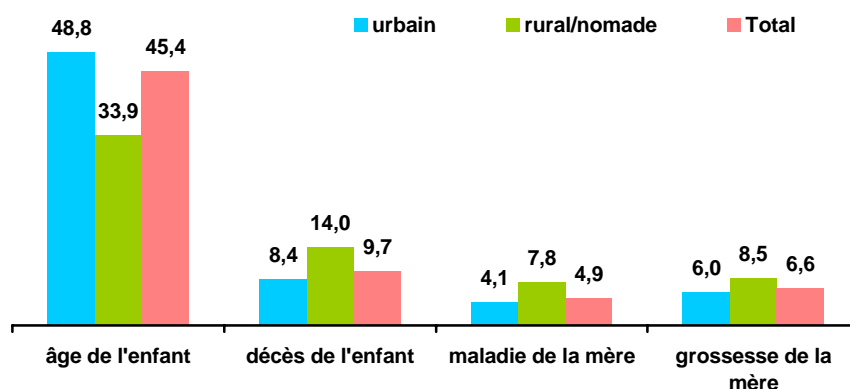
Le sevrage des enfants s'effectue à hauteur de 38% brusquement ou de manière progressive dans 55% des cas. Cette pratique diffère selon le milieu de résidence, les femmes citadines font recours au sevrage progressif plus fréquemment que les femmes paysannes

Graphique 14.2 : Répartition des enfants sevrés âgés de moins de 3 ans selon le type de sevrage et le lieu de résidence



Les raisons du recours au sevrage des enfants évoquées par les mères sont l'âge de l'enfant (45%), le décès de l'enfant (10%) et la grossesse de la mère (7%).

Graphique 14.3 : pourcentage des enfants sevrés âgés de moins de trois ans selon les causes de sevrage et le lieu de résidence



CHAPITRE 15 VACCINATION

15.1. Introduction

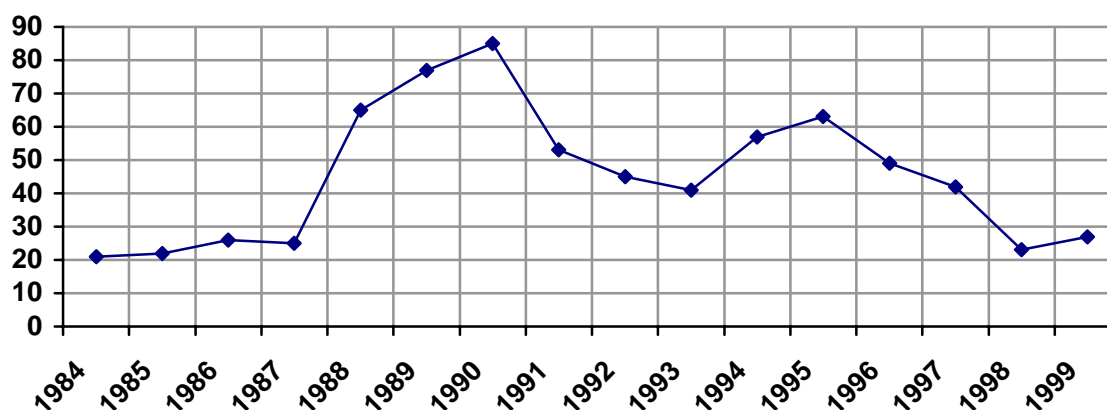
Le programme Elargi de Vaccination a été initié en République de Djibouti en 1984 et depuis il est passé par plusieurs étapes que nous pouvons illustrer comme suit :

- 1984 : Début de la mise en place du Programme National d'Immunisation
- 1987 -1990 : Performance du programme
- 1991-1994 : Guerre civile
- 1995 – 1999 : Dégradation progressive du programme
- 2000 : Relance du programme

La couverture vaccinale (DTC3) est passé de 24% à 80% entre 1984 et 1990 et cela a été possible, il faut le mentionner non seulement grâce aux activités de routine dans les postes fixes, mais à la combinaison de plusieurs stratégies dont les activités en stratégie avancée (organisation des équipes mobiles) et l'organisation des campagnes de vaccination de rattrapage (1987, 1998, 1989 et 1990).

En 1991, une guerre civile a débuté dans le pays privant ainsi des enfants vivants sur près de 2/3 du pays de la vaccination. En 1995 et 1996, suite à une accalmie sur le front il a été possible d'organiser des campagnes de vaccination dans le pays qui se traduisaient par une légère augmentation de la couverture vaccinale. Pour des raisons économiques, il n'a pas été possible de continuer ces campagnes les années suivantes et cela a entraîné une baisse de la couverture vaccinale. D'autres part durant la période de 1995-1999 l'absence d'une maintenance régulière et le délestage d'électricité ont précipité à la dégradation de la chaîne de froid dans les zones urbaines du pays rendant impossible la délivrance quotidienne de la vaccination. Ce mauvais état de la chaîne de froid, associée à la démotivation du personnel consécutive au retard chronique de salaire, a constitué une entrave à l'exécution des activités de vaccination conformément au programme. Par ailleurs, l'absence d'un budget de fonctionnement propre au programme de vaccination n'a pas permis l'organisation des activités mobiles.

*Graphique 15.1 : Evolution de la couverture vaccinale par le DTC-3
(République de Djibouti 1984-1999)*



La situation alarmante du programme de vaccination ne pouvant pas perdurer. En avril 2000 les autorités sanitaires du pays ont décidé de relancer le programme National d'Immunisation. Ce renforcement a été effectué à la lumière des recommandations des différentes évaluations du programme réalisées ces derniers temps (1995,1998 et 2000), et concerne d'une part la vaccination de routine et d'autre part les différentes initiatives de contrôle d'élimination et d'éradication de certaines maladies évitables par la vaccination.

Depuis la relance en 2000, le Programme National d'Immunisation a fait l'objet d'une restructuration profonde avec affectation du personnel, une réhabilitation de la chaîne de froid au niveau central, au niveau des centres de santé de base de la ville de Djibouti et dans les chefs-lieux des districts. D'après le rapport d'activité du Programme Nationale d'Immunisation, ce renforcement a eu un impact sur l'évolution du taux de couverture vaccinale. En effet, la couverture vaccinale a progressé de 27% en 1999 à 61,77% à la fin de 2002 pour le DTC3 et de 23% en 1999 à 62,07% pour la rougeole. La qualité de données disponibles en ce qui concerne la taille de la population cible du programme de vaccination et leur répartition par région ne permet pas d'estimer avec précision les progrès effectués au cours de deux dernières années, aussi la présente enquête PPFAM était plus que nécessaire afin de vérifier les données du rapport du Programme de Vaccination

15.2. Résultats de l'enquête

Les données de couverture vaccinale ont été collectées auprès des enfants de moins de 5 ans à travers le carnet de santé ou fiche de vaccination pour ceux qui en disposaient au moment de l'enquête et en cas d'absence des dits documents à travers les déclarations des mères. Au cours de l'interrogatoire de la mère, afin de recueillir les données sur la vaccination l'accent était mis d'une part sur les sites d'injection qui sont spécifiques à chaque vaccin et l'âge de l'enfant au moment de l'administration du vaccin conformément aux normes du programme de vaccination en vigueur dans le pays.

Le BCG et la dose « O » du vaccin contre la Poliomyélite sont administrés à la naissance si celle-ci a eu lieu dans une structure sanitaire ou à l'occasion de la première dose du DTCOQ dans le cas contraire. Le site d'injection retenu du BCG est le bras gauche. Le DTCOQ dont le site d'injection est la cuisse gauche est administré aux 6, 10 et 14 semaines de vie pour la première, deuxième et troisième dose respectivement. Les trois doses du vaccin contre la poliomyélite qui sont données oralement sont administrées en même temps que les doses du DTCOQ. Le vaccin contre la rougeole, prévu avant le premier anniversaire conformément au calendrier vaccinal, doit être administré à partir du 9ème mois et être injecté au bras gauche.

15.2.1. DISPONIBILITE DE CARNET DE VACCINATION

Le carnet de santé n'était disponible uniquement pour un peu plus d'un quart des enfants (27,40%) et comme le montre le tableau 15-1. Le taux d'indisponibilité du carnet de vaccination est très élevé quelque soit le lieu de résidence, même s'il l'est plus dans les zones rurales du pays.

Tableau 15.1 : Disponibilité du carnet de vaccination selon le lieu de résidence

Lieu de résidence	Présence du carnet	Absence du carnet
Urbain	32,40%	67,6%
Rural	12,20%	87,8%
Total	27,40%	72,6%

Au cours de cette étude, nous avons essayé de comprendre quelle influence certains facteurs dont le niveau d'instruction de la mère, le lieu d'accouchement et le personnel ayant assisté à l'accouchement pouvaient avoir sur la disponibilité de carnet de vaccination. Cette analyse a mis en évidence que le taux de disponibilité du carnet de vaccination était plus importante chez les enfants nés dans une structure sanitaire publique (68,9% de présence contre 31,1% d'absence du carnet) et que le niveau d'instruction de la mère et le type du personnel ayant assisté à l'accouchement n'avaient pas un impact positif dans le sens d'augmentation du carnet de vaccination. (Voir tableau 15-2).

Tableau 15. 2 : Disponibilité du carnet de vaccination selon le niveau d'instruction de la mère, le lieu d'accouchement et la personne qui a assisté à l'accouchement

	Absence du carnet	Présence du carnet
Niveau d'instruction de la mère		
Analphabète	73,7%	26,3%
Lettrée	69,4%	30,6%
Lieu d'accouchement		
Structures sanitaires publics	31,1%	68,9%
Clinique privée	75,0%	25,0%
Domicile	84,7%	15,3%
Personne qui a assisté à l'accouchement		
Personnel médical	69,2%	30,8%
Personnel non- médical	84,9%	15,1%

Si la disponibilité du carnet de vaccination était un indicateur indirect de l'importance que les mères accordent à la vaccination de leurs enfants, il y a lieu de s'inquiéter. Cependant, l'absence du carnet de vaccination au moment de l'enquête pouvant être conséquente de plusieurs facteurs, il y a lieu de prendre cette information avec réserve. En effet, la mère ne peut présenter pas de carnet soit parce qu'elle ne l'a pas eu (l'enfant n'a jamais eu de contact avec le service de vaccination), soit n'étant pas suffisamment informé du déroulement de l'enquête, elle ne pouvait avoir le carnet à portée de la main, soit enfin elle a réellement perdu le carnet. Les informations recueillies au cours de cette enquête ne permettant pas d'appréhender les causes exactes de l'absence du carnet de vaccination au moment de l'enquête, il faudrait envisager la réalisation d'une étude spécifique et apporter des solutions adéquates afin d'améliorer la disponibilité du carnet qui est la seule preuve irréfutable de l'administration du vaccin.

15.2.2. COUVERTURE VACCINALE

Les résultats de couverture vaccinale montre que 76,80% des enfants ont reçu le BCG, l'administration du BCG a été confirmée par le carnet pour 22,6% et 54,2% par la déclaration de la mère. Conformément à la politique nationale de vaccination, les enfants doivent recevoir la dose « 0 » du vaccin contre la poliomyélite à la naissance en même temps que le BCG, cela suppose que la couverture par ce vaccin est identique à celui du BCG. Les données concernant cette dose n'étant pas recueillies dans le cadre de cette étude, nous ne pouvons nous y prononcer.

Les résultats concernant les trois doses de DTCOQ et de la Polio montrent que les taux de couverture par les premières doses de DTC (74,6%) et la Polio1 (73,8%) ne diffèrent pas significativement de celui du BCG. Cependant il s'ensuit une diminution progressive avec les doses de cette couverture qui aux troisièmes ne représentent que 53,1% pour le DTCOQ et 39,2% pour la Polio.

Tableau 15.3 : Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon la source d'information

Antigènes	Carnet	Sans carnet	Total
BCG	22,6	54,2	76,8
DTCOQ-1	25,1	49,5	74,6
DTCOQ-2	21,9	44	65,9
DTCOQ-3	21,8	31,3	53,1
Polio-1	23,3	50,5	73,8
Polio-2	22,1	43	65,1
Polio-3	13,2	26	39,2
Rougeole	17,7	40,3	58,1
Vaccination complète	10,1	22,8	32,9

L'administration simultanée du vaccin contre la poliomyélite et du DTCOq suppose que la couverture vaccinale par les dits vaccins soit identique, or dans le cas de notre étude, la Polio3 (39,2%) est sensiblement inférieure à celui du DTCOq (53,1%) et cela quel que soit la source d'information.

La couverture vaccinale contre la rougeole (58,1%) qui est administrée à partir du 9ème mois est supérieure à celle correspondant à la troisième dose de la Polio et du DTCOq.

Outre la couverture vaccinale par antigène, il a été calculé parmi les enfants de 12-23 mois, la proportion de ceux complètement vaccinés contre les six maladies cibles du PEV et seulement un tiers d'enfants l'était.

La couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois est nettement supérieure (tableau15-4) dans les zones urbaines que dans les zones rurales du pays et cela pour chacun des antigènes. Cette tendance était attendue dans la mesure où

comme il a été mentionné dans l'introduction, dans le cadre de renforcement du programme d'immunisation, la priorité était accordée aux zones urbaines du pays.

Tableau 15.4 : Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon le lieu de résidence

<i>Antigènes</i>	Urbain	Rurale	Total
BCG	87	45,9	76,8
DTCOQ-1	83,4	47,9	74,6
DTCOQ-2	73,9	41,7	65,9
DTCOQ-3	62,6	24,3	53,1
Polio-1	82,2	48	73,8
Polio-2	72,4	42,9	65,1
Polio-3	45,1	21,2	39,2
Rougeole	71,2	18,4	58,1
Vaccination complète	38,6	15,4	32,9

La politique nationale d'immunisation stipule que les enfants doivent recevoir l'ensemble de vaccins avant l'âge de 12 mois, aussi avons-nous tenté de savoir l'évolution de la couverture vaccinale par antigène et la proportion des enfants complètement vaccinés avant l'âge d'1 an durant ces dernières années.

Pour l'ensemble des enfants de 1-4 ans, 76,5% ont reçu le BCG, 55% la 3ème dose du DTCOQ, 38,3% la rougeole et 12,3% d'enfants ont été complètement vaccinés. L'évolution de la couverture vaccinale par antigène et la proportion des enfants complètement vaccinés avant l'âge d'1 an durant ces dernières années montre une amélioration pour chaque antigène et pour la proportion des enfants complètement vaccinés. En effet, la couverture par le BCG avant l'âge 1 passe de 56,6% chez les enfants qui avaient 4 ans au moment de l'enquête à 78,6% chez ceux ayant 1 an au moment de l'enquête ; le DTCOq3 de 18,3% à 63,3% ; la rougeole de 14,5% à 46,7% et la proportion des enfants complètement vaccinés a augmenté de 12,3% chez les enfants de 4 ans à 15% chez ceux de 1 an au moment de l'enquête.

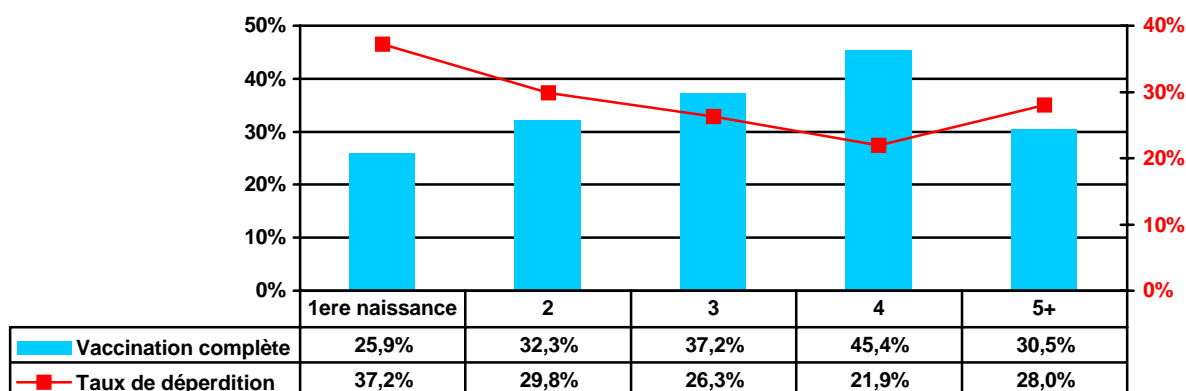
Tableau 15.5 : Proportion des enfants ayant reçu avant l'âge de 12 mois les différents vaccins selon l'âge actuel de l'enfant.

Age en mois	BCG	DTCOQ 1	DTCOQ 2	DTCO Q 3	Polio1	Polio2	Polio3	Rougeole	Vaccination complète
12-23 mois	78,6	82,4	75,6	63,3	76	70,2	30,2	46,7	15
24-35 mois	75,2	56	56,1	44,8	53,9	53,8	7,7	29,5	5,7
36-47 mois	87,5	83,5	70,2	63,7	63,7	55,2	27,8	27,8	12,1
48-59 mois	56,6	58,6	44,8	18,3	39	39	12,4	14,5	12,4
Total	76,5	74,1	67,9	55	66,6	62,4	23,1	38,3	12,3

15.2.3. FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES INFLUENÇANT LA COUVERTURE VACCINALE DE L'ENFANT

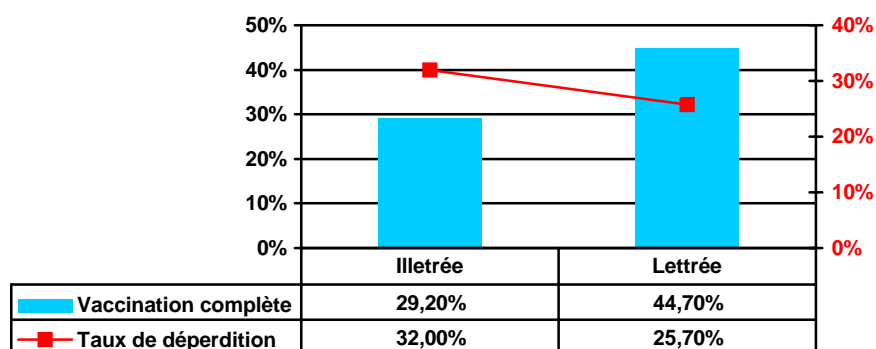
La couverture vaccinale des enfants est dépendante outre l'accessibilité et la disponibilité du service de vaccination de l'utilisation par les usagers en l'occurrence les mères. Dans cette étude, nous avons essayé d'analyser la relation entre certains facteurs socio-démographiques des usagers et l'utilisation du service de vaccination. Afin d'évaluer l'utilisation du service de vaccination par les usagers, nous avons sélectionné deux indicateurs à savoir le taux de déperdition entre la première et la troisième dose du DTCoq et la proportion des enfants complètement vaccinés. Le premier indicateur témoigne indirectement de l'assiduité des mères et le second confirme en quelque sorte cette assiduité. Parmi les facteurs socio-démographiques, ont été retenus le rang de naissance de l'enfant, le niveau d'instruction de la mère et le lieu d'accouchement de la mère. La proportion des enfants complètement vaccinés progresse au fur et à mesure que s'élève le rang de naissance pour atteindre la plus haute valeur (45,40%) chez les enfants du 4ème rang (Graphique 15.2.). Quant au taux de déperdition, il diminue proportionnellement à l'élévation du rang de naissance.

Graphique 15.2 : Proportion des enfants complètement vaccinés et taux de déperdition selon le rang de naissance



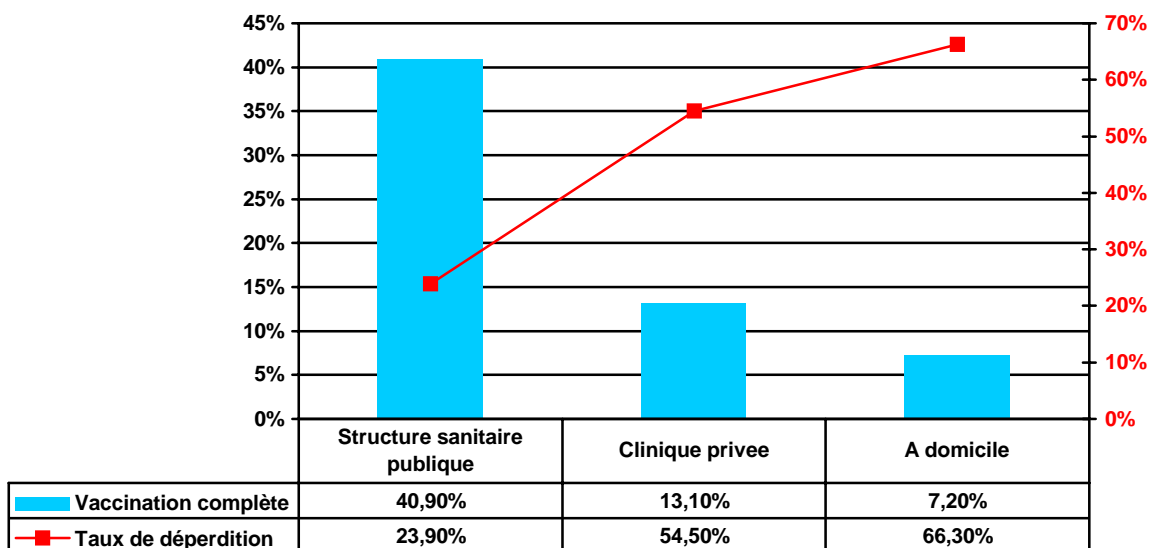
L'analyse selon le niveau d'instruction de la mère (Graphique 15.3.) a mis en évidence, que la proportion des enfants complètement vaccinés était plus importante parmi les enfants de mères alphabétisées (44,70%) que celles analphabètes (29,20%). Le taux de déperdition est moindre chez les mères lettrées (25,70%) que chez les analphabètes (32,0%).

Graphique 15.3 : Proportion des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés et taux de déperdition selon le niveau d'instruction de la mère



Les structures sanitaires ont eu un effet positif sur la couverture vaccinale des enfants car comme le montre le Graphique 15.4., c'est dans leur catégorie que la proportion des enfants complètement vaccinés est plus importante (40,9%) avec le plus bas taux de déperdition (23,9%) en comparaison des enfants nés soit dans une clinique privée ou à domicile.

Graphique.15.4 : Proportion des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés et taux de déperdition selon le lieu d'accouchement de la mère



15.3. Conclusion.

Les résultats de cette enquête confirment en quelque sorte la progression de la couverture vaccinale dont fait mention le rapport d'activité du Programme National d'Immunsation. Malgré le progrès réalisé, beaucoup reste à faire dans la voie d'amélioration du statut vaccinal, notamment en ce qui concerne le taux de déperdition et la proportion des enfants complètement vaccinés et cela aussi bien pour l'ensemble des enfants que ceux de zones rurales particulièrement.

CHAPITRE 16

SANTÉ ET MORBIDITÉ INFANTILE

L'état de santé des enfants reflète l'état général de la santé de la population. L'existence et la prolifération des maladies contagieuses notamment les diarrhées et les infections respiratoires aiguës sont fortement liées aux conditions hygiéniques et environnementales. Dans ce chapitre nous exposons les résultats de l'enquête sur la prolifération des infections respiratoires et les diarrhées chez les enfants de moins de 5ans.

16.1. Les infections respiratoires

Les infections de l'appareil respiratoire chez les enfants sont très répandues et elles peuvent être des causes de mortalité. Pour saisir ce fléau, des questions ont été posées à la mère sur l'état de santé de son dernier enfant (âgé de moins de 5 ans) au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête à propos de la toux, la difficulté respiratoire et la fièvre. Les données recueillies ne sont pas des résultats d'examen cliniques. Elles se basent uniquement sur les dires de la mère. Le tableau 16-1 présente les proportions des enfants atteints par ces maladies selon leurs lieux de résidence. Il ressort que 22.4% des enfants âgés de moins de 5 ans au moment de l'enquête ont été atteints de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête et que 20% étaient atteints par la toux sans différence significative entre garçons et filles. Notons que les enfants résidents en milieu rural/nomade sont moins touchés.

Tableau 16.1 : Parmi les derniers enfants âgés de moins de cinq ans, le pourcentage qui ont été atteints de symptômes suggestifs de maladies de l'appareil respiratoire durant les deux semaines précédant l'enquête selon le sexe et le milieu

Sexe et âge de l'enfant	Symptômes suggestifs d'infection de l'appareil respiratoire					Effectif des enfants
	Fièvre	Toux	Toux avec difficultés respiratoire	Toux avec fièvre	Toux avec difficultés respiratoires et fièvre	
Sexe de l'enfant						
Garçons	23,9	20,6	11,2	15,8	9,6	846
Filles	20,9	21,0	10,3	17,2	9,1	812
Milieu de résidence						
Urbain	24,9	24,7	12,0	19,1	10,0	1223
Rural et Nomade	15,3	9,8	7,4	9,2	7,4	435
Total	22,4	20,8	10,8	16,5	9,3	1658

On remarque que 11% des cas de toux ont eu des difficultés respiratoires et 9% ont eu en même temps de la fièvre, de la toux et des difficultés de respiration. Ces taux sont plus élevés dans les agglomérations urbaines.

Par ailleurs, les données collectées montrent que 16% des enfants Djiboutiens ont eu de la toux, au cours des 24 heures précédant l'interview de la mère. Ces enfants sont restés dans cette situation pendant une durée moyenne de 7.5 jours, y compris le jour de l'enquête. Les différences entre milieux sont remarquables : la proportion des enfants ayant eu la toux au cours des 24 heures qui précèdent l'enquête a atteint 20% dans le milieu urbain contre 5% dans le milieu rural/nomade.

Concernant la prise en charge des enfants malades, il ressort de l'enquête que 38% des mères n'ont eu aucune assistance ou conseil pour le traitement des infections respiratoires et que cette proportion est pratiquement la même quelque soit le sexe de l'enfant et son rang de naissance. Bien entendu, les femmes rurales et nomades sont contraintes de ne pas avoir de recours pour assister leurs enfants malades sauf, peut être, dans les cas extrêmes (86% n'ont pas eu de conseil ou d'assistance contre 29% seulement au milieu urbain) . Notons que le recours à l'assistance augmente avec le niveau d'instruction de la mère.

Tableau 16.2 : Parmi les derniers enfants âgés de moins de cinq ans qui ont été atteints de la toux ou la fièvre durant les deux semaines précédant l'enquête, le pourcentage dont les mères ont demandé conseil ou traitement d'une source médicale selon la source et quelques variables démographiques

Variables démographiques	N'a pas demandé conseil ou traitement	Service de santé public	Médecin privé	Pharmacie	Effectif des enfants
Sexe de l'enfant					
Garçons	39,3	39,8	3,7	17,3	242
Filles	36,4	42,2	4,5	14,7	200
Rang de naissance de l'enfant					
Première naissance	44,8	32,9	8,3	12,3	95
2	31,0	46,0	2,7	16,8	851
3	39,0	34,8	3,2	18,5	69
4	31,1	52,0	2,3	21,7	49
5+	39,5	42,2	3,1	15,2	144
Milieu de résidence					
Urbain	29,0	47,0	4,8	19,1	373
Rural et Nomade	86,4	7,9	0,0	0,0	69
Niveau d'instruction de la mère*					
Analphabète	45,7	40,2	2,6	10,2	299
Lire et écrire	17,3	52,2	3,2	27,3	36
Primaire	27,6	44,2	3,9	26,4	57
Secondaire cycle I	18,2	34,0	18,2	24,8	31
Secondaire cycle II+	19,8	33,1	6,6	40,5	17
Total	38,0	40,9	4,1	16,1	442

* le non déclaré n'est pas inclus

Quelles sont les raisons qui poussent les femmes à ne pas recourir à l'assistance médicale ? A cette question 30% des femmes déclarent que l'état de santé de

leurs enfants ne nécessite pas de conseil et 36% renvoient la cause à l'indisponibilité des services de soin.

Il ressort d'autre part que 39% des enfants atteints de la fièvre et des infections respiratoires n'ont eu aucun traitement (82% en milieu rural/nomade, 31% en milieu urbain); les filles sont légèrement défavorisées par rapport aux garçons, 41.7% d'entre elles n'ont eu aucun traitement contre 37.4% des garçons. Le traitement traditionnel n'est pas répandu (3%).

Tableau 16.3 : Parmi les derniers enfants âgés de moins de cinq ans qui ont été atteints de la toux ou la fièvre durant les deux semaines précédant l'enquête, le pourcentage qui ont reçu un traitement selon le traitement et quelques variables démographiques

Variables démographiques	Aucun traitement	Injection	Antibiotique	Sirup pour la toux	Traitement de maison/ médecine d'herbes	Autre	Au moins un traitement médical	Effectif des enfants
Sexe de l'enfant								
Garçons	37,4	4,8	36,4	35,4	2,7	2,7	57,4	242
Filles	41,7	1,7	34,0	29,5	3,4	2,6	52,9	200
Milieu de résidence								
Urbain	31,4	4,0	40,8	37,7	3,2	3,2	63,7	373
Rural et Nomade	82,1	0,0	6,1	5,9	7,6	0,0	10,3	69
Niveau d'instruction de la mère*								
Analphabète	46,5	3,1	29,7	28,6	3,8	2,1	47,7	299
Lire et écrire	36,4	0,0	36,1	35,7	0,9	0,0	62,6	36
Primaire	19,6	6,0	55,5	44,5	0,0	5,8	74,6	57
Secondaire cycle I et plus	21,1	4,7	44,5	43,4	3,1	4,7	73,5	48
Total	39,3	3,4	35,3	32,7	3,0	2,7	55,3	442

* le non déclaré n'est pas inclus

16.2. La diarrhée

Malgré sa gravité le séchement du corps causé par la diarrhée était mal traité dans le passé et surtout chez les populations isolées et/ou mal servies par les structures de santé.

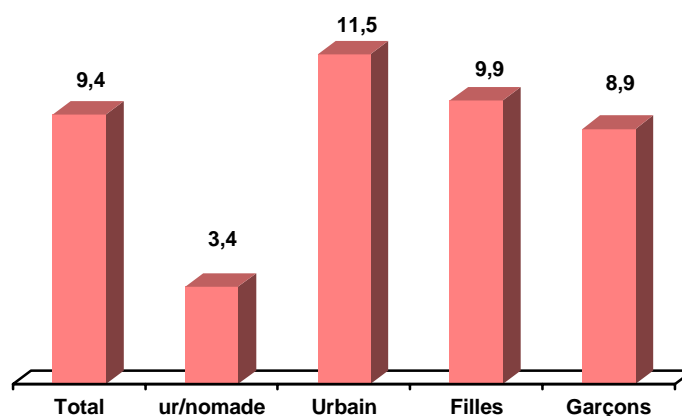
L'enquête a porté sur la période de deux semaines avant le jour de l'interview et les questions posées à la mère sur le fléau de diarrhée concernent son dernier enfant âgé de moins de cinq ans. Le tableau 16-4 montre que 12.5% des enfants ont eu la diarrhée au cours des 2 semaines précédentes le jour de l'interview et 10.7% ont eu la diarrhée accompagnée d'autres symptômes de fièvre ou de sang avec les selles. Le milieu rural/nomade paraît épargné de la diarrhée (9.6% contre 28% dans le milieu urbain).

Tableau 16.4 : Parmi les derniers enfants âgés de moins de cinq ans, le pourcentage qui ont été atteints de diarrhée durant les deux semaines précédant l'enquête selon le sexe et le milieu

Sexe et âge de l'enfant	Pourcentage des enfants atteint de :				Effectif des enfants
	Diarrhée	Diarrhée avec fièvre	Diarrhée avec sang dans les selles	Diarrhée avec fièvre et sang dans les selles	
Sexe de l'enfant					
Garçons	12,2	6,7	2,2	1,5	846
Filles	12,8	7,3	2,5	1,3	812
Milieu de résidence					
Urbain	15,1	8,7	2,6	1,7	1223
Rural et Nomade	5,1	2,1	1,7	0,4	435
Total	12,5	7,0	2,3	1,4	1658

Par ailleurs, les résultats indiquent que 9.4% des enfants de Djibouti ont eu la diarrhée pendant les derniers 24 heures. Ce taux est nettement plus élevé en milieu urbain.

Graphique 16.1 : Incidence de diarrhée au cours des 2 semaines avant l'enquête



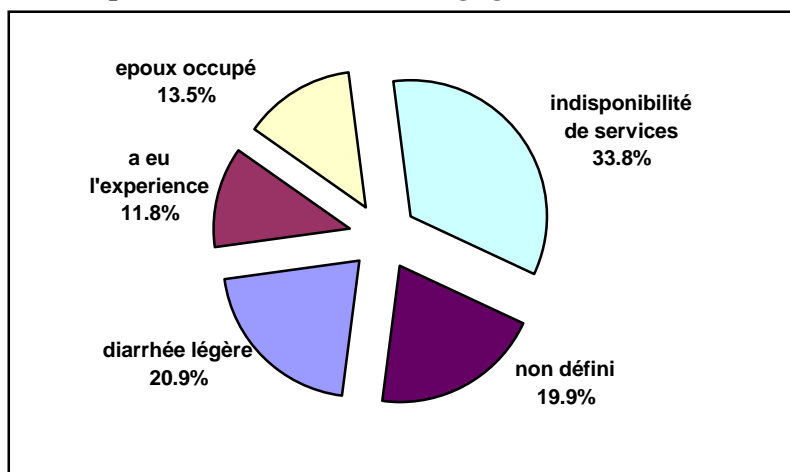
Concernant la consultation il apparaît que 35% des mères des enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines n'ont consulté personne pour le traitement. Ce taux est de 67% dans le milieu rural/nomade contre 31% dans le milieu urbain. Les mères paraissent plus soucieuses quand il s'agit de garçons (71% pour les garçons contre 56% pour les filles).

Tableau 16.5 : Parmi les derniers enfants âgés de moins de cinq ans qui ont été atteints de la diarrhée durant les deux semaines précédant l'enquête, le pourcentage dont les mères ont demandé conseil ou traitement selon la source et quelques variables démographiques

Variables	N'a pas demandé conseil	Service de santé public	Médecin privé	Pharmacie	Herboriste traditionnel	Autre	A demandé conseil médical	Effectif des enfants
Sexe de l'enfant								
Garçons	27,3	55,8	1,1	14,4	1,4	0,0	71,3	103
Filles	41,7	49,9	2,1	3,8	0,3	2,2	55,8	104
Rang de naissance								
Première	20,7	60,7	2,6	10,6	2,8	2,6	73,9	42
2	37,3	42,3	0,0	16,7	0,0	3,7	59,0	30
3	39,9	52,7	0,0	7,4	0,0	0,0	60,1	35
4	26,3	61,1	4,1	8,5	0,0	0,0	73,7	27
5+	41,8	49,9	1,5	6,0	0,8	0,0	57,4	74
Milieu de résidence								
Urbain	30,6	55,6	1,8	10,1	0,6	1,2	67,6	185
Rural et Nomade	67,2	30,0	0,0	0,0	2,8	0,0	30,0	22
Total	34,5	52,9	1,6	9,1	0,9	1,0	63,5	207

Le graphique 16-2 montre la répartition des causes citées par les mères de leur négligence du traitement de leurs enfants malades de la diarrhée. Il en ressort que 34% des femmes pointent du doigt le manque de services de santé et que 20% croient que la diarrhée n'est pas une maladie grave.

Graphique 16.2 : Répartition des causes de négligence du traitement de la diarrhée



Le tableau 16-5 expose la répartition de lieu de demande de conseil/consultation en vue de traiter la diarrhée pendant des deux dernières semaines précédentes l'enquête.

Tableau 16.6 : Proportion des enfants de moins que 5 ans atteint par la diarrhée durant deux semaines précédentes l'enquête selon le traitement reçu et certaines propriétés

Propriétés	Type du traitement*							Nombre d'enfants
	Pas de traitement	SRO	Solution avec sucre et sel	Antibiotique	Autres comprimés ou sirops	Injections	Reçus un traitement médical	
Sexe								
Masculin	22.0	50.5	1.9	17.3	9.7	0.0	70.0	103
Féminin	36.5	42.5	0.3	15.8	9.0	1.1	54.9	104
Lieu de résidence								
Urbain	23.9	49.8	1.0	18.6	10.5	0.6	67.6	185
Rural/nomade	74.0	19.5	1.9	0.0	0.0	0.0	19.5	22
Niveau d'instruction de la mère**								
Analphabète	32.6	43.5	1.3	15.0	9.0	0.7	60.4	149
Lire et écrire	26.1	58.7	0.0	23.2	6.2	0.0	73.9	19
Primaire	17.9	52.1	1.5	27.5	17.6	0.0	69.8	27
Secondaire I et plus	21.2	57.0	0.0	0.0	0.0	0.0	57.0	10
Total	29.3	46.5	1.1	16.6	9.4	0.5	62.4	207

* possibilité de réponses multiples, les consultations non médicales ne sont pas prises en compte

**non déclaré non compris

La solution Orale de traitement de diarrhée est utilisée dans 46.5% de cas de traitement. (20% en milieu non rural contre 50% en milieu urbain). Globalement, 62.5% de cas de diarrhée sont traités médicalement. Signalons que 89% des mères qui connaissent la solution orale savent qu'elle est disponible dans des centres de santé publique.

CHAPITRE 17

TENDANCES DE L'ÉVOLUTION DE LA FECONDITE

La situation démographique à Djibouti se caractérise par un niveau élevé de fécondité et un niveau très bas du taux d'utilisation de la contraception. L'étude du comportement procréateur et de la planification familiale revêt une importance considérable afin de mieux cerner les tendances futures de procréation et de planification familiale et les principaux facteurs déterminants.

17.1. Le désir d'enfants supplémentaires

Les résultats de l'enquête montrent que 95% des femmes âgées de 15-49 ont déclaré qu'elles sont fertiles, et 36% désirent avoir des enfants supplémentaires, alors que 9% seulement veulent mettre un terme à toute nouvelle grossesse et 48% préfèrent ne pas s'opposer à la volonté de Dieu. Le tableau 17-1 indique que la population 'urbaine' (essentiellement les habitants de la ville de Djibouti) est plus attachée à un nombre plus important d'enfants que le milieu rural et nomade. D'une façon générale, le comportement procréateur diffère en fonction du niveau d'instruction.

Tableau 17.1 : Répartition des femmes mariées selon le désir d'enfants supplémentaires et les caractéristiques socio-démographiques

caractéristiques	Désir d'enfant					Nombre de femmes 15-49	
	désire	Ne désire pas	infertile	Volonté de Dieu	n.s.p		n.d.
Milieu							
Urbain	39.9	11.3	4.9	39.4	4.0	0.5	1787
Rural/nomade	26.4	1.5	3.2	68.5	0.2	0.3	715
Niveau d'instruction							
Néant	32.6	7.3	5.1	51.5	3.1	0.5	1964
Lire/écrire	48.4	13.4	1.0	35.2	1.9	0	158
Primaire	41.7	13.0	1.7	41.7	1.9	0	225
Second I	54.3	14.5	2.3	25.4	3.4	0	97
Second II +	70.1	5.9	6.0	13.9	4.1	0	56
Nb enfants Vivants							
0	60.2	1.0	5.2	31.4	1.9	0.3	196
1-2	43.7	5.0	2.2	46.1	2.6	0.5	839
3-5	33.2	8.5	3.5	51.3	2.9	0.5	973
6 +	19.0	17.3	9.8	49.8	3.9	0.2	494
Total	36.0	8.5	4.4	47.7	2.9	0.4	25.2

Il est évident dans les conditions d'une fécondité naturelle que le désir de plus d'enfants s'estompe à fur et à mesure que leur nombre augmente, ainsi le taux de celles qui ne désirent pas passe de 17% chez les 6 enfants et + à 1% chez celles qui n'ont pas d'enfants vivants. Dans le milieu rural/nomade les différences entre catégories de femmes est infime. Quant au désir d'arrêter les grossesses, le taux est très faible (1.5%). Ce désir d'arrêter est plus manifeste dans le milieu urbain, passant de 10% chez celles ayant 3 enfants vivant au moins à 22% chez celles ayant 6 et plus.

Par ailleurs, il apparaît que les Djiboutiennes n'ont pas de préférence très manifeste pour les garçons ou les filles. Mais ce qui est remarquable c'est que près des deux tiers (61.5%) des femmes renvoient le choix du sexe à la volonté de Dieu, cette réponse est plus prononcée chez les plus âgées (qui ont plus d'enfants).

Tableau 17.2 : Répartition des femmes désireuses d'enfants supplémentaires Selon la prédominance de sexe des enfants vivants

Prédominance du sexe	% qui désire plus d'enfants	Nombre De femmes	Sexe de l'enfant désiré					Nombre de femmes désireuses
			garçon	filles	Pas de préférence	Volonté de Dieu	Autre/ N.d	
Pas d'enfant	58.3	255	5.9	9.6	25.5	59.0	0.0	149
Tous garçons	42.4	428	1.7	26.7	15.2	54.3	2.1	181
Toutes filles	42.7	352	23.3	4.3	16.6	55.8	0.0	150
Garçons > filles	28.1	540	3.7	13.5	18.8	62.5	1.5	152
Filles > garçons	26.6	531	16.5	3.4	12.0	97.6	0.5	142
Garçons=filles	32.4	396	5.5	10.9	10.1	73.4	0.0	128
Total	36.0	2502	9.2	12.0	16.5	61.5	0.8	902

Concernant le délai de naissance, le tableau (17-3) présente les femmes mariées (15-49) qui désirent avoir un autre enfant, et distincte de celles qui veulent être enceintes sans attente, et la moyenne d'attente de la grossesse pour toutes les femmes qui veulent avoir d'autres enfants.

Tableau 17.3 : Pourcentage des femmes qui veulent être enceintes sans attente parmi les femmes mariées (15-49), et la moyenne de la durée d'attente pour la grossesse prochaine selon le milieu de résidence et le nombre des enfants vivants

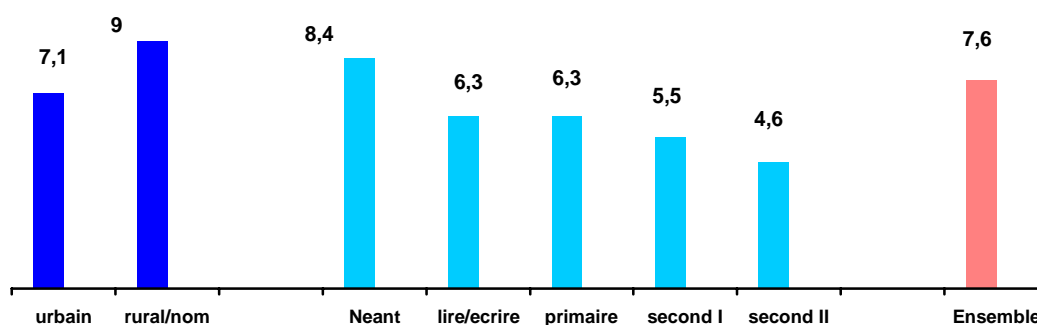
Propriété	% qui désire être enceinte sans attente	Moyenne de la durée d'attente (en mois)	Nombre des femmes
Milieu			
Urbain	21.5	27.0	713
Rural et nomade	51.0	21.1	189
Nombre des enfants vivants			
Pas d'enfant	65.6	16.8	118
1-2	21.2	26.5	367
3-5	21.9	28.1	323
6 et plus	25.0	23.2	94
Total	27.7	26.2	902

Le tableau indique qu'environ 28% des femmes mariées désirent avoir des enfants de plus l'espèrent sans attente, la moyenne de celles qui attendent, le veulent dans un délai moyen de 26.2 mois. La médiane d'attente en mois s'élève à 21 dans le milieu nomade/ rural et à 27 en milieu urbain. Signalons que dans le premier milieu, le taux des désireuses d'enfants sans attente est de 50% contre 22% en milieu urbain. On observe aussi que plus le nombre d'enfants vivants est élevé, moins est le taux de celles qui désirent une grossesse immédiate. Ce taux est de 66% pour les nullipares et de 25% pour celles qui ont 6 enfants et plus. Les résultats de l'enquête ont montré que 87% des enceintes ont désiré leur grossesse, 7% la voulait plus tard et 5% ne la désirait pas.

17.2. Nombre d'enfants désirés

Les intentions de la fécondité sont généralement élevées, en effet 64% des femmes ont donné des réponses non quantitatives, en laissant l'affaire à la volonté de Dieu. Mais les femmes mariées (15 - 49) qui ont donné des réponses exactes, expriment leur désir d'avoir 7.6 enfants au moyenne, cette moyenne varie entre 9 enfants dans le milieu rural / nomade et 7.1 enfants dans le milieu urbain. La moyenne s'élève aussi entre les femmes analphabètes par rapport aux femmes instruites.

Graphique 17.1 : Moyenne de nombre d'enfants désirés parmi les femmes mariées (15 –49) qui ont donné des réponses quantitatives selon le milieu et le niveau d'instruction



On constate d'une façon générale, une préférence pour les garçons puisqu'on trouve que le nombre des garçons désiré est de 4 contre 3.6 des filles. (tableau 17-4) Ce mode est le même dans les milieux urbains et ruraux /nomades, ainsi pour les femmes analphabètes ou les plus instruites.

Tableau 17.4 : La moyenne des enfants désirés pour les femmes mariées (15-49) et qui ont donné des réponses quantitatives selon le sexe de l'enfant et l'âge, le milieu et le niveau d'instruction de la femme

Propriété	L'âge de la femme						Total des femmes	
	15-24		25-34		35-49		Garçons	Filles
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles		
Milieu								
Urbain	3.1	2.8	3.7	3.3	4.0	3.8	3.8	3.4
Rural et nomade	2.8	2.4	4.0	3.8	6.4	5.7	4.9	4.5
Niveau d'instruction *								
Analphabète	3.5	3.1	4.3	3.7	5.0	4.5	4.6	4.1
Lire et écrire	3.2	2.9	3.6	3.0	2.3	2.6	3.2	2.8
Primaire	3.0	2.5	3.4	3.2	3.6	3.8	3.3	3.1
Secondaire I	2.4	2.5	2.9	2.8	3.0	3.1	2.8	2.8
Secondaire II et plus	2.2	1.8	2.7	2.6	2.4	2.0	2.5	2.3
Total	3.1	2.7	3.8	3.4	4.6	4.2	4.0	3.6

* Non déclarées non incluses

D'une autre part, l'espacement entre les naissances est considéré comme l'un des indices les plus pertinents pour l'étude de la fécondité, puisque les naissances successives ont un effet négatif sur la santé de la mère et de l'enfant en même temps.

On remarque que 57% des femmes mariées ont déclaré que la période idéale entre deux naissances est de deux ans, 13.4% préfèrent que la période soit moins de deux ans et 17% la préfèrent de trois ans.

Notons aussi, que les femmes rurales et nomades ont indiqué des périodes plus courtes que celles indiquées par les femmes urbaines, en effet, 80% des femmes dans les milieux ruraux / nomades ont considéré que la période idéale est moins de trois ans contre 67% dans les milieux urbains.

On constate aussi qu'environ la moitié des femmes ayant un niveau secondaire II et plus voient que la période idéale est de trois ans et plus. Signalons que les différences d'âge entre les femmes n'ont pas d'influence sur ce sujet.

Tableau 17.5 : Répartition en pourcentage des femmes mariées (15-49) selon leurs avis à propos la période idéale entre deux grossesses selon quelques caractéristiques

Caractéristiques	Période idéale entre deux grossesses					Nombre de femmes
	Moins d'un an	2 ans	3 ans	4 ans +	Autre/ Non déclaré	
Tranches d'âge						
15-19	10.3	65.2	16.2	4.8	3.5	77
20-24	8.3	58.9	20.0	8.3	4.6	284
25-29	13.4	54.3	19.1	5.8	7.4	597
30-34	15.3	55.6	15.8	3.8	9.5	591
35-39	15.4	53.7	16.7	6.1	8.1	519
40-44	13.2	60.2	18.9	2.4	5.3	440
45-49	11.9	61.6	12.4	4.0	10.0	234
Milieu						
Urbain	9.8	56.8	19.6	6.7	7.1	1977
Rural/Nomade	22.7	56.8	11.6	0.4	8.4	764
Niveau d'instruction*						
Analphabète	15.2	58.1	16.2	2.7	7.7	2148
Lire et écrire	6.6	47.8	19.0	14.6	12.0	174
Primaire	7.7	62.8	17.9	8.7	3.0	248
Secondaire I	7.2	43.2	27.4	16.9	5.2	106
Secondaire II	4.1	40.8	32.0	17.7	5.4	63
Nombre d'enfants vivants						
0	26.5	44.8	12.4	1.6	14.7	216
1-2	10.6	56.7	18.3	6.6	7.8	931
3-5	12.2	56.8	20.5	4.5	6.0	1047
6+	15.4	61.9	11.7	4.3	6.7	547
Total	13.4	56.8	17.3	5.0	7.5	2741

* non déclarées non incluses

17.3. Les intentions pour la planification familiale

Les résultats du recensement de la famille à Djibouti indiquent que le planning familial est un sujet à discuter encore, en effet le pourcentage des femmes mariées qui acceptent d'utiliser une méthode de contraception est de 36% contre 13% qui acceptent avec des conditions. Tant dis que 38% n'acceptent de pratiquer aucun moyen et 13.8% qui n'ont rien déclaré.

Tableau 17.6 : Répartition en pourcentage des femmes mariées (15-49) selon leurs avis à propos l'utilisation des méthodes contraceptives selon quelques caractéristiques

Caractéristiques	L'acceptation d'utiliser un moyen contraceptif *				Nombre de femmes
	Accepte	Accepte avec des conditions	N'accepte pas	Ne pas être sure/ Ne sais pas	
Tranche d'âge					
15-19	48.3	4.9	37.1	9.6	77
20-24	46.0	16.7	26.7	10.2	248
25-29	39.8	9.4	40.4	10.0	597
30-34	34.9	15.7	33.3	15.8	591
35-39	34.2	9.2	39.8	16.8	519
40-44	29.9	14.3	41.1	14.5	440
45-49	24.4	16.8	42.6	16.6	234
Milieu					
Urbain	46.0	11.4	31.3	11.1	1977
Rural/ Nomade	8.9	16.2	53.8	20.9	764
Niveau d'instruction*					
Analphabète	28.0	13.7	42.2	15.9	2148
Lire et écrire	56.0	11.8	22.8	9.1	174
Primaire	62.0	8.5	24.9	4.5	248
Secondaire I	69.9	9.7	11.7	8.7	106
Secondaire II +	78.9	7.0	14.1	0.0	63
Nombre d'enfants vivants					
0	31.3	9.3	38.8	20.5	216
1-2	37.7	10.2	38.6	13.3	931
3-5	36.1	13.1	37.6	12.9	1047
6+	32.8	17.9	35.2	14.0	547
Total	35.6	12.8	37.6	13.8	2741

* Non déclarées non incluses

Le tableau indique un phénomène positif ; c'est le taux élevé des femmes qui acceptent d'utiliser un moyen contraceptif, et notamment chez les femmes les plus jeunes, en effet le pourcentage des femmes qui acceptent sans condition s'élève à 46% chez les femmes âgées entre 20-24 ans contre 24% des femmes âgées entre 45-49 ans. D'autre part le pourcentage des femmes qui acceptent avec ou sans condition est plus élevé en milieu urbain puisqu'on trouve 57% des femmes urbaines qui sont d'accord contre 25% seulement des femmes rurales et nomades.

On peut constater aussi que la proportion des femmes qui acceptent d'utiliser un moyen est plus élevé chez les femmes instruites et si 28% des femmes analphabètes sont d'accord, ce taux s'élève progressivement avec l'amélioration du niveau d'instruction pour atteindre 79% chez les femmes ayant un niveau secondaire II et plus. Il est clair aussi que l'acceptation s'élève avec l'augmentation du nombre d'enfants vivants.

Tableau 17.7 : Répartition en pourcentage des femmes mariées (15-49) selon leur réponse à propos l'avis du mari concernant la planification familiale et le pourcentage des femmes qui n'ont jamais discuté le sujet avec le mari selon quelques caractéristiques

Caractéristiques	L'avis du mari à propos la planification familiale				Nombre des femmes	% des femmes qui n'ont jamais discuté avec leur mari
	Accepte	Accepte avec des conditions	N'accepte pas	Ne sais pas		
Milieu						
Urbain	36.2	7.7	27.3	28.4	1787	65.3
Rural/ Nomade	3.4	13.1	36.5	46.9	715	93.3
Niveau d'instruction						
Analphabète	19.5	9.7	32.7	37.8	1964	79.8
Lire et écrire	45.8	7.5	22.0	24.7	158	59.9
Primaire	48.5	7.4	23.3	20.6	225	51.4
Secondaire I	67.1	8.8	14.6	9.5	97	38.1
Secondaire II +	74.5	7.9	7.8	9.9	56	33.6
Nombre d'enfants vivant						
0	21.3	4.7	36.7	37.1	196	78.1
1-2	28.2	8.0	32.2	31.2	839	73.0
3-5	28.9	9.3	27.6	34.0	973	72.5
6 +	22.7	13.2	27.9	35.9	494	73.6
Total	26.9	9.3	29.9	33.7	2502	73.3

On remarque que les femmes instruites connaissent plus souvent l'avis de leurs maris à ce sujet, le pourcentage des maris qui acceptent l'utilisation des moyens contraceptifs s'élève avec l'augmentation de niveau scolaire de la femme. En effet 19.5% des femmes analphabètes déclarent que leur mari accepte la planification familiale contre 75% des femmes ayant un niveau secondaire II et plus.

17.4. Les besoins non satisfaits en méthodes contraceptives

En exploitant les données disponibles, on peut calculer approximativement les demandes subvenues ou non des méthodes de contraception, et si le besoin de ces moyens est orienté vers l'espacement entre les naissances ou plutôt vers l'arrêt complet.

Le tableau (17-8) indique que la demande totale des moyens de contraception entre les femmes mariées actuellement et qui veulent utiliser l'un de ces moyens est de 33.5%, ce pourcentage se répartit entre 24.7% pour l'espacement entre les naissances et 8.8% pour l'arrêt définitif de grossesse. Mais le pourcentage des besoins satisfaits est de 7.2% seulement c'est à dire que le total des demandes non subvenues est de 26.3%, ce qui indique que 25% des femmes mariées auraient pu utiliser des moyens de contraception s'ils étaient disponibles.

Il est clair, qu'il y a de grandes différences sur les demandes totales des moyens de contraception entre les milieux, ces demandes se situent à 42% dans les zones urbaines tandis qu'elles sont de 12.4% dans les zones rurales, et que le quart seulement de ces demandes est satisfait dans les milieux urbains, contre un pourcentage dérisoire dans les zones rurales/ nomades.

On constate aussi, que l'élévation du niveau d'instruction augmente le pourcentage des demandes subvenues, en effet, on remarque que les demandes

totales des femmes analphabètes sont de 28.2%, ces demandes ne sont satisfaites qu'à hauteur de 4.1% tant dis que le total des demandes chez les femmes ayant un niveau secondaire II et plus est de 62% dont 34% sont satisfaites.

Les demandes des moyens de contraception en raison d'arrêter l'enfantement définitivement augmentent avec l'âge des femmes, puisqu'on trouve que 29% des femmes âgées entre 45 et 49 ans demandent des moyens de contraception (21.6% pour arrêter l'enfantement et 7.3% pour l'espacement entre les naissances) tant dis que chez les femmes les plus jeunes, âgées entre 15 et 19 ans, les demandes sont estimées à 30% (5% pour arrêter les naissances et 25% pour l'espacement).

Ces demandes s'élèvent avec le nombre des enfants vivants et si 12.3% des femmes qui n'ont pas d'enfant vivant demandent des moyens contraceptifs, plus que 66% des femmes qui ont trois enfants et plus demandent un de ces moyens.

Tableau 17.8 : Pourcentage des femmes mariées (15-49) selon les besoins subvenus ou non des moyens contraceptifs et la demande totale selon quelques caractéristiques

Caractéristique	Besoins non subvenus			Besoins subvenus utilisés actuellement			Demandes totales			% des demandes subvenues	Nombre des femmes
	L'espacement	L'arrêt	Total	L'espacement	L'arrêt	Total	L'espacement	L'arrêt	Total		
Tranche d'âge											
15-19	22.3	3.5	2.7	2.7	1.2	4.2	25.0	5.0	30.0	4.2	74
19-24	30.1	3.5	9.1	9.1	1.4	10.5	39.2	4.9	44.1	10.5	271
25-29	23.2	4.9	7.0	7.0	1.8	8.7	30.2	6.6	36.8	8.7	566
30-34	19.2	4.5	4.7	4.7	1.6	6.3	23.9	6.1	30.0	6.3	545
35-39	20.8	6.5	5.3	5.3	2.8	8.1	26.1	9.2	35.3	8.1	478
40-44	11.6	10.3	2.4	2.4	2.0	4.4	14.0	12.4	26.4	4.4	380
45-49	5.0	19.4	2.4	2.4	2.3	4.6	7.3	21.6	29.0	4.6	188
Milieu											
Urbain	23.1	8.8	31.9	7.3	2.6	10.0	30.4	11.5	41.9	10.0	1787
Rural/Nomad	10.3	1.9	12.2	0.0	2.2	0.2	10.3	2.1	12.4	0.2	71.5
Niveau d'instruction *											
Analphabète	17.6	6.5	24.0	3.0	1.1	4.1	20.5	7.6	28.2	4.1	1964
Lire et écrire	27.4	10.0	37.3	12.0	3.4	15.4	39.3	13.4	52.7	15.4	158
Primaire	23.0	9.3	32.3	11.2	3.7	14.9	34.2	13.0	47.2	14.9	225
Second I	33.2	4.8	38.0	11.7	10.9	22.5	44.9	15.6	60.5	22.5	97
Second II +	26.6	2.0	28.6	29.8	3.9	33.7	56.4	5.9	62.3	33.7	56
Nombre d'enfants vivants											
0	9.6	0.2	9.8	1.7	0.7	2.5	11.3	1.0	12.3	2.5	196
1-2	26.2	3.7	30.0	5.5	1.3	6.8	31.7	5.0	36.8	6.8	839
3-5	19.8	7.1	26.9	6.9	2.1	8.9	26.7	9.2	35.9	8.9	973
6 +	11.1	14.2	25.3	2.9	3.3	6.3	14.1	17.5	31.6	6.3	494
Total	19.5	6.8	26.3	5.2	1.9	7.2	24.7	8.8	33.5	7.2	2502

*Non déclarées non incluses

Généralement, on peut dire qu'il est urgent de créer un niveau acceptable des services de planification familiale, et résoudre les problèmes et les obstacles qui empêchent la non-satisfaction des besoins.

17.5. Les intentions pour l'âge du mariage, l'enfantement et le travail des filles

Nous avons étudié dans les parties précédentes les tendances et orientations des femmes de Djibouti quant au nombre d'enfants désirés et l'acceptation de la contraception. Cette partie traite l'opinion des femmes mariées sur l'avenir de

leurs filles concernant des aspects différents se rapportant à l'âge idéal au mariage, le nombre d'enfants désirés et le travail.

Les résultats indiquent une forte tendance à marier leur fille à l'âge très jeune puisque 21% des femmes désirent que leur fille se marie avant l'âge de 16 ans, le même pourcentage pour le mariage à l'âge de 20 ou 21 ans et 27% des femmes mariées n'ont pas précisé l'âge idéal du mariage de leurs filles.

Tableau 17.9 : Répartition en pourcentage des femmes mariées (15-49) selon leur avis à propos l'âge idéal du mariage des filles et l'âge moyenne (en an) selon quelques caractéristiques

Caractéristiques	L'âge idéal du mariage						Réponses non quantitatives	Age moyenne	Nombre de femmes
	Moins de 16 ans	16 -17	18-19	20-21	22-24	25 +			
Tranches d'âge									
15-19	27.5	6.2	15.8	18.2	1.4	3.6	27.2	17.7	77
20-24	22.0	6.9	17.2	20.3	3.4	8.3	21.8	18.4	284
25-29	17.3	4.3	12.9	25.9	3.0	6.8	29.7	18.8	597
30-34	23.0	4.1	11.7	20.1	3.1	10.8	27.2	18.8	591
35-39	21.4	9.1	8.2	17.5	2.9	12.8	27.2	18.8	519
40-44	21.5	2.6	9.8	21.9	5.3	11.3	27.1	19.1	440
45-49	17.3	5.2	13.2	15.1	5.1	16.9	26.7	19.6	234
Milieu									
Urbain	13.5	5.1	11.6	21.1	4.6	13.8	29.8	19.8	1977
Rural /Nomade	39.6	5.7	12.3	19.7	0.7	1.6	20.2	16.7	764
Niveau d'instruction									
Analphabète	23.6	5.7	11.9	19.7	3.3	8.6	26.8	18.4	2146
Lire et écrire	15.1	2.2	9.6	24.6	3.6	11.7	33.2	19.5	174
Primaire	10.1	4.9	13.9	25.6	4.9	13.1	26.9	19.8	248
Secondaire I	7.9	3.1	6.1	23.6	4.9	30.2	22.8	22.0	106
Secondaire II +	1.8	3.5	17.8	18.4	4.1	25.0	29.5	21.5	63
Total	20.7	5.3	11.8	20.7	3.6	10.4	27.1	18.8	2741

Généralement, les femmes du milieu rural/nomade préfèrent que leurs filles se marient très jeune et 40% d'entre elles estiment le mariage de leur fille avant 16 ans, et la moyenne d'âge du mariage est de 16.7 ans. Cette moyenne est de 19.8 ans dans le milieu urbain.

On remarque que le niveau d'instruction influe sur les opinions, en effet la moyenne d'âge du mariage est de 22 ans chez les femmes ayant un niveau secondaire contre 18.4 ans chez les femmes analphabètes. Et si 24% des femmes analphabètes veulent que leur fille se marie avant l'âge de 16 ans, 2% seulement des femmes ayant un niveau secondaire II et plus partagent la même opinion.

Concernant le nombre d'enfants désirés pour la fille, il semble très élevé : 7.2 enfants pour celles qui ont donné des réponses quantitatives. On remarque qu'environ de 66% des femmes n'ont pas donné de réponse quantitative, et laissent toujours les choses à la volonté de Dieu et aux circonstances.

Le tableau 17-10 indique que le nombre moyen d'enfants désirés dans le milieu rural/nomade est de 8.2 enfants, 6.8 enfants dans le milieu urbain, et 7.7 chez les analphabètes alors qu'il est de 4.9 seulement chez les femmes qui ont eu un niveau secondaire II et plus.

Tableau 17.10 : Répartition en pourcentage des femmes mariées (15-49) selon le nombre d'enfant désiré pour leur fille selon quelques caractéristiques

Caractéristiques	Nombre d'enfant idéal *				Nombre moyen idéal d'enfant	Nombre des femmes
	2 ou moins	3 -4	5 et plus	Réponses non quantitatives		
Tranches d'âge						
15-19	1.9	3.2	23.0	71.9	6.7	77
20-24	3.5	8.2	24.4	63.5	6.6	284
25-29	2.0	7.5	22.1	68.3	6.5	597
30-34	2.1	5.3	25.0	67.3	7.2	591
35-39	1.9	4.8	26.6	66.1	7.3	519
40-44	1.8	4.7	30.6	61.9	8.0	440
45-49	1.4	4.7	26.3	67.4	7.9	234
Milieu						
Urbain	2.8	6.6	25.4	64.6	6.8	1977
Rural / Nomade	0.1	3.7	25.9	70.1	8.2	764
Niveau d'instruction						
Analphabète	1.6	4.2	26.1	67.7	7.7	2148
Lire et écrire	1.9	7.8	18.9	71.4	6.1	147
Primaire	2.3	8.9	29.6	58.2	6.0	248
Secondaire I	7.6	19.7	19.3	53.4	5.2	106
Secondaire II +	10.6	16.8	21.8	50.8	4.9	63
Total	2.1	5.8	25.6	66.2	7.2	2741

Concernant le travail des filles, 83% des femmes mariées (15-49) acceptent que leur fille travaille sans aucune condition, et 11% d'entre elles acceptent avec des conditions, contre seulement 5% des femmes qui refusent.

La proportion des femmes qui acceptent que leurs filles occupent un emploi se situent à 98% en milieu urbain et à 100% des femmes ayant un niveau secondaire II et plus, contre respectivement 83% des femmes rurales / nomades et 93% des femmes analphabètes.

CHAPITRE 18

SANTE ET ORIENTATION DES JEUNES

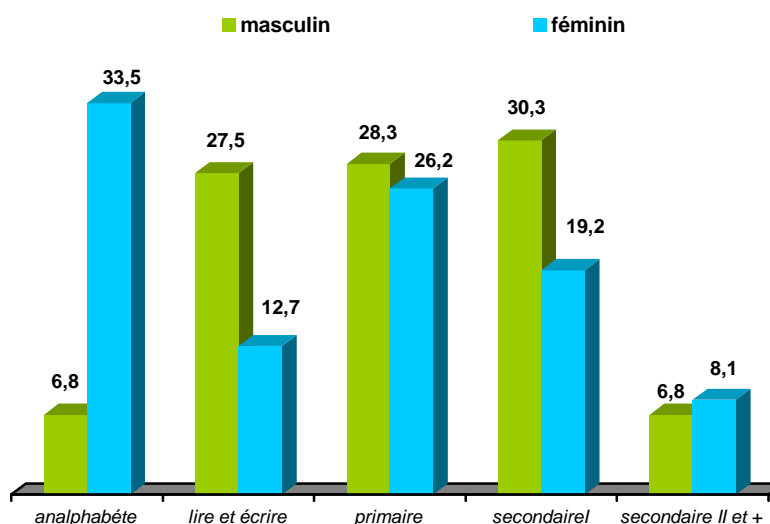
L'échantillon d'enquête est conçu au départ pour 1040 jeunes non mariés et appartenant à la tranche d'âge 15 - 24 ans. Le taux de réponse a cependant atteint 49.1%, ceci revient à la non disponibilité des jeunes pendant l'enquête. De ce fait, les informations ont été collectées auprès de 511 jeunes (251 garçons et 260 filles) de la ville de Djibouti.

La proportion des jeunes non mariés appartenant à la tranche (15 - 19) a atteint 62% contre 38%. Les jeunes de 20 à 24 ans, ces derniers, étant majeurs, leur présence au foyer est moindre.

18.1. Niveau d'instruction

Le taux d'analphabétisme parmi les jeunes non mariés âgés de 15 à 24 ans se situe à 24%, il est de l'ordre de 33.5% chez les filles contre seulement 6.8% chez les garçons. Le taux brut de scolarisation effective, au moment de l'enquête, est de 38.2% (31.5% auprès des filles et 45% auprès des jeunes garçons). Le graphique (18-1) présente la répartition relative des jeunes selon le sexe et le niveau d'instruction. On remarque que la proportion des jeunes ayant achevé leurs études primaires et secondaires est plus élevée chez les garçons que chez les filles, tandis que celle des jeunes titulaires d'au moins un certificat d'études secondaires II est plus élevée chez les filles que chez les garçons.

Graphique 18.1 : Répartition relative des jeunes (15-24) selon le niveau d'instruction et le genre



18.2. Occupation des jeunes

Le taux des inactifs parmi les jeunes, a atteint au moment de l'enquête, 90.6%, dont 88.3% n'ont jamais travaillé et seulement 2.3% ont déjà travaillé durant les 12 derniers mois précédents. Malgré qu'une proportion de 61.8% des jeunes ne sont pas inscrits dans des institutions scolaires, ceux qui travaillent effectivement, au moment de l'étude n'a pas dépassé 8.8%, et ce indépendamment du sexe.

Il est à signaler que la moitié des jeunes qui travaillent effectivement au moment de l'étude ou qui ont déjà travaillé, ont commencé le travail avant l'âge de vingt ans. Parmi ces derniers, 45.6% travaillent afin de participer aux dépenses ménagères et 47.4% travaillent chez des proches. 54.4% parmi eux sont occupés d'une façon permanente tant dis que 14% sont des saisonniers et 28.1% travaillent occasionnellement.

Quant aux inactifs non scolarisés, 18.5% ont déclaré qu'ils cherchent en vain un poste de travail et 10.7% ont affirmé leur volonté de travailler.

18.3. Demande de conseil

Concernant ceux à qui les jeunes font généralement recours en cas de besoins ou de problèmes, la mère se situe en première position avec 50.9% ; le père en deuxième rang (44.8%) suivi par les frères aînés (14.9%), les sœurs aînées (13.3%) et les amis (12.9%), tant dis que 19.6% ont déclaré qu'ils n'ont recours à personne. Il est à signaler que ces pourcentages dépassent 100 du fait de la possibilité qu'un jeune ait recours à plusieurs personnes.

Concernant les affaires de ménage, 33.5% des filles ont déclaré qu'elles discutent avec tous les membres de la famille, 40.8% en discutent parfois et 25.4% n'en ont jamais parlé à personne. Au près des garçons ces proportions ont été respectivement de l'ordre de 17.9%, 46.2% et 34.7% 3.

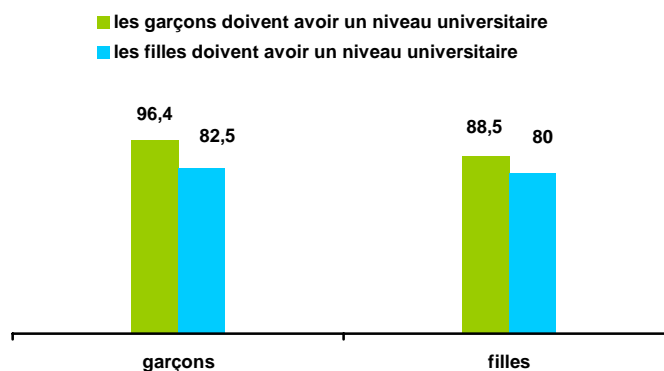
Quant aux problèmes et aux difficultés financières, 20.5% des jeunes en discutent couramment avec les membres de leurs familles, 42.3% en parlent rarement et 36.4% n'en ont jamais évoqué.

En outre, 94.1% de jeunes ont nié l'existence de conflits avec leurs parents tant dis que 5.5% déclarent être confrontés à des conflits familiaux. Ces derniers en renvoient les causes au chômage, à la participations financières aux dépenses ménagères ou aux études.

18.4. Genre et éducation

Quant aux ségrégations entre genre en matière d'éducation, les résultats montrent qu'il y a une légère préférence en faveur des garçons comme le montre le graphique 18-2

Graphique 18.2 : Pourcentage des jeunes citant l'obligation d'avoir un diplôme universitaire Selon le genre



18.5. Jeunes et mariage

Les résultats quant à l'âge adéquat pour le mariage montrent que la moyenne d'âge pour les filles atteint 20.8 ans (20.5 pour garçons et 21.1 pour filles) tant dis qu'elle est de l'ordre de 25.6 ans pour les garçons (24.6 pour les garçons et 26.7 pour les filles). On remarque que 7.2% des jeunes considèrent que les filles doivent achever leurs études supérieures avant le mariage et 10% d'entre eux considèrent que les garçons doivent accomplir leurs études d'abord.

La majorité considère que l'homme doit être plus âgé que la femme, 26.6% considèrent que la différence d'âge ne doit pas dépasser 3 ans alors que 39.5% exigent que cette différence soit comprise entre 3 et 5 ans. Dans cet ordre d'idée, les préférences des garçons diffèrent relativement de celles des filles. En effet, 46.9% des filles contre 31.9% des garçons pensent que cette différence d'âge soit comprise entre 3-5 ans. Tant dis que la proportion de ceux qui préfèrent que cette différence d'âge dépasse 5 ans a atteint 31.9% (29.5% pour les garçons et 34.3% pour les filles).

En outre, les jeunes expriment une orientation claire à refuser les mariages consanguins. En effet, 76.1% des jeunes ne sont pas d'accord, cette proportion est plus élevée chez les filles où elle atteint 82.7% contre seulement 69.3% chez les garçons.

Concernant le choix du futur conjoint, la majorité a répondu qu'elle fera elle-même son choix (83.8%), cette proportion atteint chez les garçons 89.2% et chez les filles 78.5% alors que 13.3% déclarent confier ce choix aux parents ou aux proches (18% entre les filles, 8.4% entre les garçons).

La majorité des jeunes préfère choisir leur futur conjoint parmi ceux ayant des niveaux d'instruction élevés. En effet 14.3% des garçons préfèrent celles ayant au plus un niveau secondaire, tandis que 76.5% préfèrent une femme ayant un niveau supérieur. Quant aux filles, 83.8% parmi elles préfèrent un mari ayant un niveau supérieur. En outre, 31.3% des jeunes rencontrent beaucoup d'obstacles entravant leurs mariages, cette proportion est de l'ordre de 51% chez les garçons et elle est seulement de l'ordre de 12.3% chez les filles. La majorité des garçons renvoie l'entrave essentielle à la non disponibilité des opportunités de travail

(54.7%), à la non disponibilité de logements adéquats (27.3%) et les coûts élevés du mariage (18%).

18.6. L'indépendance des jeunes

A propos de la prise de décision concernant certains aspects de la vie privée, le tableau (18-1) présente le pourcentage des jeunes qui prennent leurs décisions indépendamment des autres selon le genre. Il montre qu'une proportion importante des jeunes aussi bien auprès des garçons que des filles est indépendante en décidant de certains aspects cités au-dessous. Il reflète aussi une divergence claire entre les sexes, en fait le pourcentage des jeunes indépendants dans le choix de leurs dépenses ainsi que la poursuite de leurs études est plus élevé chez les garçons que chez les filles.

Tableau 18.1 : Pourcentage des jeunes qui décident eux même de certains aspects quotidiens selon le genre

Aspects quotidiens	Masculin	Féminin	Total
Mode d'habits	77.7	78.1	77.9
Activités de la vie quotidienne	58.6	68.1	63.4
Temps de loisir	48.6	58.5	53.6
Dépenses d'argent	68.5	45.0	56.6
Choix des amis	77.3	77.7	77.5
Poursuite des études	62.9	55.4	59.1

Un jeune sur deux jeunes pense à l'immigration (52.7%), Cette orientation est plus remarquée chez les filles que chez les garçons (55% contre 50.3%). Parmi les causes incitant les filles à immigrer en quête d'une vie meilleure (30.4%), la recherche d'un travail (11.5%) et l'apprentissage (10%), tandis que chez les garçons c'est essentiellement l'apprentissage (24.3%), la recherche d'une vie meilleure (13.9%) et d'un travail.

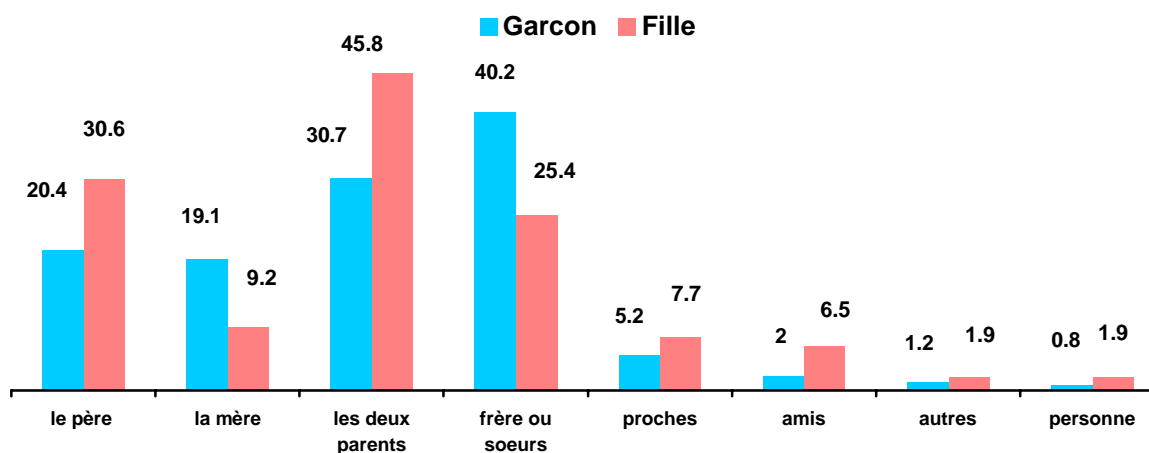
En outre, l'intéressement des garçons à la politique s'accroît par rapport à celui des filles. En effet, la proportion des garçons intéressés par la politique est de l'ordre de 33.9% contre 16.5% seulement auprès des filles ce qui implique une proportion totale de 25% seulement. 80% de ces dernières considèrent que le droit de vote est très important.

18.7. Pratiques et avis des jeunes dans le domaine sanitaire

Presque 69% des jeunes se considèrent en bonne santé, environ 29% considèrent que leur état de santé est moyen tant dis que 2% seulement croient qu'il est mauvais. Environ 6% croient que leur santé s'est détériorée par rapport à l'année précédente.

En cas de maladie 38.4% des jeunes demandent l'aide uniquement de leur mère et 32.7% reviennent à leurs parents.

Graphique 18.3 : Répartition des jeunes selon les personnes refuges en cas de maladie selon le genre



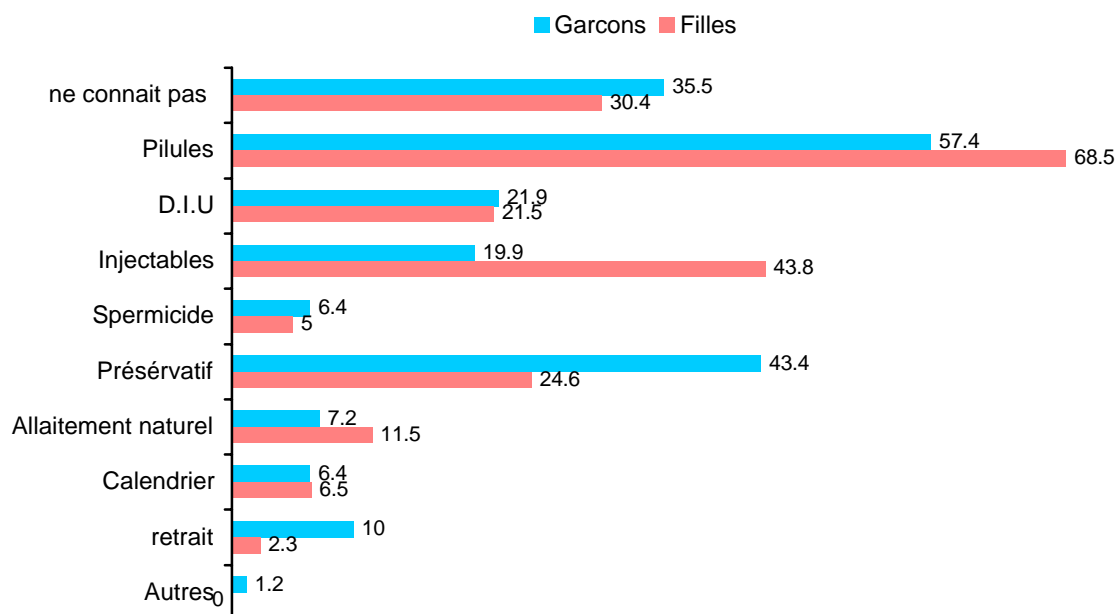
Le graphique 18-3 révèle que les jeunes ont beaucoup plus recours à leur mère qu'à leur père malgré que la majorité demande le conseil des deux parents en cas de maladie.

Pour se soigner, les jeunes vont généralement aux hôpitaux publics dans 51.3% des cas, 16.4% se dirigent vers les unités de santé, 16.2% consultent un médecin en revanche 30% des jeunes prennent l'avis d'un pharmacien. Dans 55% des cas, les garçons préfèrent que leur soignant soit un homme contre 8.5% des filles, tant dis que ces dernières préfèrent, dans 40.4% des cas, que leur soignant soit une femme (contre 2.8% des garçons). Mais généralement 41.4% des garçons et 49.6% des filles considèrent peu important que leur soignant soit un homme ou une femme.

De même, 89.4% des jeunes ont déclaré qu'ils ne fument pas (94.2% des filles contre 84.5% des garçons).

Par ailleurs le graphique (18-4) montre que la connaissance des jeunes des moyens de contraception est relativement limitée et elle est de l'ordre de 66.3% pour les méthodes modernes (au moins une). Les pilules sont généralement les plus connues (63%), suivies par le préservatif 33.9% (43.4% des garçons contre 24.6% des filles).

Graphique 18.4 : Le pourcentage des jeunes qui connaissent les moyens contraceptifs selon le genre



Le pourcentage de ceux qui acceptent l'utilisation de ces moyens sans conditions préalables afin d'éviter ou de retarder la grossesse, est faible, elle ne dépasse pas les 34.1%. Cette proportion est de l'ordre de 22.7% chez des filles. Le pourcentage de ceux qui acceptent sous réserve l'utilisation de ces moyens est de 17.2%, il atteint 23.1% chez les garçons contre 11.5% des filles. De même, le pourcentage des jeunes qui refusent totalement le recours aux moyens de contraception est de 44%, il atteint les 49% chez les garçons contre 39.2% chez les filles, ces proportions sont toutefois très élevées.

Les résultats de l'étude révèlent aussi une volonté claire des jeunes de Djibouti à avoir un nombre élevé d'enfants avec une moyenne de 6.2 enfants et ce, sans aucune différence remarquable entre le sexe.

Il apparaît en plus, un désir plus net d'avoir des enfants de sexe masculin, avec une moyenne de 3.3 garçons contre 2.9 de filles. En outre, un jeune sur deux considère que la période adéquate séparant deux grossesses est de deux ans tandis que un parmi quatre croit qu'une année est suffisante.

Les données de l'étude reflètent une faible connaissance des jeunes des maladies sexuellement transmises à l'exception de VIH dont près de 95% des jeunes ont en entendu parler (98% des garçons contre 91.5% des filles).

Tableau 18.2 : Le pourcentage des jeunes qui connaissent certaines maladies sexuellement transmises selon le genre

Les maladies	Masculin	Féminin	Total
Syphilis	39.0	34.2	36.6
Écoulement	30.7	6.9	18.6
Champignons	10.8	18.8	14.9
Sida	98.0	91.5	94.7
autres	2.0	4.2	3.1
Nombre	251	260	511

Les données de l'étude font apparaître, en particulier, que la source d'information à propos du virus VIH est la télévision pour 86% des jeunes, la radio pour 80.6%

suivie par les amis 33.1%, les journaux et les magazines 28.7%, les écoles 25.2% et enfin les mosquées 21.9%.

En plus, 92.6% des jeunes ont déclaré que le canal de transmission du virus VIH est principalement la relation sexuelle, 62% ont cité la transmission sanguine et 40.3% croient que la non-utilisation des préservatifs constitue l'une des causes de transmission.

En ce qui concerne la prévention contre le VIH, 57.4% déclarent que ceci provient à travers des relations sexuelles saines, 38.8% citent l'utilisation du préservatif, 34.7% conseillent d'éviter la transmission sanguine et 18.6% croient qu'il faut éviter l'utilisation des aiguilles multi-usages.

18.8. Préparation des filles à la vie féconde

A propos de la préparation des filles à assumer leur rôle de procréer, il apparaît que la majorité des filles âgées entre 15 et 24 ans connaissent les signes de puberté tels que l'apparition de règles, le développement de la poitrine, la croissance et autres ; 96.1% des filles ont signalé l'apparition effective de ces signes chez elles, 75% d'entre elles ont déclaré qu'elles se sont comportées normalement face à ces changements.

A propos des implications de la puberté sur certains aspects de la vie quotidienne, le tableau 18-3 présente le pourcentage des filles qui ont signalé des changements dans leur vie. Les modes d'habits apparaissent en première position avec un pourcentage de 71%.

Tableau 18.3 : Le pourcentage des filles (15-24) ayant confirmé les changements de certains aspects quotidiens après leur puberté

Aspects de changement	pourcentage
Changement de mode d'habits	71.0
Changement des tâches ménagères	53.9
Moins de visite seule aux amis	40.4
Moins de visite seule aux proches	34.7
Moins de courses seules	39.2
Changement des comportements des frères	49.4

Les données de l'étude font aussi apparaître que près de 67% des filles ont eu des informations à propos de leurs pubertés de leur mère, contre 33.5% ont eu recours à leurs sœurs aînées et environ 24% à leurs aînées. Il faut tenir compte que ces pourcentages sont calculés sur la base des réponses multiples.

En outre, les filles ont déclaré avoir les premières règles à un âge moyen de 13.4 ans. La proportion de filles ayant eu les premières règles entre 12 et 15 ans se situe à 83%.

Environ les deux tiers des filles ont signalé qu'elles ont appris toutes seules à s'occuper de leur hygiène pendant la période de règle, cependant, 62.2% des filles déclarent avoir appris ces pratiques de leur mère, 17.4% les ont apprises de leurs sœurs aînées et 10.5% de leurs amies. De plus, 71.6% des filles utilisent les serviettes périodiques pour leurs hygiènes pendant les règles.

Les deux tiers des filles ont signalé que leur performance quotidienne diminue pendant la période des règles, que ces dernières sont régulières et restent en moyenne 6.8 jours.

18.9. Le sexe et les pratiques sexuelles

Environ 46% des jeunes accordent une grande importance au sexe, près 21% y sont assez intéressés et 14.5% y portent un faible intérêt. Cependant le pourcentage de ceux qui ne donnent aucune importance au sexe est de 8.4%. De même 69% des garçons estiment qu'ils commencent à s'intéresser au sexe dans la tranche d'âge (15-19), 17.9% l'estiment à 10-14 ans.

Quant aux filles, elles commencent plus tôt à s'intéresser au sexe, lequel plus que 42% l'estiment entre 10 et 14 ans, la même proportion l'estiment à 15 –19 ans.

De même, 65% des jeunes discutent des sujets sexuels très fréquemment. Ces discussions sont beaucoup plus fréquentes entre les garçons (76.5%) qu'entre les filles (53.5%). 91% des garçons discutent plus aisément de ces sujets avec leurs amis, 90.2% ont signalé qu'elles sont beaucoup plus libres en discutant de ces sujets avec leurs amies.

L'étude révèle que l'âge moyen lors de la première expérience sexuelle est de 17.1 ans chez les garçons et de 15.9 ans chez les filles.

Les résultats de l'étude font apparaître que le pourcentage des jeunes (garçons et filles) non mariés âgés entre 15 et 24 ans et qui ont des amis ayant des relations sexuelles est de 37.6% tant dis que le pourcentage de ceux qui ont des amies, non mariées et ayant des relations sexuelles sont de 27.6%. Cette proportion est beaucoup plus marquée chez les garçons où 56.6% de leurs amis non mariés ont des relations sexuelles contre 37.9% de leurs amies non mariées. Elle est plus minime chez les filles où seulement 19.3% de leurs amis non mariés ont des relations sexuelles contre 17.7% de leurs amies non mariées.

Quant à l'utilisation des moyens de contraception pendant leurs relations sexuelles, 28.8% l'utilisent toujours, 15.4% y ont parfois recours et environ 30% l'utilisent selon leurs partenaires tant dis que 10.6% ne l'utilisent pas. Parmi les moyens les plus utilisés, le préservatif occupe le premier rang avec 46.8% suivi par les pilules avec 37%.

CHAPITRE 19

LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES

19.1. Introduction

L'enquête démographique et sanitaire PAPFAM a permis de collecter des informations sur la question des Mutilations Génitales Féminines. Elle constitue la première initiative d'envergure prise pour tenter d'évaluer l'ampleur du phénomène sur le plan nationale et permettra sans doute de mieux cibler les actions à entreprendre pour lutter contre ces pratiques traditionnelles néfastes.

19.2. Le problème des mutilations génitales féminines à Djibouti

Les Mutilations Génitales Féminines (MGF) également appelées circoncision féminine sont largement pratiquées sur le continent africain puisqu'elles touchent environ 75 millions de femmes et d'enfants dans 26 pays africains.

La nature de l'opération qui est liée à des pratiques ancestrales, varie d'un pays à un autre, d'un groupe ethnique à un autre. Elles restent cependant des pratiques discriminatoires et contraires à tous les textes et déclarations universelles protégeant les droits de l'individu. Elles contribuent également à la surmortalité maternelle et infantile dans les régions où elles sont pratiquées.

En République de Djibouti, les MGF constituent un problème majeur et demeure encore un sujet tabou, malgré le travail important réalisé par l'Union Nationale des Femmes Djiboutienne (UNFD) fer de lance de la lutte contre les MGF depuis 20 ans. En effet, cette ONG nationale est la première à faire l'état du problème et a mené des nombreuses initiatives visant à sensibiliser notamment les mères sur les dangers au niveau de la santé de ces pratiques.

En effet, la circoncision féminine est toujours le domaine des femmes où s'exerce notamment l'autorité des plus âgées d'entre elles. Les grands-mères font souvent exciser leurs petites filles parfois même sans l'accord des parents. De ce fait les campagnes de sensibilisation ont surtout ciblé cette catégorie de la population (mères et grands-mères).

Ces actions ont permis aux djiboutiens de s'organiser et de commencer enfin à parler de ces pratiques traditionnelles néfastes, malgré les pesanteurs d'ordre sociologiques, culturels et surtout religieux qui ont eu pour effet de freiner l'élan.

Il y a essentiellement trois types de circoncision féminine en République de Djibouti:

1. L'infibulation appelée aussi, selon les régions circoncision pharaonique, en constitue la forme la plus sévère. Elle consiste en l'ablation du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres et se termine par la suture des ces dernières, ne laissant qu'un petit orifice pour l'élimination de l'urine et des flux menstruels ;

2. L'excision, consiste en l'ablation du clitoris et, selon le cas, associée à une ablation partielle ou totale des petites et grandes lèvres ;
3. La circoncision, communément connue sous le nom de Sunna, consiste à provoquer un saignement rituel par l'ablation du prépuce du clitoris associé, dans certains cas, par l'ablation partielle ou totale du clitoris.

La pratique est généralisée à l'ensemble de la population féminine quelque que soit l'ethnie considérée ou la classe sociale. Les résultats de l'Enquête PAPFAM de 2002 constituent les premières données d'envergure nationale sur la question et sont de ce fait un excellent moyen d'évaluer l'impact des stratégies de lutte contre ces pratiques qui ont débutées dans les années 80.

19.3. La prévalence des MGF parmi les femmes adultes à Djibouti.

Les résultats de l'enquête démographique et sanitaire (PAPFAM) font état de façon sans équivoque l'enracinement profond et la quasi-universalité de la pratique des Mutilations Génitales Féminines dans la société Djiboutienne.

19.3.1. PREVALENCE GLOBALE

L'ampleur du phénomène est exceptionnelle, sur les 2741 femmes enquêtées âgées de 15 à 49 ans, 2 690 ont déclaré avoir subi une forme ou une autre des trois types de mutilations recensées à Djibouti, soit une proportion de 98.1%.

Il est à noter que même chez les groupes d'âges de 15-19 ans chez qui on devrait légitimement déceler les premiers signes de baisse de l'intensité du phénomène, la proportion des femmes mutilées atteint 100%.

Les variables retenues n'introduisent presque aucune différenciation significative tant le niveau des MGF est élevé. Les proportions des femmes ayant subi les MGF selon le milieu sont relativement proches : se situant à 99,5% pour les femmes rurales et nomades et à 97,6% chez les citadines.

Le niveau d'éducation est la variable la plus intéressante de ce point de vue car elle révèle que les femmes, ayant un niveau de baccalauréat et plus présentent la prévalence la moins importante avec 85.5% des femmes du groupe ayant subi les mutilations. Ce résultat exceptionnel est à nuancer cependant, il semble, en effet, tenir au fait qu'il s'agit surtout d'une population sélectionnée au sens statistique du terme ; nous sommes en présence certainement d'un groupe restreint dont le comportement s'écarte sensiblement de celui du reste de la population.

Hormis ce point particulier, le niveau de prévalence des MGF parmi les femmes de 15-49 ans reste élevé et cela quelque soit la variable retenue.

Les premières prémices d'évolution du phénomène sont à trouver au niveau de la distribution des femmes mutilées selon le type de mutilation subie.

19.3.2. LA PREVALENCE PAR TYPE DES MGF

L'examen des proportions des femmes mutilées selon le type des MGF subies permet de déceler un glissement timide mais néanmoins tangible des mutilations pratiquées de la forme la plus traumatisante que constitue l'infibulation aux formes relativement moins dures.

Les résultats de l'enquête permettent d'établir une corrélation intéressante entre l'âge des femmes et les types de mutilation qu'elles ont subi. En effet, elles sont 83,5% des 45-49 ans à avoir subi l'infibulation. Cette proportion baisse légèrement puis de façon plus importante pour les groupes d'âges jeunes. Corrélativement, les deux autres types de MGF voient leur part relative augmenter au fur et à mesure qu'on descend les âges.

Tableau 19.1 : Répartition des femmes ayant subies des mutilations génitales selon les types de mutilation et quelques caractéristiques

Caractéristiques	Type de mutilation				Nombre
	Type1	Type2	Type3	Non défini	
Age					
19-15	12.4	12.9	74.1	0.5	77
20-24	15.8	24.7	58.8	0.7	275
25-29	8.8	16.4	73.9	0.8	588
34-30	5.3	16.8	77.7	0.3	579
35-39	6.1	11.5	82.1	0.3	509
40-44	4.4	13.7	81.2	0.7	431
45-49	7.3	9.0	83.5	0.2	231
Milieu					
urbain	10.1	14.9	74.6	0.5	1930
Rural/Nomade	1.1	16.1	82.2	0.7	761
Niveau d'instruction					
Analphabète	4.5	15.0	80.0	0.5	2118
Lire/écrire	16.6	11.1	72.3	0.0	169
Primaire	17.1	16.7	65.8	0.5	243
Second I	19.8	18.5	61.7	0.0	104
Second II	30.9	26.2	40.9	2.1	54
Total	7.5	15.2	76.7	0.5	2690

Le niveau d'éducation des femmes permet de renforcer ce constat, les parts relatives de la Souna et de l'excision augmentent nettement avec le niveau d'éducation des femmes alors que celle de l'infibulation baisse rapidement.

La mutilation de type 3 est relativement plus utilisée dans la campagne qu'en ville. La mutilation de type 3 ou la souna représentent 10% en ville alors qu'elle

est quasi inexistante dans les campagnes. Enfin, les femmes ayant une parité élevée ont relativement plus subi elle-même l'infibulation.

Cette évolution que nous verrons plus prononcée encore par la suite pour les filles des femmes enquêtées est le résultat des campagnes de sensibilisation menées depuis les années 80 évoquées plus haut. Les stratégies d'IEC en cours jusqu'à récemment ont plutôt visé à encourager, dans un premier temps, surtout l'abandon des formes les plus mutilantes de ces pratiques.

19.4. Age moyen de survenance de l'événement

Il convient de préciser, que les femmes enquêtées n'ont pas été questionnées sur l'âge où elles ont elles-mêmes subi l'événement du fait du risque d'erreur et d'oubli élevé et de ce fait les indicateurs d'âge qui suivent ne valent donc que pour les progénitures des enquêtées. Pourtant les erreurs manifestent qui sont apparues lors de l'exploitation des données montrent bien qu'il y a eu confusion et que les femmes ont parfois cru qu'elles étaient interrogées sur leur propre cas d'ou quelques aberrations au niveau de résultat consignés dans le tableau 5.6.

Tableau 19.2 : Répartition des cas de mutilation de la dernière fille selon l'âge à la mutilation et quelques caractéristiques

Caractéristiques	L'âge à la mutilation				Nombre de femmes	Age moyen à la mutilation
	< 5 ans	5-9 ans	10-14 ans	15 ans et +		
Lieu de résidence						
Urbain	30.7	57.7	8.0	0.4	770	5.5
Rural/nomade	64.1	31.4	4.2	0.0	355	2.9
Niveau d'instruction de la mère						
Analphabète	41.9	49.5	6.4	0.1	978	4.5
Lire/écrire	43.8	45.2	10.2	0.0	59	4.9
Primaire	33.1	57.5	6.9	0.0	64	5.3
Second I	32.2	42.3	15.9	2.5	17	6.0
Second II +	33.6	13.9	13.1	13.1	8	7.5
Total	41.3	49.4	6.8	0.2	1125	4.6

En dépit de cela, l'âge moyen de survenance de l'événement est de 4.6 ans, il est relativement en phase avec ce que nous savons de ces pratiques à Djibouti qui est exercée dans l'ensemble assez tôt et en tout cas rarement après l'âge de la puberté. Les mutilations pré-nuptiales relevées dans d'autres régions du continent n'existent pas à Djibouti, même s'il est courant de recourir à une intervention chirurgicale pour désinfibuler la jeune mariée avant la nuit de noce.

On notera que l'âge moyen où les mutilations sont pratiquées est plus précoce dans les campagnes, elles interviennent en moyenne à 2.9 ans contre 5,5 ans dans les villes. Cela s'explique en grande partie par le fait qu'il faille trouver un moment propice pour les familles citadines des vacances scolaires par exemple et généralement dans un pays limitrophe ou dans la campagne.

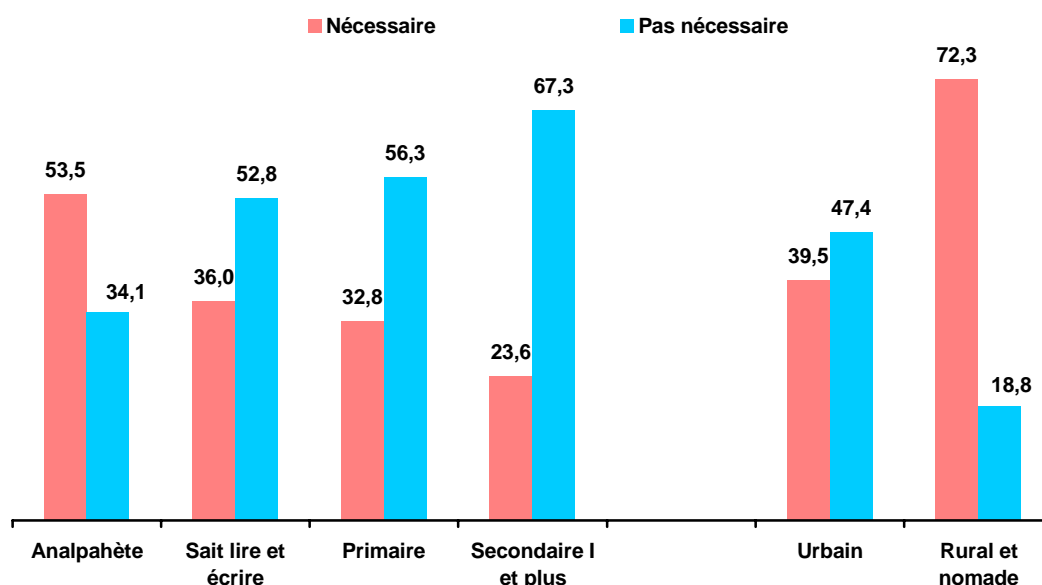
19.5. Perception et Opinion des enquêtes vis-à-vis de ces pratiques

La proportion des femmes enquêtées ayant subi les MGF pensant que les MGF sont nécessaires représente 48.7% et devance de 10 points environ les femmes s'étant déclarées contre ces pratiques. Dans les deux cas, elles motivent leurs opinions. Les caractéristiques dominantes de chaque groupe seront analysées avant de se pencher sur les raisons fondant leur opinion.

19.5.1 CARACTERISTIQUE DU GROUPE

L'âge des femmes, leur niveau d'instruction ainsi que leur milieu de vie influencent très nettement leurs opinions sur la pratique des MGF : Elles sont 72.3% des rurales à penser que les MGF sont nécessaires alors que cette proposition est de 39.5% pour les femmes citadines ; 53% des analphabètes justifient la pratique contre 21.8% des femmes ayant un niveau de brevet d'étude et 27% des bachelières et plus. Enfin, plus les interrogées sont âgées plus elles sont nombreuses à être favorable aux MGF.

Graphique 19.1 : Opinion des femmes sur le degré de nécessité de la pratique des mutilations génitales féminines



Si les variables classiques conservent tout leur pouvoir explicatif traditionnel pour le précédent groupe, on notera que les groupes des femmes s'étant déclarées contre les MGF sont relativement plus hétérogènes notamment sur le critère âge de la femme. En effet, tous les groupes d'âge sont représentés de façon relativement équilibrée car les proportions des femmes s'étant déclarées contre les MGF par groupe d'âge s'échelonnent entre 36,5% et 42,1%.

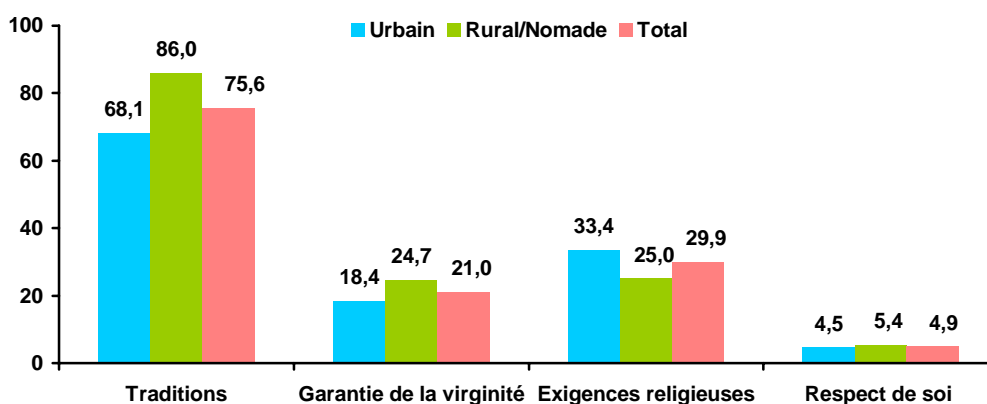
De plus si l'on considère que les analphabètes et les rurales opposées à la pratique représentent un contingent assez conséquent avec respectivement 34% et 18,8% et la relative unanimité du groupe quant aux complications médicales pour justifier leur refus des MGF, il ne serait pas abusif de considérer que ces

femmes ont changé leur perception et leur opinion vis-à-vis du phénomène à la suite des campagnes d'IEC.

19.5.2. LES RAISONS INVOQUEES POUR JUSTIFIER LES OPINIONS FAVORABLES

On notera d'abord que parmi les différents mythes entourant les MGF, celui de gémellité, d'après lequel chaque bébé serait à la fois mâle et femelle à la naissance et qu'il convient de corriger par la circoncision ou les MGF. Ce mythe qui est présent dans des nombreuses régions comparables n'est pas opérant dans le contexte Djiboutien. Néanmoins les autres explications avancées sont assez semblables à ce qu'on a coutume de relever dans les pays du Sahel.

Graphique 19.2 : Raisons évoquées pour justifier la nécessité de la pratique des mutilations génitales féminines



Exigence sociale et culturelle

Les enquêtées sont nombreuses à avancer les normes sociales et les traditions pour justifier l'existence et la perpétuation de ces pratiques. Un peu plus des $\frac{3}{4}$ de ce groupe (75,6%) invoque la tradition pour justifier les MGF. Ce score élevé est plutôt révélateur d'un certain malaise de la part de ces femmes quand il s'agit de légitimer solidement leur action. La tradition est suffisamment large et confuse pour servir de faire valoir, il ne serait pas erroné donc d'interpréter cela plus comme la manifestation de la volonté de reproduire socialement le phénomène malgré tout. Les MGF sont pratiquées parce que nos parents, nos grands parents l'ont pratiqué.

Le respect de soi invoqué par 4,9% de ce groupe peu être également versé dans cette catégorie. Par ailleurs, les femmes sont nombreuses à avoir compris aujourd'hui que l'argument religieux n'est plus opérant grâce aux campagnes d'IEC et la prise de position des nombreux leaders religieux.

Exigence Religieuse

Néanmoins, l'explication religieuse arrive au second rang de la hiérarchie des explications avancées avec 29,9%. Elle est liée étroitement dans notre cas à la notion de purification. En langue somalienne les MGF sont désignés par le terme de « hallaleyse » (purifié) dont la connotation religieuse ne fait aucun doute.

Le rattachement des MGF à l'Islam s'est fait semble-t-il avec le temps sans que ce lien soit cependant discuté ou débattu. Ce qui explique en grande partie le recul de cet argument après son introduction dans le débat public durant les deux dernières décennies.

Le contrôle de la sexualité

La perception des MGF comme norme de régulation sociale de la sexualité et garde fou garantissant la virginité de la femme jusqu'au mariage est assez présente dans la société djiboutienne elle a la faveur de 21% des enquêtées.

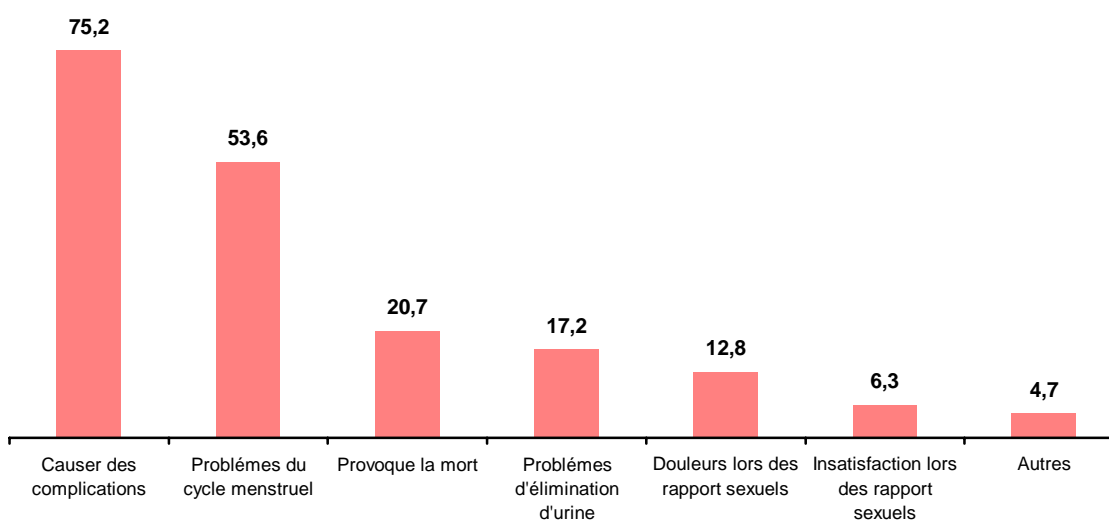
Les MGF facteur de stabilité de couple, favorisant la fidélité des épouses du fait de la baisse du désir sexuel est également avancé par une minorité des enquêtées. A travers ces éléments se trouve réaffirmé surtout la prédominance de la fonction de reproduction de la femme sur sa vie sexuelle et affective.

19.5.3 LES RAISONS FONDANT LES OPINIONS OPPOSEES AUX MGF

Les femmes opposées à ces pratiques se sont fondées sur le fait que la mutilation génitale cause souvent des complications de santé (75.2 %) et des problèmes du cycle menstruel (53.6 %).

Aussi, une femme sur quatre pense que cette pratique peut causer le décès de la femme ayant subi les MGF.

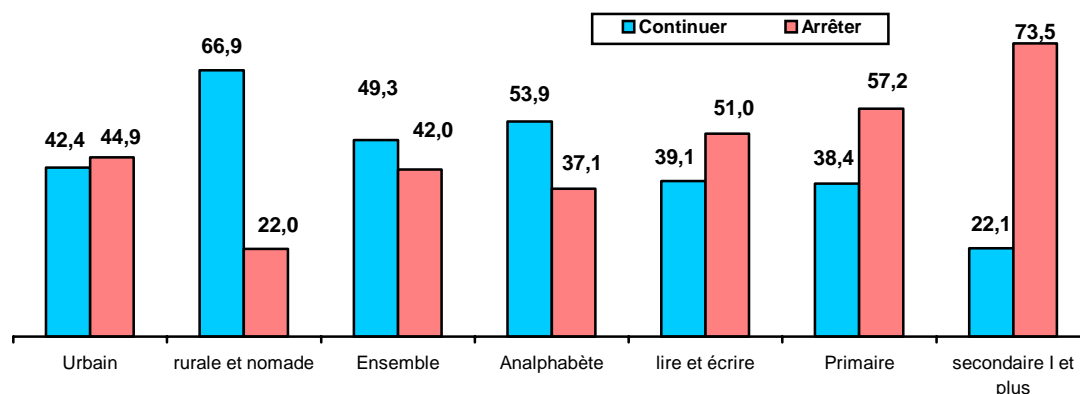
Graphique 19.3 : Pourcentage des femmes exprimant leur désaccord selon les causes déclarées



19.6. La reproduction du phénomène

Il s'agit cette fois non pas de formuler un jugement de valeur qui peut être de pure convenance mais de se prononcer sur ses propres décisions futures vis-à-vis des MGF et si les femmes vont effectivement mutiler ou non leurs progénitures filles.

Graphique 19.4 : Pourcentage des femmes selon leurs avis (continuer/arrêter) des MGF



Et de ce point de vue les tendances relevées plus haut se confirment à savoir que ce sont les femmes plutôt jeunes, éduquées, avec une faible parité, et plutôt citadines qui pensent qu'elles cesseront ces pratiques sur leurs filles. Le niveau d'éducation est dans ce cas le plus discriminant : 73.5% de femmes ayant un niveau secondaire et plus, 57.2% de celles ayant un niveau primaire et 51% de celles qui savent lire et écrire pensent qu'elles ne perpétueront pas ces pratiques. A l'inverse, les tenantes de la perpétuation de la pratique sont en majorité les femmes analphabètes 53,9% et les rurales et nomades (66.9%).

On retiendra tout de même que c'est ce second groupe qui devance le premier avec 49,3% contre 42% ce qui devrait constituer un réel motif d'espoir malgré tout, et si l'on considère l'écart somme tout relativement faible entre les deux groupes et le fait que ces femmes sont elles même mutilées à plus de 98%. Si les intentions devaient se confirmer (scénario le plus optimiste) le niveau de prévalence globale serait réduit de moitié en une génération

Le pourcentage d'indécises est intéressant à relever à plus d'un titre également même si globalement les avis restent tranchés. Néanmoins plus d'un quart 25,9% des jeunes femmes de 15-19 ans ne savent pas encore si elles pratiqueront ou pas des MGF sur leur progénitures présentes ou à venir il en est de même, pour le groupe des femmes n'ayant aucune fille pour lesquelles cette proportion est de 19,6%, il s'agit en réalité du même groupe pour l'essentiel.

19.7. Conclusion et points de discussion

Les résultats de cette enquête nationale nous permettent de mieux saisir la réalité de MGF à Djibouti. La très importante proportion des femmes mutilées peut impressionner même si l'analyse des résultats montre une évolution des pratiques vers un plus de clitoridectomie. Pourquoi une telle résistance du phénomène ?

Essentiellement du fait de sa justification qui est culturelle et sociale: rites religieux, rôle régulateur de comportement (sexuel, moral, de reproduction), vecteur de féminité, de beauté. Sa longue histoire en fait une tradition qui a été remodelée et intégrée dans les normes sociales et religieuses en cours dans nos sociétés. Actuellement, ses effets néfastes sont surtout à long terme donc moins alarmants pour le public qui n'arrive pas à saisir ses effets dévastateurs à long terme sur la santé reproductive et sexuelle de la femme et de la fillette.

A propos des caractéristiques des MGF à Djibouti, qu'en est-il de la prévalence des MGF parmi la génération actuelle de fillettes de moins de 15 ans, surtout dans les zones exposées à la sensibilisation contre les MGF durant les deux dernières décennies? Y a-t-il une tendance vers plus de pratique de la clitoridectomie parmi ce sous-groupe comme nous permet d'entrevoir cette enquête ou y a-t-il eu une amorce d'abandon de ces pratiques pour les fillettes d'aujourd'hui ?

Il serait intéressant de continuer la réflexion sur ce sujet par une étude approfondie prenant en considération les différents volets de l'enquête.

CHAPITRE 20

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

1 - Caractéristiques des ménages et de l'habitat

La taille moyenne des ménages Djiboutiens est de 5.7 individus, et La proportion des moins de 15 ans atteint 37%. De la population totale. 7 ménages sur 10 sont constitués de familles nucléaires.

Le taux de scolarisation ne dépassent pas 78% pour les garçons et 69% pour les filles.

Les conditions d'habitat de la population sont déplorables : 32% seulement des ménages sont branchés au réseau de distribution de l'eau potable, 40% utilisent l'électricité pour l'éclair et 25% seulement des habitats sont reliés aux réseaux de canalisations d'assainissement.

Une bonne partie de la population de Djibouti, et surtout en dehors de la ville de Djibouti, est dépourvue de télévision(69 %) et de radio(51 %)

2 - Maladies chroniques, handicap et tabagisme

Les maladies chroniques les plus répandues sont la tension artérielle, le diabète et la tuberculose. Les résultats ont montré que 4% de la population souffre d'au moins une maladie. La population souffrante d'un handicap profond représente 1%, celle d'un handicap léger 2% ; les problèmes de vue sont les plus courants, suivis par le handicap moteur.

Le tabagisme touche 1 personne sur 10 de la population âgée de 10 ans et plus. Ce taux atteint 40% des hommes entre 40 et 60 ans.

3 -Nuptialité, fécondité et planification familiale

Le taux des mariés (15 ans et +) atteint 53%, il est de 50% pour les hommes et de 56% pour les femmes. L'âge moyen au mariage est assez élevé, pour les garçons comme pour les filles (30.7 ans et 28 ans). Les filles les plus instruites se marient plus tardivement. Le mariage consanguin représente le quart des mariages; il très répandu parmi la population jamais scolarisée (44%). Fait remarquable, le foyer djiboutien paraît assez stable vu que 87% des femmes se sont mariées une seule fois. Toutefois 11% des époux ont plus d'une femme.

La fécondité de la population de Djibouti est encore une fécondité naturelle : 22% des femmes non célibataires âgées de 45-49 ans ont atteint une descendance finale de 9 enfants nés vivants. Toutefois on remarque une tendance à la baisse de l'indice synthétique de fécondité (ISF) passant de 5.1 pendant les décades antérieures à 4.2 au cours de la périodes de 5 ans précédent l'enquête. Le nombre moyen d'enfants souhaités est de 7.6 enfants ; 36% des femmes mariées désirent en avoir plus. D'autre part l'utilisation de la contraception est encore à ses débuts : 15% seulement des femmes non célibataires (15-49 ans) ont utilisé la contraception au moins une fois (10.5% pour les méthodes modernes). L'utilisation au moment de l'enquête ne dépasse guère les 9%, et 11% seulement des non-utilisatrices pensent utiliser la contraception à l'avenir.

4 - Santé de la mère et de l'enfant

Le taux de mortalité maternelle est encore très élevé à Djibouti : 546 cas de décès sur cent milles naissances. Cependant 77% des femmes ayant été enceinte au cours des cinq dernières années ont déclaré avoir une consultation prénatale ; 73% ont accouché sous surveillance médicale ; 64% ont eu au moins une fois une dose de tétanos ; 85% des femmes qui ont accouché au cours de ses cinq dernières années n'ont pas suivi leur état de santé en postnatal dont le tiers évoquent l'indisponibilité des services comme raison principale.

Le taux de mortalité infantile est de 100 pour 1000 au cours des cinq dernières années. Il a enregistré une baisse de 6 points par rapport à la période antérieure de 5-9 ans.

Les maladies affectant le plus les enfants de Djibouti sont : la toux (57% des enfants ont eu la toux avec différents degrés de gravité) et la diarrhée (22%) et ce au cours des 15 jours précédents l'enquête.

Il est à remarquer que le taux de vaccination est assez bas. Seulement 42% ont eu tous les vaccins nécessaires (51% en milieu urbain, 16% en milieu rural/nomade).

La sous-nutrition des enfants se manifeste par le retard de croissance. En effet 23% des enfants ont une taille moins que la normale, 18% sont chétifs/très chétifs et 27% ont un poids inférieur à la normale.

4 - L'excision des fillettes

Les résultats ont montré que 98% des femmes de l'échantillon ont subi l'excision. Néanmoins ce taux est de 86% chez les celles de niveau scolaire secondaire II. Le type le plus répandu de l'excision est l'ablation complète avec 77% des cas. Les résultats ont montré aussi que l'âge moyen à l'événement de l'excision est environ 5 ans en milieu urbain contre 3 ans en milieu rural/nomade. D'autre part, 2 femmes sur 5 ont déclaré qu'elles sont contre la perpétuation de cette pratique.

5 - Santé des jeunes : pratiques et comportements

Il est à remarquer que l'analphabétisme est assez répandu chez les jeunes (15-24 ans) de la ville de Djibouti (34 % des filles contre 7% des garçons).

L'âge moyen au mariage souhaité par ces jeunes est de 26 ans pour les garçons et 21 ans pour les filles. Ils sont conscients que les difficultés matérielles et les problèmes de chômage constituent les entraves essentielles au mariage des jeunes. Une tendance se manifeste parmi ces jeunes contre le mariage consanguin.

D'autre part, trois jeunes sur dix croient que leur état de santé n'est pas bon. Cependant, s'agissant de leur santé reproductive, et compte tenu de la liberté relative des relations sexuelles, ces jeunes ne sont pas bien informés de la contraception : 66% seulement connaissent une méthode, et un tiers seulement est favorable à l'utilisation de la contraception sans conditions préalables.

La connaissance du SIDA (AIDS) est quasi générale : 98% des garçons, 92% des filles; 93% savent que les rapports sexuels sont un moyen de transmission de cette maladie, et 6 jeunes sur 10 pensent que des rapports sains sont le moyen

de prévention le plus sûr. Signalons que les premiers rapports chez les filles commencent à l'âge de 16 ans contre 17 ans chez les garçons.

S'agissant de la puberté, les résultats ont montré que les jeunes filles (15-24 ans) de la ville de Djibouti connaissent les changements corporels et que leurs mères sont dans la plupart des cas la source essentielle de l'information.

RECOMMANDATIONS

Les données présentées dans ce rapport ne laissent aucun doute de la nécessité d'améliorer les conditions de vie de la population Djiboutienne et surtout en ce concerne l'infrastructure de base en dehors de la ville de Djibouti. La mise en place d'une politique de développement et des programmes sanitaires est une urgence, surtout dans les axes suivants :

- ❖ Amélioration des conditions d'habitats des populations urbaines (eau potable, électricité, assainissement)
- ❖ Augmenter les chances des jeunes en éducation, surtout pour les filles.
- ❖ Création des postes de travail pour les jeunes.
- ❖ Approchement des services de santé à la population avec des coûts abordables.
- ❖ Planification d'une stratégie de sensibilisation et d'éducation dans le domaine de la santé reproductive et de vaccination des enfants.
- ❖ Organisation des campagnes de sensibilisation en faveur des jeunes sur les dangers du Sida et les méfaits du Katt. Le ministère de santé peut mettre en place des réseaux de distribution de préservatifs à grande échelle, cette méthode préventive se vend très chère dans les pharmacies.
- ❖ Amélioration et prise en charge par l'Etat des services de Planification familiale et de santé de la reproduction.
- ❖ Formation des cadres de la santé dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.