

PN-ADI-948

**Enquête
Démographique
et de Santé
EDSB-III**

**BÉNIN
2006**

**Rapport
Préliminaire**

Ce rapport présente les résultats préliminaires de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) réalisée au Bénin d'août à novembre 2006 par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), avec la collaboration du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). L'EDSB-III a été financée par le Gouvernement du Bénin, l'Union Européenne, l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), l'UNICEF et par le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS) de Macro International Inc., dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques et de santé portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale, la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant et le VIH/sida.

Pour tous renseignements concernant l'EDSB-III, contacter l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), BP 323, Cotonou, Bénin (Téléphone (229) 21 30 74 48/21 30 82 44 ; Fax (229) 21 30 82 46 ; e-mail : insae@insae-bj.org; Internet : WWW.insae-bj.org).

Concernant le programme MEASURE DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999; e-mail : reports@macroint.com; Internet : <http://www.measuredhs.com>).

**MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT, DE L'ÉCONOMIE ET
DES FINANCES**



**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDSB-III)
BÉNIN
2006**

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

**Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique
Avec la collaboration du
Programme National de Lutte contre le Sida
Cotonou, Bénin**

et

**Demographic and Health Surveys
Macro International, Inc.
Calverton, Maryland, USA**

Mars 2007



Ce rapport a été préparé par :

**Hippolyte TOGONOU
Bruno NOUATIN
Euzerbe GOMEZ
Fortuné SOSSA
Memounath ZOUNON
Séverin AGRANGLA
Clément AHOUSSINOU
Bernard BARRÈRE
Nicaise KODJOGBE**

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PERSONNEL DE L'ENQUÊTE.....	vi
INTRODUCTION.....	1
I- OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE.....	3
A. Objectifs de l'enquête.....	3
B. Questionnaires.....	3
C. Échantillonnage.....	4
D. Test du VIH.....	5
E. Formation et collecte des données.....	6
F. Traitement des données.....	6
II- RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES.....	7
A. Couverture de l'échantillon.....	7
B. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	7
C. Fécondité.....	9
D. Utilisation de la contraception.....	11
E. Désir d'enfants (supplémentaires).....	13
F. Santé de la reproduction.....	14
G. Vaccination des enfants.....	16
H. Maladies de l'enfants et traitement.....	18
I. Paludisme.....	20
J. Allaitement et alimentation de complément.....	22
K. État nutritionnel.....	23
L. Anémie.....	26
M. Mortalité des enfants.....	28
N. Connaissance du VIH/Sida.....	30
O. Utilisation du condom.....	33
P. Prévalence du VIH.....	35

PERSONNEL DE L'ENQUÊTE

PERSONNEL NATIONAL*

Coordination Nationale

Dr. Cosme VODOUNOU, Directeur Général, INSAE
M. Hippolyte TOGONOU, Directeur des Études Démographiques, INSAE
Mme Agnès FLENON, Directrice Administrative et Financière, INSAE

Équipe Technique

M. Hippolyte TOGONOU, INSAE
M. Bruno Magloire NOUATIN, INSAE
Mme Victorine MENSAH, INSAE
M. Euzerbe GOMEZ, INSAE
DJAGBA Bruno, INSAE
Mme Elise HOUEGOUNOU AHOVEY, INSAE
Dr Clément AHOUSSINOU, PNLs, Ministère de la Santé
Mme Rafatou HOUNDEKON, DPP, Ministère de la Santé
Dr Jacques HASSAN, Ministère de la Santé
Dr. Aurore HOUNTO, Laboratoire PNLs, Ministère de la Santé

Supervision

Mme Mémounath BISSIRIOU ZOUNON, INSAE
Mme Armelle AHAMIDE, INSAE
Mme Léontine SERIKI, INSAE
M. Fortuné SOSSA, INSAE
M. Séverin AGBANGLA, INSAE
M. Damien AGOUA, INSAE
M. Alexandre BIAOU, INSAE
M. Constant YAYI, INSAE
& L'équipe technique

Traitement informatique

M. André AKPO, INSAE
M. Grégoire KPEKPEDE, INSAE
M. Evariste MISSIHOUN, INSAE
M. Hervé GBO, INSAE
M. Roméo GANSE, Cabinet CERTI-Bénin

Secrétariat

Mme Solange BADIAGOU, INSAE

PERSONNEL DE MACRO INTERNATIONAL

Coordination de l'enquête et assistance technique

M. Bernard BARRÈRE
M. Mohamed AYAD
M. Rulin REN
M. Albert THEMME
M. El Arbi HOUSNI, Consultant
M. Nicaise KODJOGBE, Cabinet CERTI-Bénin
Dr Aïchatou GUEYE-NDIAYE, Laboratoire de bactériologie virologie Hôpital Le Dantec, Dakar

*Une liste exhaustive du personnel de l'enquête sera incluse dans le rapport final.

INTRODUCTION

Ce rapport présente les résultats préliminaires de la troisième Enquête Démographique et de Santé en République du Bénin (EDSB-III) réalisée en 2006 par la Direction des Études Démographiques de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (Ministère du Développement, de l'Économie et des Finances) avec la collaboration du Programme National de Lutte contre le Sida (Ministère de la Santé). L'EDSB-III, initiée par le gouvernement béninois, a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS) de Macro International Inc., dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques et de santé portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale, la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant et le VIH/sida. L'enquête a bénéficié de l'appui financier de l'Union Européenne (UE), de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population (UNFPA) et du Budget National.

Les premiers résultats de cette importante enquête nationale présentés ici se limitent aux résultats d'intérêt le plus immédiat pour les responsables et administrateurs des programmes de population, santé et nutrition.

Les résultats présentés dans ce rapport préliminaire ont été produits avant l'analyse définitive des données de l'enquête. Ils sont par conséquent provisoires et susceptibles de subir de légères modifications.

Le rapport final présentant les résultats définitifs, avec tous les détails de l'opération, sera publié dans les prochains mois.

I - OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

A. Objectifs de l'enquête

Les objectifs assignés à la troisième édition de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) peuvent se résumer de la manière suivante :

- Fournir aux responsables et aux programmes de population au Bénin des données de base actualisées sur la fécondité, la mortalité, la planification familiale, la santé de la reproduction ;
- Permettre l'élaboration des indicateurs de suivi définis par les grands sommets sur la population et la santé et par le Document Stratégique de Réduction de Pauvreté ;
- Analyser les facteurs qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité et de la mortalité infanto-juvénile ;
- Actualiser les données sur la santé de la mère et de l'enfant : vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée, de la fièvre et de la toux, paludisme, visites prénatales, assistance à l'accouchement, et allaitement maternel ;
- Mesurer l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq, des femmes et des hommes par le biais des mesures anthropométriques ;
- Estimer la prévalence de l'anémie au sein de la population ;
- Mesurer la prévalence et les tendances de l'excision ;
- Évaluer le niveau de connaissance du VIH ;
- Estimer la prévalence du VIH ;
- Analyser les tendances des différents indicateurs calculés depuis la première EDS (EDSB-I de 1996)¹

B. Questionnaires

Dans le cadre de l'EDSB-III, trois questionnaires ont été utilisés :

- Le questionnaire ménage ;
- Le questionnaire individuel femme ;
- Le questionnaire individuel homme.

Le questionnaire ménage permet d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction. Il contient également des informations relatives aux conditions de vie du ménage. En dehors de ces caractéristiques, ce questionnaire comporte une page de couverture pour l'identification du ménage, et le résultat de l'interview. Le but premier du questionnaire ménage est de fournir les informations permettant de déterminer les populations de référence pour le calcul des taux démographiques (mortalité, natalité, fécondité), et d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour

¹ L'Enquête Démographique et de Santé réalisée au Bénin en 1996 (EDSB-I) par l'INSAE avec l'assistance technique de Macro International, a été suivie d'une deuxième enquête en 2001 (EDSB-II). Ces deux enquêtes sont, comme l'EDSB-III, des enquêtes nationales par sondage qui ont fourni des données sur les niveaux de la fécondité, de la mortalité des enfants, de la contraception et sur les indicateurs de la santé.

être interviewés individuellement. Enfin le questionnaire ménage sert à l'enregistrement des données des mesures de la taille, du poids, du niveau d'hémoglobine et des données sur la prévalence du VIH.

Le questionnaire individuel femme est utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans, ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage sélectionné, quel que soit leur statut de résidence. En dehors de la page couverture, similaire à celle du questionnaire ménage, il comprend 10 sections :

- Section 1 : Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
- Section 2 : Reproduction ;
- Section 3 : Contraception ;
- Section 4A : Grossesses, soins postnatals et allaitement ;
- Section 4B : Vaccination, santé et nutrition ;
- Section 5 : Mariage et activité sexuelle ;
- Section 6 : Préférence en matière de fécondité ;
- Section 7 : Caractéristiques du conjoint et travail de la femme ;
- Section 8 : Sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
- Section 9 : Excision ;
- Section 10 : Mortalité maternelle ;

Le questionnaire individuel homme a également une page de couverture, semblable à celle du questionnaire femme. Il est complètement indépendant de ce dernier, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15-64 ans sont identiques à celles posées aux femmes de 15-49 ans. Le questionnaire comprend les sections suivantes :

- Section 1 : Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté ;
- Section 2 : Reproduction ;
- Section 3 : Contraception ;
- Section 4 : Mariage et activité sexuelle ;
- Section 5 : Préférences en matière de fécondité ;
- Section 6 : Sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
- Section 7 : Excision.

C. Échantillonnage

L'échantillon de l'EDSB-III est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Chacun des douze départements du Bénin a été stratifié en urbain et rural sauf le département du Littoral constitué de la seule commune de Cotonou et qui est une strate entièrement urbaine. Cette stratification a donné un total de 23 strates. Dans chaque strate, on a tiré, au premier, degré un certain nombre d'unités aréolaires à partir de l'ensemble des Zones de Dénombrement (ZD) issues de la cartographie du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation du Bénin (2002). L'unité de sondage finale retenue est la grappe. Elle correspond généralement à la ZD. Dans le cas de très grandes ZD, la grappe correspond à un segment de la ZD. Au total 750 grappes ont été tirées. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces unités a fourni une liste de ménages à partir de laquelle a été tiré, au deuxième degré, un échantillon de ménages. Au total 17 982 ménages ont été sélectionnés dont 7 438 en milieu urbain et 10 544 en milieu rural. Toutes les femmes de 15 à 49 ans résidant dans ces ménages ont été enquêtées. En plus des femmes, un échantillon d'hommes de 15 à 64 ans a été obtenu dans un sous échantillon d'un ménage sur trois.

D. Test du VIH

Dans un tiers des ménages sélectionnés, tous les hommes de 15-64 ans et toutes les femmes de 15-49 ans étaient éligibles pour le test du VIH. Le protocole pour le test du VIH a été approuvé par le Ministère de la Santé.

Les prélèvements de sang étaient effectués auprès de tous les hommes de 15-64 ans et toutes les femmes de 15-49 ans éligibles qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. La méthodologie suivie pour dépister le VIH est basée sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS (Demographic and Health Surveys) et approuvé par le Comité d'Éthique (Internal Board Committee) de Macro International. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Après examen et amendement, le Ministère de la Santé du Bénin a approuvé le protocole anonyme-lié spécifique de l'EDSB-III et la version finale du Consentement Éclairé et Volontaire du test. Étant donné que le test du VIH est strictement anonyme, il n'était pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Qu'elles aient accepté (par signature du formulaire de consentement) ou non d'être testées pour le VIH, une carte était remise aux personnes éligibles pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuits auprès d'un Centre de Dépistage Volontaire (CDV).

Les prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles étaient faits par un agent de santé assisté de la contrôleuse de chaque équipe de terrain. En plus de leur formation pour effectuer ces prélèvements, les agents de santé avaient reçu une formation spéciale sur tous les aspects du protocole du test du VIH. L'agent cherchait d'abord à obtenir, auprès de chaque personne éligible, son consentement éclairé après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement, la confidentialité et le caractère anonyme du test. Au même moment, la carte pour bénéficier de conseils et d'un test gratuits auprès d'un CDV était remise à la personne éligible.

L'agent prélevait alors des gouttes de sang sur un papier filtre auprès des femmes et des hommes qui avaient accepté d'être testés, en respectant toutes les précautions d'hygiène et de sécurité recommandées. Dans la plupart des cas, les gouttes de sang étaient obtenues de la même piqûre au doigt. Une étiquette contenant un code barre était collée sur le papier filtre contenant le sang. Une deuxième étiquette avec le même code barre était collée sur le questionnaire ménage, sur la ligne correspondant au consentement de la personne éligible et une troisième étiquette, toujours avec le même code barre, était collée sur une fiche de transmission. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées, pendant 24 heures au minimum, dans une boîte de séchage avec des dessiccants pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Pour la conservation des prélèvements, des dessiccants et un indicateur d'humidité étaient placés dans le petit sac. Les sacs en plastique individuels étaient ainsi conservés au sec jusqu'à leur acheminement à l'INSAE, puis au laboratoire du PNLIS, chargé de tester les prélèvements sanguins selon l'algorithme suivant :

- Tous les échantillons étaient testés par un 1^{er} ELISA (Vironostika® HIV Uni-Form II plus O).
- Les échantillons dépistés positifs par ELISA 1 ainsi que 5 % des négatifs étaient ensuite analysés à l'aide d'un second ELISA (Enzygnost® HIV Anti-VIH1/2 plus).
- Tous les échantillons positifs sur les deux ELISA étaient reportés positifs.
- Tous les échantillons discordants aux deux ELISA (positifs au Vironostika et négatifs à l'Enzygnost) ont été confirmés par Western Blott.
- Enfin, tous les échantillons positifs étaient passés en Pepti-Lav 1-2® pour une différenciation VIH-1 et VIH-2.

E. Formation et collecte des données

La première formation a été celle du personnel chargé d'effectuer le pré-test des questionnaires. Elle s'est déroulée du 25 avril au 12 mai 2006 et a réuni 27 agents dont 19 femmes et 8 hommes. Le test du questionnaire sur le terrain a duré 6 jours, du 13 au 18 Mai 2006, et s'est effectué dans 4 grappes également réparties en milieu rural et urbain.

La formation pour l'enquête principale a démarré le 23 mai 2006 et a pris fin le 13 juin 2006. Deux cent personnes y ont pris part et, parmi elles, 172 ont été sélectionnées, dont 92 enquêtrices, 25 enquêteurs, 25 agents de santé, 25 contrôleuses et 25 chefs d'équipes. Il faut noter qu'en dehors de la formation générale, les agents de santé et les contrôleuses ont reçu une formation sur les mesures anthropométriques et les prélèvements sanguins pour les tests d'anémie et du VIH.

L'enquête principale a duré trois mois et demi, du 3 août au 18 novembre 2006, dont trois jours de recyclage de tous les agents pour tenir compte du temps qui a séparé la formation et le démarrage de l'enquête. Les agents ont été répartis en 25 équipes comprenant un chef d'équipe, une contrôleuse, un agent de santé, deux à cinq enquêtrices selon les zones, un enquêteur et un chauffeur.

F. Traitement des données

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté deux semaines après le démarrage de l'enquête sur le terrain, en utilisant le logiciel CSPro, développé par le programme DHS. Une équipe de 20 agents de codification était chargée de la vérification des questionnaires venus du terrain et de la codification des questions ouvertes avant de les transmettre à la saisie. Cette saisie a été réalisée par 40 opérateurs, de septembre 2006 à janvier 2007, et par 10 opérateurs complémentaires de décembre 2006 à janvier 2007, assistés de 4 contrôleurs sous la supervision d'un programmeur et de son assistant. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter, pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque enquêtrice/enquêteur, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient immédiatement répercutées sur les équipes de terrain lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données.

À la suite de la saisie, les données ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. La vérification finale a été réalisée par l'équipe technique de l'INSAE avec l'assistance d'un informaticien du programme DHS, utilisant une technique éprouvée au cours de dizaines d'enquêtes similaires.

II - RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

A. Couverture de l'échantillon

Les 750 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont pu être enquêtées au cours de l'EDSB-III. Au total, 17 982 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 17 675 ménages ont été identifiés et étaient occupés au moment de l'enquête. Parmi ces 17 675 ménages, 17 511 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99,1 % (tableau 1).

Résultat	Milieu de résidence		Total
	Urbain	Rural	
Enquête ménage			
Ménages sélectionnés	7 438	10 544	17 982
Ménages identifiés	7 313	10 362	17 675
Ménages enquêtés	7 228	10 283	17 511
Taux de réponse des ménages	98,8	99,2	99,1
Enquête individuelle femme			
Effectif de femmes éligibles	7 973	10 878	18 851
Effectif de femmes éligibles enquêtés	7 471	10 323	17 794
Taux de réponse des femmes éligibles	93,7	94,9	94,4
Enquête individuelle homme			
Effectif d'hommes éligibles	2 546	3 278	5 824
Effectif d'homme éligibles enquêtés	2 239	3 082	5 321
Taux de réponse des hommes éligibles	87,9	94,0	91,4

À l'intérieur des 17 511 ménages enquêtés, 18 851 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et, pour 17 794 d'entre elles, l'enquête a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 94,4 % pour les interviews auprès des femmes. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur trois : au total 5 824 hommes de 15-64 ans ont été identifiés dans les ménages de l'échantillon. Parmi ces 5 824 hommes devant être interviewés individuellement, 5 321 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 91,4 %, légèrement inférieur à celui des femmes.

Quand on compare ces taux de réponse avec ce qui avait été prévu dans le plan de sondage d'après les

résultats de l'EDSB-II de 2001, on s'aperçoit que le taux de réponse des ménages dépasse les prévisions, alors que ceux des enquêtes individuelles n'ont pas atteint la cible. En effet, le taux de réponse des ménages (99 %) est largement supérieur à celui attendu (93 %) ; par contre les taux de réponse des femmes et des hommes sont inférieurs à ceux attendus (94 % contre 96 % attendu pour les femmes et 91 % contre 95 % pour les hommes). De ce fait, le nombre de femmes et d'hommes enquêtés (respectivement 17 794 et 5 321) est légèrement inférieur à la taille de l'échantillon prévue par le plan de sondage (respectivement 18 000 et 6 000).

B. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire en âge de procréer, et les hommes de 15-64 ans constituent les populations cible de l'EDSB-III. Le tableau 2 présente la distribution de ces femmes et de ces hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, l'état matrimonial, le milieu de résidence, le département, le niveau d'instruction, la religion et le groupe ethnique.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes par caractéristiques sociodémographiques, Bénin 2006

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15-19	17,2	3 067	3 036	19,0	1 010	996
20-24	17,9	3 181	3 117	13,1	695	684
25-29	20,5	3 641	3 640	14,1	752	748
30-34	15,7	2 788	2 801	12,7	677	676
35-39	11,9	2 117	2 151	12,2	651	665
40-44	9,0	1 595	1 626	8,7	460	468
45-49	7,9	1 404	1 423	6,9	370	370
50-54	0,0	na	na	6,4	342	339
55-59	0,0	na	na	3,6	194	201
60-64	0,0	na	na	3,2	170	174
État matrimonial						
Célibataire	20,0	3 556	3 456	33,8	1 796	1 772
Marié	68,6	12 209	12 341	60,2	3 201	3 200
Vivant ensemble	6,7	1 191	1 143	3,6	189	211
Divorcé/séparé	2,6	462	471	2,1	112	114
Veuf	2,1	376	383	0,4	23	24
Milieu de résidence						
Cotonou	10,5	1 862	1 831	11,5	611	540
Autres Villes	30,9	5 498	5 640	31,0	1 649	1 699
Ensemble Urbain	41,4	7 360	7 471	42,5	2 259	2 239
Rural	58,6	10 434	10 323	57,5	3 062	3 082
Département						
Alibori	7,2	1 289	1 197	7,7	412	417
Atacora	6,4	1 145	1 506	6,2	333	441
Atlantique	11,4	2 027	1 988	12,0	640	606
Borgou	8,6	1 538	1 535	9,4	502	512
Collines	7,2	1 275	1 234	7,1	376	370
Couffo	8,3	1 468	1 530	6,9	369	394
Donga	3,8	668	893	3,8	202	276
Littoral	10,5	1 862	1 831	11,5	611	540
Mono	6,0	1 068	1 196	6,3	333	378
Ouémé	14,4	2 566	2 142	13,0	693	572
Plateau	4,9	879	862	5,0	266	271
Zou	11,3	2 009	1 860	11,0	585	544
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	63,7	11 334	11 577	36,1	1 921	2 024
Primaire	20,0	3 550	3 460	30,5	1 621	1 611
Secondaire 1 ^{er} cycle	11,4	2 032	1 970	19,7	1 051	1 027
Secondaire 2 nd cycle ou +	3,9	699	625	9,5	506	464
Supérieur	1,0	179	162	4,2	222	195
Religion						
Vodoun	15,4	2 742	2 747	16,8	893	904
Autres traditionnelles	2,0	363	431	2,5	134	154
Islam	21,3	3 797	3 878	22,3	1 189	1 260
Catholique	29,6	5 266	5 163	30,3	1 611	1 558
Protestant méthodiste	3,5	617	596	3,4	179	171
Autres protestants	3,6	635	647	3,7	198	204
Ceistes	7,3	1 306	1 256	5,9	314	300
Autres chrétiens	10,6	1 895	1 822	8,5	453	417
Autres religions	1,5	259	269	1,6	86	91
Aucune	4,9	869	941	4,9	260	257
Manquant	0,2	44	44	0,1	4	5
Ethnie						
Adja et apparentés	17,1	3 050	3 160	15,8	843	873
Bariba et apparentés	7,6	1 348	1 424	8,9	471	513
Dendi et apparentés	2,7	482	474	2,9	156	166
Fon et apparentés	43,3	7 714	7 276	44,6	2 374	2 198
Yoa et Lokpa apparentés	3,2	578	685	3,5	185	218
Bétamaribe et apparentés	5,7	1 015	1 226	5,2	274	336
Peulh et apparentés	4,2	747	766	4,2	223	241
Yoruba et apparentés	11,0	1 959	1 870	11,6	620	592
Autre nationalité	3,7	656	648	1,9	104	102
Autre	0,4	79	89	0,4	23	29
Manquant	0,7	127	133	0,6	30	31
Total	100,0	17 794	17 794	100,0	5 321	5 321

Note: Le niveau d'instruction correspond au plus haut niveau d'instruction atteint, qu'il ait été achevé ou non.
na = Non applicable

Comme attendu, on remarque que les proportions de femmes enquêtées diminuent selon l'âge, passant de 17 % à 15-19 ans à 8 % à 45-49 ans. On peut noter cependant une augmentation des proportions entre 15-19 ans et 25-29 ans, conséquence d'un probable vieillissement de certaines femmes les plus jeunes.

Précisons que, dans le cadre de l'EDSB-III, ont été considérés en union, tous les enquêtés ayant déclaré être actuellement marié ou vivre avec un homme/femme. Par conséquent, tous les enquêtés ayant déclaré n'avoir jamais été en union, ont été considérés comme célibataires. Cette définition, qui ne correspond pas strictement à la notion culturelle de l'union au Bénin, est beaucoup plus opérationnelle du point de vue de l'exposition au risque de grossesse. Selon cette définition, le cinquième des femmes (20 %) ont été considérées comme célibataires, 75 % sont en union et 5 % en rupture d'union (veuvage et séparation). Chez les hommes, comme on pouvait s'y attendre du fait d'une entrée en union plus tardive par rapport aux femmes, la proportion des unions est nettement plus faible que chez les femmes (64 % contre 75 %).

Parmi les femmes enquêtées, 11 % résident à Cotonou, 31 % dans les Autres Villes et 59 % en milieu rural. Les femmes sont légèrement moins représentées que les hommes en milieu urbain et, en particulier, à Cotonou (11 % de femmes contre 12 % d'hommes), ce qui pourrait, peut-être, s'expliquer par une migration rural-urbain plus importante chez les hommes que chez les femmes.

Du point de vue des départements, on peut noter que l'Ouémé (14 %), l'Atlantique, le Zou et le Littoral² (11% pour chacun des trois départements) sont les principaux lieux où résident les femmes. À l'opposé, les départements de la Donga et du Plateau sont ceux comptant les proportions les plus faibles de femmes (respectivement 4 % et 5 %). Du point de vue des départements, la population masculine est répartie de la même façon que celle des femmes.

Il ressort de la répartition selon le niveau d'instruction, que trois femmes sur cinq (64 %) n'ont jamais fréquenté l'école contre 36 % des hommes. Par contre, 16 % des femmes et 33 % des hommes ont un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Concernant la religion, on note que près du tiers des femmes et des hommes (30 % de chaque sexe) sont de religion catholique, 21 % des femmes et 22 % des hommes sont musulmans et enfin 17 % des femmes et 19% des hommes sont de religions traditionnelles.

Concernant les groupes ethniques, on note que les Fons et apparentés sont les plus représentés (43 % des femmes et 45 % des hommes), suivis des Adjias et apparentés (17 % des femmes et 16% des hommes) et des Yorubas et apparentés (11 % des femmes et 12 % des hommes).

C. Fécondité

L'estimation du niveau de la fécondité est faite directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances et porte sur la période de trois ans précédant l'enquête soit, approximativement, la période 2003-2006. Cette période de trois ans a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et éviter au maximum les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est étudiée à travers les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

² Rappelons que le département du Littoral se confond à la commune de Cotonou.

Tableau 3. Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Brut de Natalité (TBN) et Taux Global de Fécondité Générale (TCFG) pour la période des trois années ayant précédé l'enquête par milieu de résidence, Bénin 2006

Groupe d'âges	Milieu de résidence				Ensemble
	Cotonou	Autres Villes	Ensemble Urbain	Rural	
15-19	30	86	71	145	112
20-24	172	243	225	295	266
25-29	221	257	248	297	278
30-34	178	232	218	254	239
35-39	115	149	141	164	154
40-44	15	68	55	72	65
45-49	9	29	24	37	32
ISF	3,7	5,3	4,9	6,3	5,7
TCFG	132,0	185,0	172,0	226,0	204,0
TBN	34,0	40,0	38,7	43,0	41,5

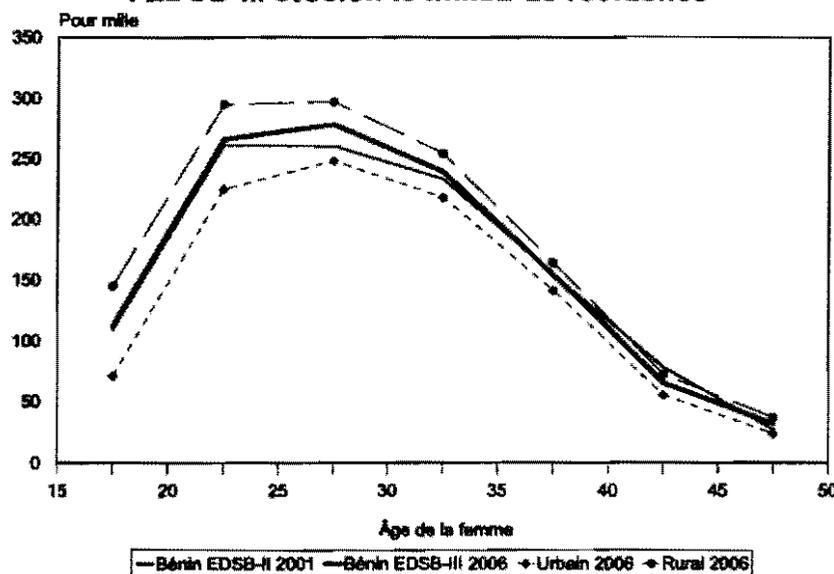
Note: Les taux pour les groupes d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes.
 ISF: Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme.
 TCFG: Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes.
 TBN: Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus.

Il apparaît au tableau 3 et au graphique 1 que les femmes béninoises se caractérisent par une fécondité assez élevée aux jeunes âges (112 ‰ à 15-19 ans) et qui augmente rapidement pour atteindre son maximum à 25-29 ans (278 ‰), avant de baisser de façon régulière avec l'âge. L'ISF s'élève ainsi à 5,7 enfants par femme.

Les taux de fécondité par âge obtenus à l'EDSB-III sont légèrement supérieurs à ceux estimés lors de l'EDSB-II de 2001 (graphique 1). À tous les âges de reproduction, la fécondité à l'EDSB-II est inférieure à celle de l'EDSB-III, excepté au groupe d'âges 35-39 ans où elle est restée stable et à 40-44 ans où la fécondité a diminué, passant de 78 ‰ à

65 ‰. Globalement, l'ISF, estimé à 5,6 enfants par femme pour la période 1998-2001 par l'EDSB-II, est presque identique à l'ISF de 5,7 enfants par femme pour la période 2003-2006, estimé par l'EDSB-III. En d'autres termes, en cinq ans le niveau de fécondité n'a pas connu de changement.

Graphique 1 Taux de fécondité générale par âge à l'EDSB-II et l'EDSB-III et selon le milieu de résidence



Une analyse plus approfondie des autres résultats comparatifs des deux enquêtes, en particulier ceux relatifs à l'utilisation de la contraception, à l'âge d'entrée en union et aux rapports sexuels est nécessaire pour expliquer plus en détail les tendances récentes de la fécondité au Bénin.

Selon le milieu de résidence, on constate qu'à tous les âges, les femmes du milieu urbain et, surtout, celles de Cotonou ont une fécondité plus faible que les femmes du milieu rural (tableau 3 et graphique 1). La fécondité maximale s'établit à 25-29 ans quelque soit le milieu de résidence de la femme. La fécondité maximale varie de 297 ‰ en milieu rural à 221 ‰ à Cotonou. L'ISF qui en résulte, passe, respectivement, de 6,3 enfants par femme en zone rurale à 5,3 dans les Autres Villes et à 3,7 à Cotonou. Les femmes du milieu rural ont donc une fécondité beaucoup plus élevée que celles des centres urbains : en particulier, leur fécondité est 70 % plus élevée que celle des femmes de Cotonou. Le milieu rural continue donc d'avoir une fécondité très élevée, alors que Cotonou se caractérise par une faible fécondité.

D. Utilisation de la contraception

Une femme en union sur six (17 %) a déclaré utiliser actuellement une méthode contraceptive : 6 % utilisent une méthode moderne et 11 % une méthode traditionnelle (tableau 4). La prévalence contraceptive a légèrement baissé ces dernières années au Bénin, puisque 7 % des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive moderne en 2001 (EDSB-II), contre 6 % en 2006.

Les méthodes modernes les plus utilisées actuellement par les femmes en union sont, par ordre d'importance, les injections (1,8 %), la pilule (1,5 %), le condom (1,1 %), la stérilisation féminine (0,3 %) et les implants (0,5 %) (Graphique 2). Parmi les méthodes traditionnelles, utilisées par 11 % des femmes en union, le retrait est la méthode la plus fréquemment utilisée (6,9 %). Il faut noter que l'essentiel de la baisse de la prévalence contraceptive moderne entre 2001 et 2006 est due à la baisse de l'utilisation de la pilule et des injections qui sont passées, respectivement, de 1,8 % et 2,1 % pour les femmes en union à l'EDSB-II à 1,5 % et 1,8 en 2006. Pour ce qui est de la contraception traditionnelle, c'est la baisse de l'utilisation du retrait qui explique la baisse (3,6 % contre 4,3 % en 2001).

Graphique 2
Utilisation de la contraception par les femmes en union

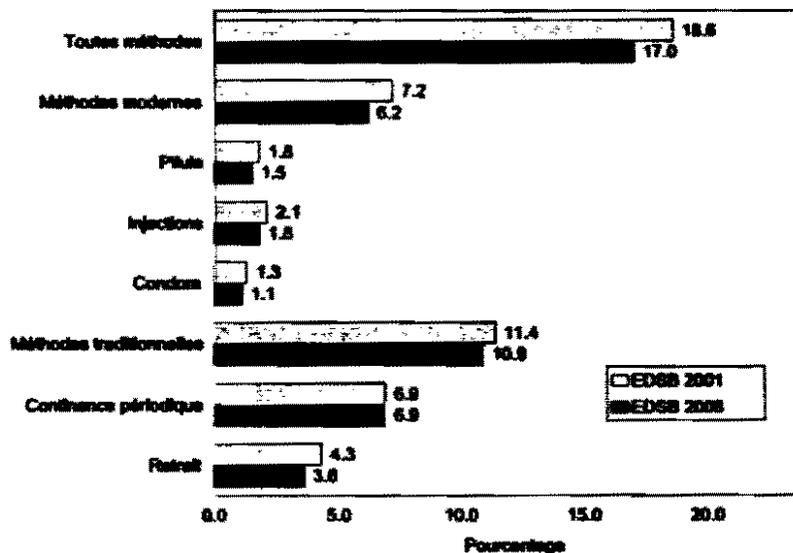


Tableau 4. Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode de contraception actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Bénin 2006

Caractéristique sociodémographique	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	Méthode moderne							Méthode traditionnelle				N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes	
				Pilule	DIU	Injections	Implants	Condom masculin	MAMA	Autre moderne	Méthode traditionnelle	Continence périodique	Retrait	Collier				Méthode populaire
Groupes d'âges																		
15-19	7,9	2,9	0,0	0,8	0,0	0,4	0,0	1,6	0,2	0,0	5,0	3,5	1,4	0,0	0,1	92,1	100,0	657
20-24	14,6	4,7	0,0	1,0	0,4	1,0	0,2	1,9	0,3	0,1	9,9	5,6	4,1	0,0	0,1	85,4	100,0	2 219
25-29	16,3	5,3	0,0	1,4	0,5	1,4	0,4	1,4	0,3	0,0	11,0	6,6	4,1	0,0	0,2	83,7	100,0	3 336
30-34	19,8	7,0	0,2	2,0	0,3	2,3	0,8	0,8	0,3	0,1	12,8	8,0	4,4	0,2	0,2	80,2	100,0	2 641
35-39	20,7	8,1	0,6	2,0	1,5	2,3	0,8	0,7	0,2	0,0	12,7	8,9	3,2	0,2	0,3	79,3	100,0	1 973
40-44	20,0	8,9	1,1	2,0	1,2	2,8	1,0	0,6	0,1	0,1	11,0	7,8	2,7	0,2	0,4	80,0	100,0	1 409
45-49	12,6	4,5	0,8	0,7	0,6	1,7	0,4	0,3	0,2	0,0	8,0	5,4	2,3	0,0	0,3	87,4	100,0	1 156
Milieu de résidence																		
Cotonou	33,8	10,8	0,5	2,5	0,8	2,5	1,6	2,8	0,2	0,0	23,0	19,2	2,6	0,5	0,7	66,2	100,0	1 037
Autres Villes	21,9	8,5	0,5	2,0	1,0	2,5	0,7	1,6	0,2	0,1	13,4	9,4	3,4	0,2	0,3	78,1	100,0	3 836
Ensemble Urbain	24,4	9,0	0,5	2,1	0,9	2,5	0,9	1,8	0,2	0,0	15,4	11,5	3,2	0,3	0,4	75,6	100,0	4 873
Rural	12,8	4,5	0,2	1,2	0,5	1,4	0,3	0,6	0,3	0,0	8,3	4,3	3,8	0,0	0,1	87,2	100,0	8 527
Département																		
Alibori	4,3	4,0	0,2	1,1	0,3	1,6	0,4	0,2	0,0	0,1	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	95,7	100,0	1 142
Atacora	5,9	5,1	0,1	1,3	0,5	1,5	1,0	0,6	0,1	0,0	0,8	0,6	0,2	0,0	0,0	94,1	100,0	863
Atlantique	30,6	5,2	0,1	1,4	0,6	1,2	0,1	1,4	0,3	0,1	25,4	14,3	10,8	0,3	0,1	69,4	100,0	1 542
Borgou	10,0	6,7	0,7	1,0	0,8	2,3	0,9	0,9	0,1	0,0	3,4	2,8	0,1	0,2	0,3	90,0	100,0	1 275
Collines	26,4	10,3	0,4	2,2	1,2	4,2	1,1	0,7	0,2	0,3	16,1	14,9	0,7	0,0	0,6	73,6	100,0	972
Couffo	13,6	4,5	0,1	1,1	0,2	1,1	0,4	1,2	0,2	0,1	9,0	4,8	4,1	0,0	0,1	86,4	100,0	1 124
Donga	6,6	3,9	0,1	1,0	0,1	1,3	0,3	1,0	0,0	0,0	2,7	2,2	0,2	0,0	0,4	93,4	100,0	536
Littoral	33,8	10,8	0,5	2,5	0,8	2,5	1,6	2,8	0,2	0,0	23,0	19,2	2,6	0,5	0,7	66,2	100,0	1 037
Mono	10,1	4,3	0,1	0,8	0,2	1,1	0,9	0,9	0,2	0,1	5,9	3,8	2,1	0,0	0,0	89,9	100,0	811
Ouémé	24,3	9,0	0,6	3,1	1,2	1,7	0,2	1,4	0,6	0,0	15,4	8,4	6,6	0,1	0,2	75,7	100,0	1 850
Plateau	6,6	3,4	0,3	0,3	0,1	1,5	0,1	0,8	0,3	0,0	3,1	2,7	0,5	0,0	0,0	93,4	100,0	722
Zou	13,5	4,0	0,3	0,8	0,8	1,2	0,1	0,6	0,2	0,0	9,5	3,3	6,0	0,0	0,3	86,5	100,0	1 527
Niveau d'instruction																		
Aucune instruction	12,4	4,4	0,3	1,0	0,5	1,4	0,4	0,6	0,2	0,0	8,0	4,4	3,4	0,0	0,2	87,6	100,0	9 854
Primaire	25,3	8,8	0,3	2,2	1,0	2,4	0,8	1,7	0,4	0,1	16,5	11,2	4,8	0,2	0,3	74,7	100,0	2 386
Secondaire 1 ^{er} cycle	36,7	14,3	0,5	4,3	1,6	3,8	1,1	2,9	0,1	0,0	22,4	18,7	2,9	0,3	0,5	63,3	100,0	819
Secondaire 2 nd cycle +	45,5	19,0	0,6	4,9	1,7	3,7	0,9	6,9	0,3	0,0	26,6	21,4	3,8	1,4	0,0	54,5	100,0	342
Enfants vivants																		
0	3,9	1,2	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,7	0,0	0,0	2,7	2,4	0,2	0,1	0,0	96,1	100,0	877
1-2	17,8	5,6	0,2	1,3	0,4	1,3	0,2	1,9	0,3	0,0	12,2	7,9	3,9	0,2	0,2	82,2	100,0	4 602
3-4	18,8	7,0	0,3	1,9	0,7	2,0	0,9	0,7	0,3	0,1	11,8	7,5	4,1	0,1	0,2	81,2	100,0	4 228
5+	17,1	7,1	0,6	1,6	1,0	2,4	0,7	0,5	0,1	0,0	10,0	6,1	3,5	0,0	0,4	82,9	100,0	3 695
Ensemble	17,0	6,2	0,3	1,5	0,6	1,8	0,5	1,1	0,2	0,0	10,9	6,9	3,6	0,1	0,2	83,0	100,0	13 400

Note: Si plus d'une méthode a été utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.
MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.

La prévalence de la contraception moderne varie selon le groupe d'âges, passant de 3 % à 15-19 ans à 9 % à 40-44 ans (tableau 4). C'est chez les jeunes femmes de 15-19 ans et 20-24 ans que l'utilisation du condom est la plus élevée (2 %). La pilule et les injections sont surtout utilisées par les femmes de 30 ans ou plus : 2 % pour la pilule à 30-44 ans, et 3 % pour les injections à 40-44 ans). Par ailleurs, la stérilisation n'est utilisée que par les femmes les plus âgées (1 % à 40-49 ans).

La prévalence des méthodes contraceptives modernes varie selon le milieu de résidence : 9% en milieu urbain (en particulier 11% à Cotonou) contre 5 % en rural. Il faut souligner que la prévalence contraceptive moderne a baissé aussi bien en milieu urbain que rural. En milieu rural, la prévalence est passée de 6 % à l'EDSB-II à 5 % en 2006 ; en milieu urbain, elle est passée de 10 % à 9 %. La pilule, le condom et les injections sont les méthodes les plus utilisées en milieu urbain. Cependant, alors que la pilule et les injections sont autant utilisées à Cotonou que dans les Autres Villes, le condom l'est davantage à Cotonou (3 % contre 2 %). La prévalence de la contraception moderne varie fortement selon le département, d'un minimum de 3 % dans le Plateau à 10 % dans les Collines et 11 % dans le Littoral. Les injections constituent la méthode moderne la plus utilisée dans la plupart des départements.

La prévalence de la contraception moderne est beaucoup plus élevée chez les femmes de niveau secondaire ou plus (16 %) que chez celles qui n'ont aucune instruction (4 %). Cependant, même parmi les femmes de niveau secondaire ou plus, la prévalence des méthodes modernes, estimée à 11 % en 1996 et qui était passée à 20 % en 2001, a baissé pour atteindre 16 % en 2006.

Le nombre d'enfants semble être un déterminant de l'utilisation de la contraception, le taux d'utilisation des méthodes modernes passant de 1 % pour les femmes n'ayant aucun enfant à 7 % pour celles ayant au moins trois enfants.

E. Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes actuellement en union, 27 % (y compris les femmes stérilisées) ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, 38 % veulent attendre plus de deux ans avant d'en avoir un (autre) enfant, c'est-à-dire expriment le désir d'un certain espacement des naissances, et 22 % ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant dans les deux ans à venir (tableau 5).

Tableau 5. Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, Bénin 2006

Désir d'enfant(s)	Effectif d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt ²	88.0	31.3	26.8	21.4	16.6	12.0	7.4	22.4
Veut un autre plus tard ³	6.3	59.6	54.5	47.3	35.3	23.4	13.6	38.4
Veut un autre, MSP quand	3.3	5.5	4.9	5.3	3.2	2.3	1.8	3.9
Indécise	0.4	0.5	2.7	3.3	4.9	4.7	3.7	3.1
Ne veut plus d'enfant	0.2	1.5	8.3	18.5	34.5	49.5	62.3	26.9
Stérilisée	0.2	0.1	0.2	0.3	0.2	0.8	0.4	0.3
Stat déclarée stérile	1.7	1.4	2.1	3.5	4.7	6.5	10.5	4.6
Manquant	0.0	0.1	0.5	0.2	0.6	0.8	0.3	0.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Effectif de femmes	549	2,071	2,482	2,389	2,020	1,545	2,346	13,400

¹ Y compris la grossesse actuelle.

² Désire une prochaine naissance dans les 2 ans à venir.

³ Désire retarder la prochaine naissance de 2 ans ou plus.

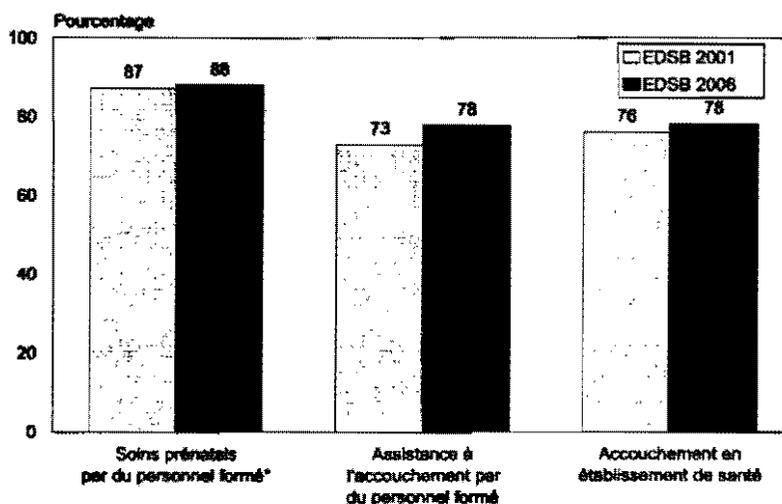
Dans l'ensemble, la proportion de femmes qui ne veulent plus d'enfant a connu une légère augmentation, passant de 26 % en 2001 à 27 % en 2006, de même que la proportion de femmes qui souhaitent espacer leur prochaine naissance, passant de 37 % à 38 %.

F. Santé de la reproduction

Les questions relatives aux soins prénatals ont été posées aux femmes qui ont eu au moins une naissance au cours des cinq dernières années précédant l'enquête. Ainsi, par rapport à la grossesse relative à sa dernière naissance, on a demandé à chaque femme concernée, si elle avait été en consultation prénatale et l'enquêtrice recueillait également les informations nécessaires pour déterminer le statut de protection antitétanique. Les informations recueillies couvrent le nombre d'injections antitétaniques reçues et les périodes de leur administration³. Pour chacune de ces naissances, on a également demandé à la mère si l'accouchement avait eu lieu dans un établissement sanitaire et qui l'avait assistée pendant l'accouchement.

Les résultats présentés au tableau 6 et au graphique 3 indiquent que, parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années, près de neuf sur dix (88 %) ont reçu de soins prénatals auprès du personnel de santé formé. La couverture des soins prénatals est meilleure en milieu urbain qu'en milieu rural (93 % contre 85 %). Elle est presque universelle (99 %) dans la capitale économique Cotonou. Au niveau départemental, le Littoral et l'Atlantique se placent en tête avec 99 %. Ils sont suivis de près par l'Ouémé et le Zou (98 %) ; viennent ensuite, le Mono et les Collines (95 %), le Couffo et le Plateau (88 %), la Donga (82 %), l'Atacora (75 %), le Borgou (69 %) et l'Alibori (61 %). Les femmes les plus instruites ont la meilleure couverture avec plus de 99 % tandis qu'elle est de 84 % pour les femmes sans instruction.

Graphique 3
Soins prénatals, assistance à l'accouchement et lieu d'accouchement



* Le personnel formé comprend : médecin, sage-femme, infirmière, et assistante accoucheuse

On note également au tableau 6 que la protection contre le tétanos néonatal ne suit pas systématiquement la couverture des soins prénatals puisque seulement, 59 % des dernières naissances sont protégées. Le milieu urbain (62 %) est plus favorisé que le milieu rural (57 %). Au niveau

³ On considère que la couverture antitétanique est complète lorsque la mère a reçu deux injections au cours de la grossesse ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la naissance) ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la naissance) ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la naissance) ou, au moins, cinq injections avant la naissance.

départemental, le Littoral se distingue nettement avec un maximum de 71 % de couverture antitétanique tandis que l'Alibori (43 %) et le Borgou (47 %) ont les taux de couverture les plus faibles.

Tableau 6. Soins prénataux et accouchement

Pourcentage de femmes ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête qui ont reçu des soins prénatals dispensés par un professionnel de la santé au cours de la dernière grossesse et dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal et, pour toutes les naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un professionnel de la santé et pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé en établissement de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Bénin 2006

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par du personnel formé ¹	Pourcentage dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par du personnel formé ¹	Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé en établissement de santé	Effectif de naissances
Âge de la mère à la						
<20	84,9	62,7	1 158	74,9	75,3	1 090
20-34	89,0	59,2	7 748	78,7	79,1	12 016
35+	85,5	54,9	1 616	74,3	74,7	2 023
Milieu de résidence						
Cotonou	99,3	70,7	771	97,1	99,1	1 046
Autres Villes	91,0	59,8	2 972	82,9	82,8	4 403
Ensemble Urbain	92,7	62,1	3 742	85,6	85,9	5 450
Rural	85,4	57,2	6 779	73,5	74,0	10 480
Département						
Alibori	61,4	42,6	935	41,4	41,7	1 498
Atacora	75,6	53,5	751	46,7	49,4	1 195
Atlantique	98,9	65,1	1 166	97,2	97,4	1 751
Borgou	68,5	47,4	1 033	52,6	53,3	1 637
Collines	94,8	63,0	761	84,2	85,1	1 143
Couffo	88,4	66,9	863	71,5	70,7	1 252
Donga	82,3	53,1	439	68,0	68,1	658
Littoral	99,3	70,7	771	97,1	99,1	1 046
Mono	95,3	64,6	636	87,8	87,1	915
Ouémé	97,6	57,4	1 438	97,2	97,4	2 220
Plateau	88,1	49,7	543	82,0	81,3	878
Zou	97,5	68,4	1 185	94,0	93,8	1 756
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	84,3	55,5	7 690	72,1	72,5	11 940
Primaire	97,4	66,6	1 946	92,7	93,4	2 829
Secondaire 1 ^{er} cycle	99,8	72,3	640	98,1	98,5	839
Secondaire 2 nd cycle ou +	99,2	70,7	245	99,0	98,9	321
Ensemble	88,0	58,9	10 521	77,7	78,1	15 929

¹ Médecin, infirmière, sage-femme ou sage-femme auxiliaire.

² Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections de dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance, ou, au moins, trois injections de dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance, ou, au moins, quatre injections de dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance, ou, au moins, cinq injections avant la dernière naissance.

Le tableau 6 présente également des informations sur l'assistance à l'accouchement. Plus des trois quarts des femmes ayant eu une naissance dans les cinq années précédant l'enquête (78 %) ont accouché dans un établissement de santé. Pratiquement la même proportion de femmes ont bénéficié de l'assistance de personnel formé (médecin, infirmière, sage femme ou sage femme auxiliaire) au cours de l'accouchement (78 %).

En ce qui concerne l'assistance par du personnel de santé au moment de l'accouchement, on observe d'importantes variations départementales, au profit de l'Ouémé, de l'Atlantique et du Littoral avec 97 % et du Zou (94 %). Les départements du Borgou, de l'Atacora et de l'Alibori ont les niveaux les plus faibles avec, respectivement, 53 %, 47 % et 41 % d'accouchements assistés par du personnel de santé formé.

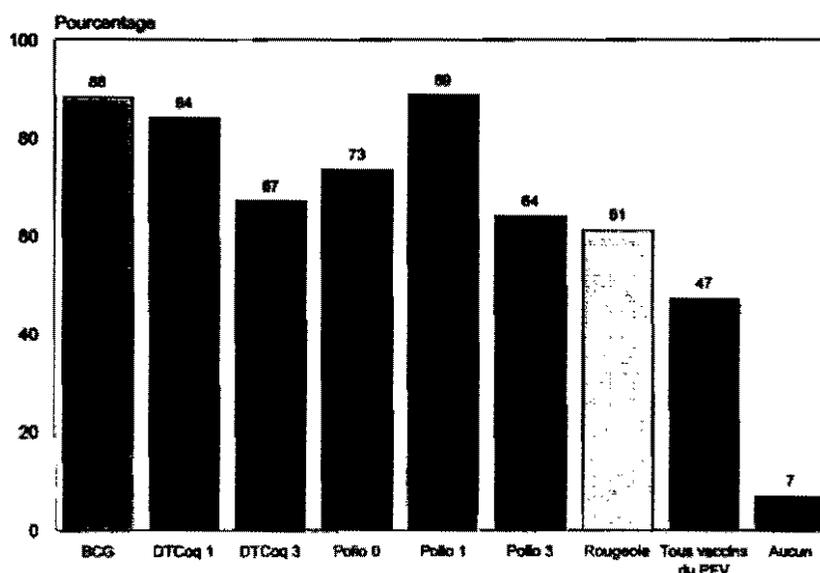
Comme on peut le constater au graphique 3, de 2001 à 2006, les différents indicateurs de la santé de la reproduction n'ont connu que de très légères améliorations.

G. Vaccination des enfants

D'après le Programme Élargi de Vaccination (PEV), tous les enfants devraient recevoir, avant leur premier anniversaire, le vaccin du BCG, trois doses de vaccins contre la polio, trois doses de DTCoq (contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche) et le vaccin contre la rougeole

Pour l'ensemble du Bénin, sur la base des informations lues sur le carnet de vaccination ou des déclarations des mères, 47 % des enfants âgés de 12-23 mois au moment de l'enquête sont complètement vaccinés contre les six principales maladies de l'enfance (une dose de BCG, une dose de Rougeole, trois doses de DTCoq et de Polio, non compris la vaccination de la polio donnée à la naissance). À l'opposé, 7 % des enfants n'ont reçu aucun vaccin (tableau 7 et graphique 4).

Graphique 4 Couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois)



EDSB-III 2006

Tableau 2. Vaccination par caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu certains vaccins à un moment quelconque avant l'enquête (selon un carnet de vaccination ou selon les déclarations de la mère) et pourcentage ayant un carnet de vaccination montré à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Bénin 2006

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTCocq 1	DTCocq 2	DTCocq 3	Polio D ¹	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Tous les vaccins ²	Aucun vaccin	Pourcentage avec carnet de vaccination montré	Effectif d'enfants
Sexe													
Masculin	87,5	82,7	76,1	65,9	71,8	88,2	79,3	63,6	60,3	46,2	7,5	65,6	1 512
Féminin	89,2	85,2	78,3	68,1	75,0	89,0	80,9	64,2	61,9	48,0	6,2	66,8	1 492
Milieu de résidence													
Cotonou	96,8	94,2	90,0	82,7	85,3	96,3	90,0	76,9	73,7	64,2	2,6	74,8	191
Autres Villes	93,3	89,7	84,9	75,5	79,5	92,4	86,8	69,4	67,0	52,7	3,6	65,1	866
Ensemble Urbain	93,9	90,5	85,8	76,8	80,5	93,1	87,4	70,7	68,2	54,7	3,4	66,9	1 057
Rural	85,3	80,4	72,3	61,7	69,5	86,2	76,2	60,1	57,2	43,0	8,7	65,8	1 948
Département													
Alibori	70,2	70,5	66,7	55,2	51,3	90,3	86,2	69,2	54,6	42,6	7,1	55,2	222
Atacora	80,1	79,5	73,7	67,2	62,4	89,5	81,1	67,5	64,2	49,7	9,0	61,2	196
Atlantique	95,9	88,4	77,1	65,0	66,3	91,1	80,5	61,4	59,9	40,4	2,2	72,4	350
Borgou	75,7	74,4	67,9	56,6	51,2	81,4	72,9	55,7	61,7	44,6	14,6	43,3	298
Collines	93,1	91,3	85,2	74,9	74,2	92,4	85,0	72,0	74,2	61,0	5,8	74,7	243
Couffo	86,5	80,1	70,8	61,5	58,9	79,5	67,6	57,3	53,4	40,4	10,6	62,9	240
Donga	86,5	85,3	82,6	76,4	64,1	87,6	81,2	67,0	64,6	45,3	3,5	67,1	122
Littoral	96,8	94,2	90,0	82,7	85,3	96,3	90,0	76,9	73,7	64,2	2,6	74,8	191
Mono	95,4	88,2	81,5	75,2	81,5	93,0	87,0	75,7	70,0	60,2	2,8	63,5	191
Ouémé	92,2	86,1	78,9	70,2	85,9	87,9	79,7	66,8	57,8	47,9	6,8	75,0	475
Plateau	83,7	73,9	63,4	47,7	72,2	77,6	62,1	37,7	42,3	25,9	16,3	64,7	148
Zou	94,7	89,8	85,4	71,2	65,5	93,8	85,7	58,8	59,4	44,2	3,5	71,1	330
Niveau d'instruction													
Aucune instruction	85,0	80,4	72,8	61,7	69,3	86,2	76,8	60,1	56,5	42,7	8,7	64,4	2 207
Primaires	97,4	92,9	86,9	77,8	83,3	94,8	86,9	70,8	70,1	54,6	1,7	69,7	563
Secondaire 1 ^{er} cycle	96,6	94,9	93,3	87,1	86,5	95,0	93,3	80,5	78,5	67,1	3,4	74,2	165
Secondaire 2 nd cycle ou 100,0	100,0	100,0	100,0	98,8	91,4	98,8	98,6	87,1	91,8	80,1	0,0	75,8	69
Ensemble	88,3	84,0	77,2	67,0	73,4	88,6	80,1	63,9	61,1	47,1	6,9	66,2	3 005

¹ Polio D est la vaccination contre la polio donnée à la naissance.

² BCG, rougeole et les trois doses de DTCocq et de la polio (non compris la vaccination de la polio donnée à la naissance).

Près de neuf enfants de 12-23 mois sur dix (88 %) ont reçu le BCG. Bien que 84 % des enfants aient reçu la première dose de DTCoq, on note de très importantes déperditions entre la première et la troisième doses (67 %) ; il en est de même pour la polio, passant de 89 % pour la première dose à 64 % pour la troisième dose. En ce qui concerne la rougeole, environ six enfants sur dix sont vaccinés (61%).

La couverture vaccinale du milieu urbain est nettement plus élevée que celle du milieu rural (55 % contre 43 % complètement vaccinés). Le département du Littoral a la meilleure couverture avec 64 % d'enfants de 12-23 mois entièrement vaccinés. Il est suivi de près par les Collines (61 %) et le Mono (60 %) ; viennent ensuite les autres départements dont la plupart ont des taux de couverture vaccinale compris entre 40 % et 50 %, sauf le Plateau qui occupe la dernière place avec seulement 26 % d'enfants entièrement vaccinés et 16 % d'enfants qui n'ont reçu aucune vaccination.

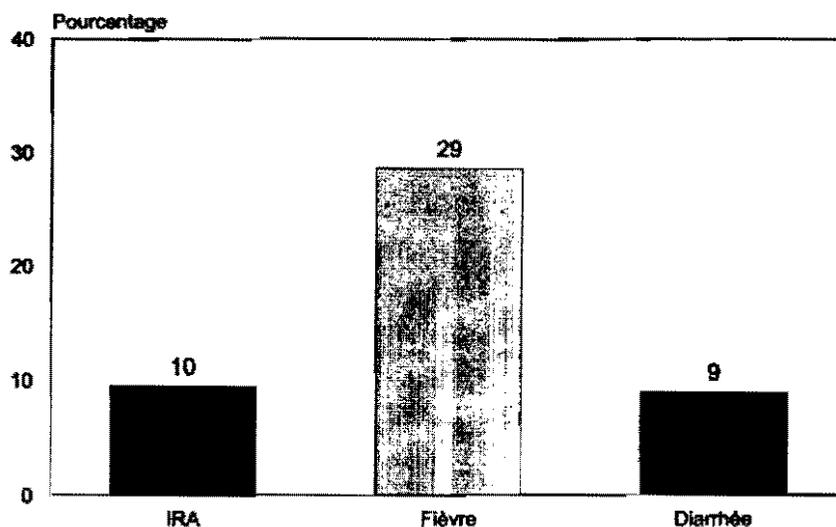
H. Maladies de l'enfant et traitement

La toux, accompagnée d'une respiration courte et rapide (symptôme d'infections respiratoires aiguës), la fièvre, la diarrhée et la déshydratation qui peut en résulter constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée chaque fois qu'un enfant présente ce type de symptômes, est déterminante dans la réduction de la mortalité des jeunes enfants.

Pour obtenir des informations sur le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a d'abord demandé aux mères si, dans les deux semaines avant l'enquête, l'enfant avait souffert de toux avec une respiration rapide et courte (symptôme d'IRA), s'il avait eu la fièvre et si l'enfant avait eu la diarrhée.

Dans l'ensemble, 10 % d'enfants ont présenté les symptômes d'IRA, 29 % ont eu la fièvre et 9 % des enfants ont eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête (graphique 5).

Graphique 5 Prévalence des IRA, de la fièvre et de la diarrhée parmi les enfants de moins de 5 ans



EDSB-III 2006

Tableau 8. Traitement des infections respiratoires aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de la toux avec respiration courte et rapide (symptômes d'IRA) ou de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé; et, parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu des sachets de sel de réhydratation orale (SRO), et pourcentage qui ont suivi une thérapie de réhydratation orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Bénin 2006

Caractéristique sociodémographique	Enfants ayant des IRA		Enfants ayant la fièvre		Enfants ayant la diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement/ prestataire de santé ¹	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement/ prestataire de santé ¹	Effectif avec fièvre	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement/ prestataire de santé ¹	Pourcentage à qui on a donné des sachets de SRO ²	Pourcentage traité avec une TRO ³	Effectif avec diarrhée
Âge en mois								
<6	31,4	151	35,8	307	14,6	12,4	21,9	109
6-11	42,2	235	40,5	647	23,8	32,1	36,9	258
12-23	43,0	362	41,7	1 148	25,5	28,8	35,3	429
24-35	31,6	265	36,4	850	20,2	16,4	22,7	241
36-47	27,1	221	29,9	698	12,3	17,0	22,5	174
48-59	31,9	145	32,2	511	16,8	16,4	22,8	108
Sexe								
Masculin	33,7	715	36,4	2 099	21,3	25,0	32,2	703
Féminin	37,8	664	37,3	2 063	20,3	21,3	27,7	614
Milieu de résidence								
Cotonou	33,7	100	38,3	238	22,7	21,1	29,8	64
Autres Villes	36,8	353	41,2	1 068	21,1	27,9	33,8	328
Ensemble Urbain	36,1	453	40,7	1 307	21,4	26,8	33,2	393
Rural	35,5	926	35,1	2 854	20,6	21,7	28,8	925
Département								
Alibori	45,3	75	39,8	322	28,1	26,3	34,1	182
Atacora	26,4	218	26,3	376	19,7	22,5	28,5	214
Atlantique	32,9	220	34,3	571	13,9	20,0	25,4	188
Borgou	38,6	81	39,4	364	17,1	16,2	24,2	171
Collines	44,1	129	44,7	422	28,3	30,5	38,3	144
Couffo	32,0	127	28,6	350	26,3	25,1	32,1	72
Donga	146,3)	23	38,4	211	15,4	21,3	25,9	63
Littoral	33,7	100	38,3	238	22,7	21,1	29,8	64
Mono	33,5	71	40,3	156	22,1	18,9	18,9	58
Ouémé	46,4	136	45,2	421	22,0	30,6	43,2	185
Plateau	148,5)	37	38,3	187	20,6)	17,8)	19,5	39
Zou	31,0	161	33,3	548	20,9	19,8	25,2	97
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	33,0	981	34,8	3 119	19,0	21,6	28,2	1 025
Primaire	41,6	276	43,3	787	23,7	25,5	33,2	223
Secondaire 1 ^{er} cycle	46,4	84	47,8	194	36,6	41,5	51,5	61
Secondaire 2 nd cycle +	137,9)	38	62,2	62	·	·	·	8
Ensemble	35,7	1 379	36,8	4 162	20,8	23,3	30,1	1 317

¹ Non compris les pharmacies, boutiques et les praticiens traditionnels.

² Y compris les sachets de SRO et les sachets de liquides SRO préconditionnés.

³ Y compris les sachets de SRO, les sachets de liquides SRO préconditionnés, les Solutions Maman Recommandées (SMR).

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

(1) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Pour 36 % d'enfants qui ont souffert d'IRA, la mère ou quelqu'un d'autre a recherché des conseils ou un traitement auprès de services ou de personnel de santé (tableau 8). Des conseils ou traitement ont été recherché le plus fréquemment pour les enfants de 6-23 mois et pour ceux dont la mère

a un niveau d'instruction secondaire 2nd cycle ou plus. En outre, on constate de fortes variations entre les départements. Par contre, la recherche de conseils ou traitement varie très peu selon le sexe de l'enfant et le milieu de résidence.

On a recherché des conseils ou un traitement auprès de services ou de personnel de santé pour 37 % d'enfants qui ont eu la fièvre (tableau 9) et on constate ici les mêmes variations que pour le traitement des IRA. Il convient cependant de noter que la recherche de traitement pour la fièvre est nettement plus fréquente en ville qu'en milieu rural (41 % contre 35 %) et que les variations selon le niveau d'instruction de la mère sont très importantes : des conseils ou traitement ont été recherchés pour 62 % des enfants dont la mère a un niveau secondaire 2nd cycle ou plus, contre 34 % seulement pour les enfants de mère sans instruction.

Pour seulement un cinquième des enfants qui ont eu la diarrhée (21 %), on a recherché des conseils ou un traitement auprès de services ou de personnel de santé (tableau 8). Là encore, on constate de fortes variations selon les départements (de 14 % à 28 %) et selon le niveau d'instruction de la mère. Par contre, on n'observe aucune différence significative entre le milieu urbain et le milieu rural.

Par ailleurs, 23 % des enfants atteints de diarrhée ont reçu des sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et 30 % ont bénéficié d'une Thérapie de Réhydratation Orale (TRO), c'est-à-dire qu'ils ont reçu soit du SRO, soit une solution maison sucrée-salée, comme le recommande l'OMS. Ce sont les enfants de 6-23 mois, ceux de sexe masculin, ceux du milieu urbain et ceux dont la mère a le plus d'instruction qui bénéficient le plus fréquemment de SRO ou d'une TRO. En outre, c'est dans les départements des Collines et de l'Ouémé que le SRO et la TRO sont utilisés le plus fréquemment et dans les départements du Mono et du Borgou qu'ils sont les moins fréquents.

I. Paludisme

Au Bénin, comme dans la majorité des pays au sud du Sahara, le paludisme est une endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, en particulier les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

En 2000, les Chefs d'État et de gouvernement ont ratifié la Déclaration du Plan d'Action d'Abuja sur le « *Projet Faire Reculer le paludisme (Roll Back Malaria)* » en Afrique et se sont engagés à prendre des mesures appropriées et durables pour le renforcement des systèmes de santé. Parmi ces mesures, figurent l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement préventif du paludisme pendant la grossesse et le traitement de la fièvre chez les enfants par la prise d'antipaludéens. Lors de l'EDSB-III, des informations ont été collectées sur tous ces aspects et les résultats figurent au tableau 9.

Disponibilité et utilisation des moustiquaires

Un peu plus de la moitié des ménages béninois (56 %) disposent d'au moins une moustiquaire de n'importe quel type. Cependant, un quart des ménages seulement (25 %) disposent d'au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII), c'est-à-dire, soit une moustiquaire préimprégnée permanente qui ne demande aucun traitement, soit une moustiquaire préimprégnée non permanente mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été trempée dans une solution d'insecticide il y a moins de 12 mois. Les écarts entre milieu urbain et rural sont très importants puisque, en milieu rural, seulement 50 % des ménages disposent d'au moins une moustiquaire (contre 66 % en urbain) et 21 % disposent d'au moins une MII (contre 29 % en urbain).

Tableau 9 Indicateurs du paludisme

Possession et utilisation de moustiquaires, traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse et traitement des enfants ayant de la fièvre avec des antipaludéens, selon le milieu de résidence urbain et rural, Bénin 2006

Indicateur du paludisme	Urbain		Rural		Ensemble	
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
Moustiquaires						
Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire (imprégnée ou non)	65,8	7 067	50,1	10 444	56,4	17 511
Pourcentage de ménages avec au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ¹	29,2	7 067	21,4	10 444	24,5	17 511
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête	55,7	5 525	41,9	10 425	46,7	15 950
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) la nuit ayant précédé l'enquête	25,0	5 525	17,6	10 425	20,2	15 950
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête	55,0	664	41,7	1 298	46,2	1 962
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) la nuit ayant précédé l'enquête	25,6	664	16,7	1 298	19,7	1 962
Traitement préventif du paludisme pendant la grossesse						
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des 5 dernières années pour lesquelles la mère a pris des antipaludéens à titre préventif contre le paludisme au cours de la grossesse	88,5	3 760	78,8	6 761	82,3	10 521
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des 5 dernières années pour lesquelles la mère a suivi un Traitement Préventif Intermittent (TPI) ² donné au cours d'une visite prénatale	2,8	3 760	2,3	6 761	2,5	10 521
Traitement de la fièvre						
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant pris des antipaludéens	56,7	1 316	52,8	2 845	54,0	4 162
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant pris des antipaludéens le jour/soir suivant l'apparition de la fièvre	31,0	1 316	21,8	2 845	24,7	4 162

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est soit une moustiquaire préimprégnée permanente qui ne demande aucun traitement, soit une moustiquaire préimprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

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

Parmi les enfants de moins de 5 ans, près de la moitié (47 %) avaient dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête (56 % en urbain contre 42 % en rural). Cependant, l'utilisation des MII est beaucoup plus rare, puisque seulement un enfant sur cinq (25 % en urbain contre 18 % en rural) avaient dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête. Les résultats sont quasiment identiques pour les femmes enceintes : 46 % (55 % en urbain contre 42 % en rural) avaient dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête, mais seulement 20 % (26 % en urbain contre 17 % en rural) avaient dormi sous une MII.

Traitement préventif du paludisme pendant la grossesse

Au cours de l'EDSB-III, on a demandé à toutes les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années si, au cours de la grossesse de la naissance la plus récente, elles avaient pris des antipaludéens. Dans le cas de réponse positive, on demandait alors quel type d'antipaludéen avait été pris, combien de doses, à quel intervalle et où l'antipaludéen avait été donné. Les résultats figurent au tableau 9.

Il est recommandé que, pendant la grossesse, les femmes enceintes suivent un Traitement Préventif Intermittent (TPI), c'est-à-dire utilisent du SP/Fansidar (sulfadoxine pyriméthamine) comme traitement chimioprophylaxique. Le TPI consiste à prendre, de manière préventive, deux doses de SP/Fansidar au cours des visites prénatales.

Plus de quatre femmes sur cinq (82 %) ont pris des antipaludéens, quels qu'ils soient, à un moment quelconque au cours de leur dernière grossesse et les femmes du milieu urbain ont eu recours aux antipaludéens plus fréquemment que les femmes du milieu rural (89 % contre 79 %).

Cependant, malgré une utilisation relativement importante des antipaludéens pendant la grossesse, l'utilisation du TPI recommandé est extrêmement faible, puisque 3 % des femmes ont suivi ce type de traitement (3 % en urbain et 2 % en rural).

Traitement de la fièvre chez les enfants

Parmi les enfants ayant eu la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, plus de la moitié (54 %) ont été traités avec des antipaludéens mais, dans seulement 25 % des cas, le traitement a commencé selon les recommandations, soit le jour même où la fièvre est apparue, soit le jour suivant (tableau 9). Le traitement de la fièvre avec des antipaludéens ne varie pas de façon importante selon le milieu de résidence (57 % en urbain contre 53 % en rural). Par contre le traitement précoce est nettement plus fréquent en milieu urbain qu'en rural (31 % contre 22 %).

J. Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel constitue la source principale de nutriments pour l'enfant. Les enfants allaités exclusivement ne reçoivent que le lait maternel. L'allaitement exclusif est recommandé par l'OMS et l'UNICEF pour les six premiers mois de vie parce qu'il contient tous les éléments nutritifs nécessaires et de plus permet la transmission à l'enfant des anticorps de la mère. Par ailleurs, l'OMS recommande qu'à partir de six mois, l'âge auquel l'allaitement seul ne suffit plus pour garantir la meilleure croissance des enfants, soient introduits des aliments solides de complément. Le tableau 10 présente les données sur la pratique de l'allaitement et de l'alimentation de complément des enfants de 0 à 35 mois, ainsi que sur l'utilisation du biberon.

Ces données confirment que la pratique de l'allaitement est quasi générale au Bénin, puisque 99 % des enfants de 0-5 mois sont allaités. L'allaitement continue également pendant une longue période puisque 93 % des enfants de 12-17 mois sont allaités et 65 % le sont encore à 18-23 mois.

L'allaitement exclusif est devenu une pratique assez courante au Bénin puisque 70% des enfants de moins de 6 mois reçoivent exclusivement le lait maternel. La pratique de l'allaitement exclusif aurait ainsi augmenté de façon très importante puisqu'elle était estimée à 17 % à l'EDSB-I et à 38 % lors de l'EDSB-II de 2001. Ces résultats devront être analysés de façon plus détaillée dans le rapport final de l'enquête avant de conclure sur l'importance de l'augmentation de l'allaitement exclusif.

Pratiquement tous les enfants sont allaités pendant leur première année, cependant à 6-9 mois, âge auquel les enfants devraient recevoir en plus du lait maternel des aliments solides de complément,

seulement 50 % sont alimentés de cette façon. Il faut attendre 9-11 mois pour que 71% des enfants allaités reçoivent, selon les recommandations, des aliments de complément.

Par ailleurs, l'utilisation du biberon qui est fortement déconseillée est assez peu fréquente au Bénin puisque 7 % des enfants de moins de 6 mois et 10 % de ceux de 6-9 mois reçoivent des liquides quelconque au biberon.

Tableau 10. Allaitement selon l'âge

Parmi les plus jeunes enfants de moins de trois ans vivant avec leur mère, répartition (en %) selon qu'ils sont allaités ou non et pourcentage qui sont actuellement allaités et, parmi les enfants de moins de trois ans, pourcentage nourris au biberon, selon l'âge en mois, Bénin 2006

Âge en mois	Allaitement et :							Pourcentage actuellement allaité	Effectif des plus jeunes enfants de moins de 3 ans	Pourcentage nourri au biberon ¹	Effectif d'enfants de moins de 3 ans
	Non allaité	Exclusivement allaité	Eau seulement	Liquides autres que le lait/jus	Autre lait	Aliments de complément	Total				
0-1	0,5	83,0	12,0	0,6	1,9	2,1	100,0	99,5	448	2,4	460
2-3	0,9	72,1	15,4	1,7	4,3	5,6	100,0	99,1	556	6,6	567
4-5	0,9	57,1	15,2	1,0	5,7	20,1	100,0	99,1	527	12,6	537
6-8	1,2	39,2	8,6	1,8	5,2	44,0	100,0	98,8	894	11,2	924
9-11	1,6	22,0	2,7	1,3	1,8	70,7	100,0	98,4	791	6,9	816
12-17	6,8	16,1	2,2	0,6	0,8	73,5	100,0	93,2	1 589	7,5	1 639
18-23	34,8	9,7	1,3	0,1	0,1	54,0	100,0	65,2	1 295	5,7	1 366
24-35	85,3	2,7	0,4	0,1	0,1	11,4	100,0	14,7	2 084	2,1	2 727
0-3	0,7	76,9	13,9	1,2	3,2	4,1	100,0	99,3	1 004	4,7	1 027
0-5	0,8	70,1	14,3	1,1	4,1	9,6	100,0	99,2	1 531	7,4	1 564
6-9	1,1	34,9	7,5	1,7	4,4	50,4	100,0	98,9	1 157	10,4	1 195
12-15	4,1	17,8	2,5	0,6	1,1	73,9	100,0	95,9	1 066	7,7	1 100
12-23	19,4	13,2	1,8	0,4	0,5	64,7	100,0	80,6	2 884	6,7	3 005
20-23	42,7	7,7	1,0	0,0	0,1	48,5	100,0	57,3	806	4,5	863

Note: Les données sur l'allaitement se rapportent à la période des dernières 24 heures (jour et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie "allaitement et eau seulement" ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories concernant les enfants "non allaités", "allaités exclusivement", "allaités et eau seulement", "liquides autres que le lait/jus", "autre lait", et "aliments de complément" (solides et semi solides) sont hiérarchiquement et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100 %. Ainsi les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides autres que le lait et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie "liquides autres que le lait" même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

¹ Basé sur tous les enfants de moins de trois ans

K. État nutritionnel

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité et, de plus, la malnutrition compromet le développement physique et mental des enfants. Au cours de l'EDSB-III, des mesures du poids et de la taille ont été prises pour les enfants nés au cours des cinq ans avant l'enquête. Ces mesures permettent de calculer les trois indices suivants qui rendent compte de l'état nutritionnel des enfants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille), et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Ces indices sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart type par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCH/CDC/OMS. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts type en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts type en dessous de la médiane sont considérés sévèrement mal nourris. Le tableau 11 présente l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon ces trois indices.

Tableau 11. État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel : taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Bénin 2006

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET ¹	Pourcentage en dessous de -2 ET	Pourcentage en dessous de -3 ET ¹	Pourcentage en dessous de -2 ET	Pourcentage en dessous de -3 ET ¹	Pourcentage en dessous de -2 ET	
Âge en mois							
<6	4,5	16,3	0,4	4,3	0,5	4,6	1 306
6-8	11,7	26,8	1,6	8,0	3,5	15,3	603
9-11	10,1	27,5	1,5	10,7	4,5	24,3	698
12-17	20,1	42,3	2,3	11,6	8,4	31,2	1 428
18-23	23,9	47,5	1,4	9,6	6,5	28,7	1 186
24-35	18,6	39,9	1,7	7,4	5,7	26,1	2 465
36-47	24,1	44,3	1,2	5,4	4,8	23,5	2 722
48-59	19,7	41,9	0,6	5,0	3,5	21,5	2 403
Sexe							
Masculin	19,6	40,9	1,5	7,5	5,2	24,3	6 577
Féminin	16,9	35,7	1,1	6,7	4,3	20,8	6 433
Milieu de résidence							
Cotonou	7,0	23,2	0,3	4,7	1,7	13,5	916
Autres Villes	15,4	35,2	1,0	6,8	3,7	19,6	3 701
Ensemble Urbain	13,8	32,8	0,8	6,4	3,3	18,4	4 617
Rural	20,8	41,4	1,5	7,5	5,5	24,9	8 394
Département							
Alibori	42,2	60,3	1,9	9,2	10,3	35,7	1 045
Atacora	15,3	34,3	3,4	16,1	9,6	34,6	1 031
Atlantique	15,3	35,0	0,9	7,5	4,5	23,6	1 612
Borgou	21,5	42,1	1,6	8,8	5,5	23,3	1 340
Collines	17,2	37,6	0,6	5,0	4,4	20,8	957
Couffo	10,2	31,1	0,6	3,5	3,0	19,7	1 007
Donga	15,3	38,0	4,1	13,5	7,0	24,4	526
Littoral	7,0	23,2	0,3	4,7	1,7	13,5	916
Mono	19,9	38,9	0,3	3,5	1,9	17,8	781
Ouémé	13,0	33,6	1,4	6,1	3,0	18,9	1 756
Plateau	18,2	39,8	1,9	7,7	5,3	24,7	618
Zou	23,8	45,5	0,1	2,9	2,6	17,2	1 424
Niveau d'instruction de la mère²							
Aucune instruction	20,8	41,3	1,6	8,1	5,6	24,7	8 345
Primaire	14,5	34,5	0,5	5,4	3,1	20,0	2 611
Secondaire 1 ^{er} cycle	12,9	31,4	1,0	4,9	3,5	17,0	1 361
Secondaire 2 nd cycle ou +	10,7	28,0	1,4	6,4	2,0	16,6	565
Situation de la mère							
Mère enquêtée	18,1	38,1	1,3	7,0	4,7	22,4	12 032
Mère non enquêtée mais vivant dans le ménage	20,9	38,6	2,0	8,1	6,5	25,6	416
Mère non enquêtée et ne vivant pas dans le ménage ³	21,2	42,6	1,2	7,1	4,1	24,1	524
Ensemble ⁴	18,3	38,3	1,3	7,1	4,7	22,6	13 012

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valables.

¹ Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane de la population de référence internationale.

² Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.

³ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

⁴ Y compris 40 enfants dont la situation de la mère n'est pas déterminée.

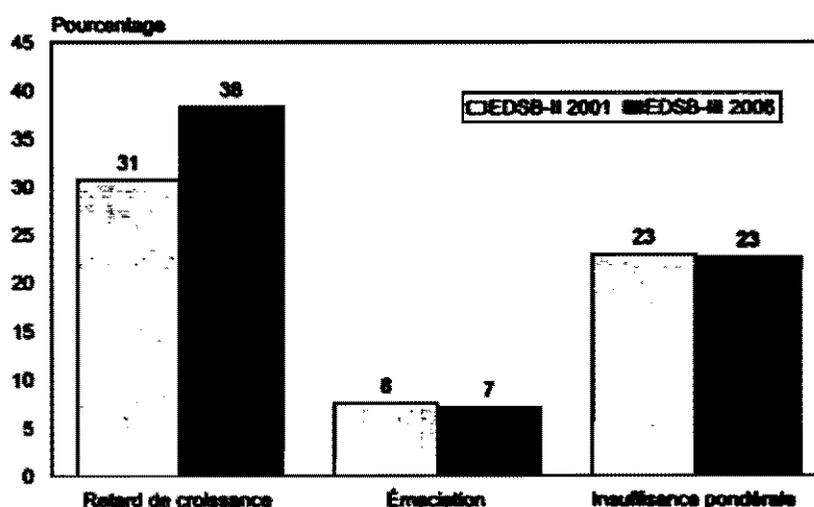
Les enfants dont la taille-pour-âge se situe à moins de deux écarts type de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un *retard de croissance*. Un retard de croissance est le signe d'une malnutrition *chronique*, et reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (par exemple, le paludisme). Près de deux enfants sur cinq souffrent d'une malnutrition chronique (38 %) : 18 % sous une forme sévère et 20 % sous une forme modérée (tableau 11).

Les niveaux du retard de croissance augmentent rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum à 18-23 mois (24 %), âge à partir duquel ils sont difficilement rattrapables. Les enfants présentant le plus fréquemment un retard de croissance sont ceux de sexe masculin, du milieu rural et ceux dont la mère est sans instruction. Par ailleurs, dans l'Alibori, les enfants sont particulièrement touchés, puisque 60 % d'entre eux présentent cette forme de malnutrition (43 % sous sa forme sévère).

Les enfants dont le poids-par-taille est en dessous à moins de deux écarts type de la médiane de la population de référence sont atteints d'*émaciation ou de maigreur*. Cette forme de malnutrition *aiguë* est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation, elle peut être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée ou une détérioration rapide des conditions d'alimentation. Les résultats montrent que 7 % d'enfants sont émaciés, dont un sur sept sous une forme sévère. Le niveau d'émaciation est le plus élevé entre 9 et 24 mois, âges correspondant à la période du sevrage. L'émaciation est particulièrement élevée chez les enfants des départements de la Donga (14 %) et surtout de l'Atacora (16 %).

Les niveaux de malnutrition d'après l'EDSB-II de 2001 et ceux de l'EDSB-III de 2006 sont présentés au graphique 6. Si les niveaux d'émaciation et d'insuffisance pondérale n'ont pas changé entre les deux enquêtes, le retard de croissance a nettement augmenté, passant de 31 % à 38 %. En particulier, la proportion d'enfants présentant un retard de croissance sévère est passée de 11 % à 18 %.

Graphique 6
Tendance de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans



L. Anémie

L'anémie est un grave problème de santé publique pour plusieurs raisons. Pour les enfants, l'anémie empêche la bonne performance mentale et physique et constitue un sérieux handicap pour l'apprentissage de la langue et les performances scolaires. De même, pour les femmes, l'anémie provoque la fatigue et réduit la résistance aux infections : les mères anémiques courent plus de risque de décéder lors de l'accouchement, et de mettre au monde un enfant de faible poids à la naissance. Le risque de décès est plus élevé chez un enfant de mère anémiée. L'anémie est une affection caractérisée par une réduction du nombre de globules rouges et un affaiblissement de la concentration de l'hémoglobine dans le sang. Bien que l'anémie puisse être causée par des parasitoses, des hémorragies, des affections congénitales, des maladies chroniques, ou encore par le paludisme, elle est due le plus souvent à une déficience alimentaire dont, à la base, un manque de fer.

Un test d'hémoglobine a été inclus à l'EDSB-III afin d'estimer la prévalence de l'anémie. Dans un sous-échantillon d'un ménage sur trois, le test d'hémoglobine a été effectué auprès des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-64 ans ayant accepté volontairement de se soumettre au test. Par ailleurs, tous les enfants de moins de 5 ans de ces ménages ont été également testés, à condition que l'un des parents ou un adulte responsable ait autorisé le test. Une goutte de sang de chaque individu était testée en utilisant le système HemoCue (photomètre et microcuvette), et les résultats du test étaient communiqués immédiatement aux personnes enquêtées.

Le tableau 12 présente la prévalence de l'anémie pour les enfants de 6-59 mois et les femmes de 15-49 ans⁴. Au niveau national, 78 % des enfants de 6-59 mois sont atteints d'anémie, 25 % souffrant d'anémie légère, 46 % d'anémie modérée et 8 % d'anémie sévère. Les enfants du milieu rural (82 %) sont plus fréquemment atteints d'anémie que ceux du milieu urbain (70 %). Par ailleurs il convient de souligner le niveau particulièrement élevé de la prévalence de l'anémie dans le département de l'Alibori (90 % d'enfants anémiés et 16 % sous une forme sévère) et dans celui de la Donga (88 % d'enfants anémiés et 10 % sous une forme sévère).

En général, les femmes sont moins touchées par l'anémie que les enfants. Au niveau national, 61 % des femmes sont anémiées : 42 % souffre d'anémie légère, 18 % d'anémie modérée et 1 % d'anémie sévère. Contrairement à la situation observée chez les enfants, la prévalence de l'anémie est légèrement plus élevée chez les femmes urbaines (62 %) que chez celles du milieu rural (61 %). Enfin, c'est dans les départements de l'Ouémé (74 %) et de l'Alibori (67 %) que l'on observe les niveaux les plus élevés d'anémie chez les femmes.

⁴ Les résultats du test d'anémie pour les hommes seront présentés dans le rapport final.

Tableau 12. Anémie parmi les enfants et les femmes

Pourcentage d'enfants âgés de 6-59 mois et de femmes de 15-49 ans considérés comme étant anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Bénin 2006

Caractéristique sociodémographique	Anémie (ensemble)	Niveau d'anémie			Effectif
		Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	
ENFANTS					
Milieu de résidence					
Cotonou	60,2	30,3	28,8	1,0	291
Autres Villes	72,7	24,5	41,6	6,7	1 134
Ensemble Urbain	70,2	25,7	39,0	5,5	1 425
Rural	82,1	24,2	49,2	8,7	2 858
Département					
Alibori	89,8	22,0	52,2	15,6	447
Atacora	84,2	24,6	50,8	8,8	329
Atlantique	75,2	26,2	42,0	7,1	453
Borgou	69,6	24,9	41,2	3,6	493
Collines	84,4	24,9	49,9	9,6	319
Couffo	83,1	24,2	51,3	7,6	414
Donga	87,7	16,8	60,7	10,1	155
Littoral	60,2	30,3	28,8	1,0	291
Mono	76,4	36,4	36,7	3,3	201
Ouémé	76,6	23,0	45,2	8,3	507
Plateau	83,2	25,5	50,8	7,0	202
Zou	73,8	21,4	45,1	7,3	475
Ensemble	78,1	24,7	45,8	7,6	4 283
FEMMES					
Milieu de résidence					
Cotonou	64,9	46,4	17,8	0,7	560
Autres Villes	60,6	42,3	16,9	1,5	1 557
Ensemble Urbain	61,8	43,4	17,1	1,3	2 117
Rural	60,5	40,9	18,7	1,0	3 127
Département					
Alibori	67,2	44,7	20,1	2,4	436
Atacora	54,8	37,0	17,3	0,4	343
Atlantique	64,6	46,2	17,4	1,0	609
Borgou	49,7	33,8	15,9	0,0	478
Collines	58,3	39,5	17,0	1,8	370
Couffo	53,4	39,8	12,5	1,1	483
Donga	54,4	35,8	17,8	0,8	160
Littoral	64,9	46,4	17,8	0,7	560
Mono	60,6	50,3	10,4	0,0	266
Ouémé	74,2	43,6	28,6	2,0	690
Plateau	64,8	44,3	19,8	0,7	245
Zou	55,1	38,7	15,4	1,1	604
Ensemble	61,0	41,9	18,1	1,1	5 244

Note: Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont passé la nuit précédente flegmaté dans le ménage. La prévalence est ajustée en fonction du fait que la femme fume ou non et en fonction de l'altitude (pour les enfants et les femmes) en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les femmes et les enfants ayant <7.0 g/dl d'hémoglobine ont une anémie sévère, les femmes et les enfants ayant un niveau d'hémoglobine compris entre 7.0 et 9.9 g/dl ont une anémie modérée, les femmes non enceintes ayant un niveau entre 10.0 et 11.9 g/dl et les enfants et les femmes enceintes ayant 10.0-10.9 g/dl présentent une anémie légère.

M. Mortalité des enfants

L'estimation du niveau de la mortalité infantile et juvénile constituait l'un des principaux objectifs de l'EDSB-III. Ce calcul se base sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés. Il s'agit du quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire, du quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire. On dispose aussi du quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure, globalement, la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire. Par ailleurs, on connaît les composantes de la mortalité infantile, à savoir la mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance, et la mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois. Chacun de ces quotients a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

Nombre d'années précédant l'enquête	Période	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	2001-2006	32	35	67	62	125
5-9	1996-2001	44	42	86	67	147
10-14	1991-1996	40	43	83	74	151

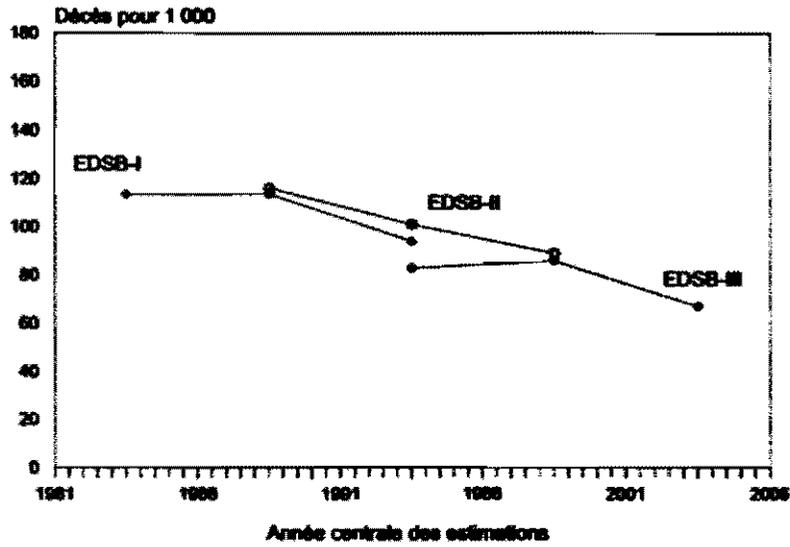
¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale

Le tableau 13 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales allant de 1991-1996 à 2001-2006. Pour la période des cinq dernières années avant l'enquête (période 2001-2006), la mortalité infantile est estimée à 67 décès pour 1 000 naissances vivantes ; la mortalité juvénile s'établit, quant à elle, à 62 ‰. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles sont estimées à 32 ‰ pour la mortalité néonatale et à 35 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décéder avant l'âge de cinq ans, est de 125 ‰. En d'autres termes, au Bénin, environ un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

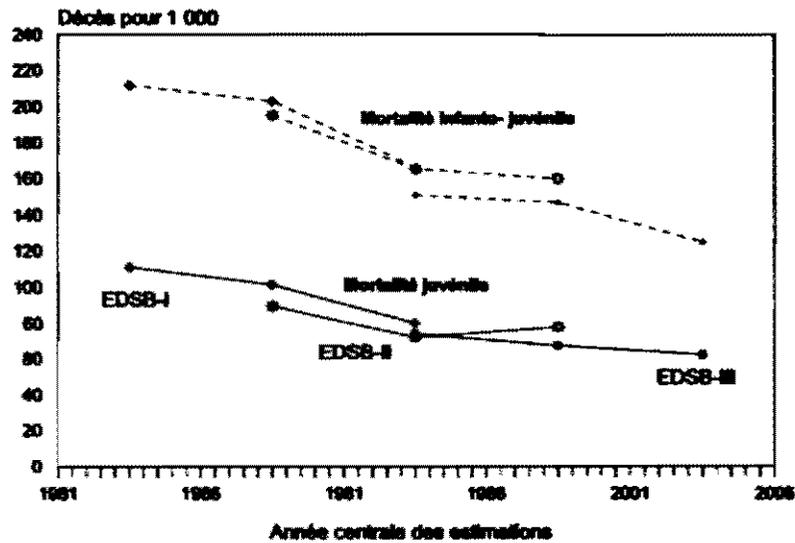
Si l'on compare directement les niveaux de mortalité obtenus à l'EDSB-II de 2001 et à l'EDSB-III de 2006, il semblerait que la mortalité juvénile (1-4 ans) ait connu une baisse importante, passant de 78 ‰ pour la période 1996-2001 à 62 ‰ pour la période 2001-2006. De même, la mortalité infantile aurait connu une baisse importante, passant de 89 ‰ à 67 ‰ au cours de la même période.

Il est préférable d'analyser ici les tendances de la mortalité à partir des mesures rétrospectives de chacune des enquêtes. Les graphiques 7 et 8 présentent les niveaux de mortalité infantile et juvénile selon l'EDSB-I de 1996, l'EDSB-II de 2001, et l'EDSB-III de 2006, par période quinquennale avant chaque enquête. On constate que les niveaux de mortalité sont globalement cohérents entre les différentes périodes des trois enquêtes et que la tendance générale à la baisse de la mortalité se poursuit de façon régulière. Il semble néanmoins que le niveau de mortalité infantile ait été légèrement sous-estimé par l'EDSB-III pour la période 10-14 avant l'enquête (centrée sur 1993) : en effet, pour cette période, l'EDSB-III estime la mortalité infantile à 83 ‰ alors que les enquêtes précédentes la situait entre 94 ‰ et 100 ‰. Il semble donc que la mortalité infantile soit passée d'environ 94-100 ‰ autour de l'année 1993 à 67 ‰ autour de l'année 2003 (année centrale de la période 2001-2006).

Graphique 7 Tendence de la mortalité infantile selon l'EDSB-I 1996, l'EDSB-II 2001 et l'EDSB-III



Graphique 8 Tendence de la mortalité infanto-juvénile selon l'EDSB-I 1996, l'EDSB-II 2001 et l'EDSB-III 2006



On constate également une baisse régulière de la mortalité juvénile, mais à un rythme plus modéré que celui de la mortalité infantile. Ainsi la mortalité infantile serait passée d'environ 72-80 ‰ autour de l'année 1993 à 62 ‰ autour de l'année 2003 (année centrale de la période 2001-2006).

N. Connaissance du VIH/sida

La grande majorité des enquêtés ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida : 94 % des femmes et 99 % des hommes (tableau 14). Le niveau de connaissance varie très peu selon les différentes caractéristiques sociodémographiques.

Les femmes qui ont le moins fréquemment entendu parler du VIH/sida sont les jeunes de 15-19 ans (93 %), les célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels (93 %), celles du milieu rural (93 %), les femmes de l'Alibori (84 %) et du Borgou (84 %), et celles sans instruction (92 %). On constate le même type de variations chez les hommes, sauf au niveau départemental, puisque ce sont les hommes du Zou qui ont le moins fréquemment entendu parler du VIH/sida (94 %). Néanmoins, quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques envisagées, le niveau de connaissance du VIH/sida reste toujours plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

La connaissance des moyens de prévention appropriés est essentielle pour se protéger du VIH. Avec l'abstinence, la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH.

Près des trois quarts des femmes (74 %) et 85 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré que l'utilisation du condom réduisait les risques de contracter le VIH (tableau 15). Une proportion plus importante de femmes et d'hommes (respectivement 88 % et 94 %) considèrent qu'on réduit les risques d'infection au VIH en restant fidèle à un seul partenaire non infecté et qui n'a pas d'autre partenaire. Globalement, 73 % de femmes et 83 % d'hommes connaissent ces deux moyens de prévention du VIH. En outre, pour 79 % de femmes et 88 % d'hommes, l'abstinence sexuelle est également un moyen de prévention du VIH.

Que ce soit les femmes ou les hommes, ceux qui connaissent le moins fréquemment ces moyens de prévention, sont les jeunes de 15-19 ans, les célibataires qui n'ont pas eu de rapports sexuels, ceux du milieu rural et ceux sans instruction. Du point de vue des départements, ce sont les femmes de l'Alibori et du Plateau et les hommes de l'Atacora et du Plateau qui sont les moins bien informés.

Tableau 14. Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans ayant entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques Bénin 2006

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes	
	A entendu parler du sida	Effectif	A entendu parler du sida	Effectif
Age				
15-24	93,6	6 248	98,5	1 705
...15-19	92,8	3 067	98,2	1 070
...20-24	94,4	3 181	98,8	695
25-29	94,0	3 641	98,5	752
30-39	94,7	4 905	98,9	1 328
40-49	95,1	2 999	99,1	830
État matrimonial				
Célibataire	95,6	3 556	98,5	1 789
...A eu des rapports sexuels	97,9	1 770	99,2	1 047
...N'a jamais eu de rapports sexuels	93,3	1 786	97,5	742
Marié ou vivant ensemble	93,7	13 400	98,8	2 728
Divorcé/séparé/veuf	96,8	837	98,5	97
Milieu de résidence				
Cotonou	98,2	1 862	100,0	541
Autres Villes	96,2	5 498	99,2	1 451
Ensemble Urbain	96,7	7 360	99,4	1 992
Rural	92,5	10 434	98,1	2 623
Département				
Alibori	83,5	1 289	99,7	368
Atacora	92,0	1 145	98,6	265
Atlantique	97,3	2 027	99,7	547
Borgou	83,7	1 538	95,7	442
Collines	97,4	1 275	99,1	322
Couffo	99,1	1 468	100,0	322
Donga	96,1	668	100,0	186
Littoral	98,2	1 862	100,0	541
Mono	97,4	1 068	100,0	299
Ouémé	96,4	2 566	99,7	612
Plateau	93,2	879	100,0	203
Zou	93,6	2 009	94,1	509
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	92,1	11 334	96,9	1 523
Primaire	97,3	3 550	99,3	1 407
Secondaire 1er cycle	98,9	2 032	99,8	1 074
Secondaire 2nd cycle ou +	99,6	879	99,8	671
Ensemble 15-49 ans	94,2	17 794	98,7	4 615
Hommes de 50-64 ans	na	na	98,4	706
Ensemble 15-64 ans	na	na	98,7	5 321

na: Non applicable

Tableau 15. Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires et en s'abstenant de rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Bénin 2006

Caractéristique sociodémographique	Femmes				Effectif	Hommes				Effectif
	En utilisant des condoms ¹	En limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	En utilisant des condoms et en limitant les rapports à un seul partenaire	En s'abstenant de rapports sexuels		En utilisant des condoms ¹	En limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	En utilisant des condoms et en limitant les rapports à un seul partenaire	En s'abstenant de rapports sexuels	
Age										
15-24	73,3	86,1	71,2	78,4	6 248	87,1	93,4	85,1	88,2	1 705
..15-19	72,5	85,1	70,3	77,8	3 067	85,2	91,8	83,0	87,8	1 010
..20-24	74,0	87,1	72,1	78,9	3 181	89,8	95,7	88,1	88,8	695
25-29	75,3	87,9	74,2	78,7	3 641	86,6	94,8	84,9	87,9	752
30-39	76,0	88,4	74,5	79,4	4 905	84,3	95,2	82,6	87,6	1 328
40-49	71,9	88,3	70,4	79,5	2 999	81,2	94,1	80,1	85,6	830
État matrimonial										
Célibataire	75,9	87,9	73,6	80,8	3 556	87,7	93,9	85,9	89,3	1 789
..A eu des rapports sexuels	82,1	91,9	80,1	84,6	1 770	91,3	96,4	89,7	91,8	1 047
..N'a jamais eu de rapports sexuels	69,7	83,9	67,1	77,1	1 786	82,6	90,4	80,4	85,8	742
Marié ou vivant ensemble	73,8	87,2	72,4	78,4	13 400	83,3	94,5	81,7	86,2	2 728
Divorcé/séparé/veuf	73,4	89,7	72,0	78,6	837	88,4	95,0	85,9	90,9	97
Milieu de résidence										
Cotonou	78,7	93,8	77,8	85,4	1 862	96,2	97,6	95,4	96,6	541
Autres Villes	79,5	89,7	77,8	82,4	5 498	84,9	93,6	82,7	88,2	1 451
Ensemble Urbain	79,1	90,8	77,8	83,2	7 360	87,9	94,7	86,1	90,5	1 992
Rural	70,6	85,2	68,9	75,9	10 434	83,0	94,0	81,4	85,3	2 623
Département										
Alibori	61,7	76,3	60,7	69,2	1 289	82,9	98,1	82,8	96,8	368
Atacora	73,5	84,7	72,4	82,4	1 145	73,9	83,0	71,1	80,3	265
Atlantique	76,0	92,8	74,5	85,7	2 027	83,8	97,0	82,8	92,4	547
Borgou	71,3	78,2	69,6	72,9	1 538	86,4	92,7	84,5	89,1	442
Collines	80,1	94,4	79,0	87,8	1 275	83,0	93,5	80,3	89,9	322
Couffo	86,5	97,2	85,5	84,0	1 468	88,4	97,7	86,7	84,3	322
Donga	83,4	90,2	81,1	87,1	668	88,6	92,6	85,2	89,5	186
Littoral	78,7	93,8	77,8	85,4	1 862	96,2	97,6	95,4	96,6	541
Mono	74,7	90,1	72,8	80,2	1 068	93,1	98,7	92,7	92,6	299
Ouémé	68,5	84,1	65,7	72,2	2 566	83,6	93,4	81,4	89,4	612
Plateau	49,7	73,0	45,8	59,2	879	74,2	92,5	70,7	27,9	203
Zou	81,0	89,0	79,8	79,3	2 009	80,7	90,3	78,7	86,6	509
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	69,8	84,5	68,3	75,7	11 334	78,3	92,6	76,9	84,6	1 523
Primaire	79,2	91,2	77,2	83,2	3 550	85,0	93,6	82,9	86,2	1 407
Secondaire 1er cycle	84,3	94,0	82,4	84,7	2 032	90,1	95,2	87,9	90,0	1 014
Secondaire 2nd cycle ou +	88,1	96,4	86,8	89,2	879	93,4	98,3	92,6	93,0	671
Ensemble 15-49 ans	74,2	87,5	72,6	78,9	17 794	85,1	94,3	83,4	87,5	4 615
Hommes de 50-64 ans	na	na	na	na	na	74,2	92,7	73,7	81,7	706
Ensemble 15-64 ans	na	na	na	na	na	83,7	94,1	82,1	86,7	5 321

na = Non applicable

¹ En utilisant des condoms à chaque rapport sexuel.

² Un partenaire qui n'a pas d'autre partenaire.

O. Utilisation du condom

Bien qu'une forte proportion d'enquêtés aient déclaré que la fidélité à un seul partenaire et l'abstinence sexuelle sont des moyens de réduire les risques de contracter le VIH, 1 % des femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête et surtout 29 % des hommes ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois (tableaux 16 et 17). Par ailleurs, 12 % des femmes et 30 % des hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, ont eu des rapports sexuels à hauts risques, c'est-à-dire avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant.

Les proportions les plus importantes de femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec 2 partenaires ou plus se rapportent aux jeunes de 15-19 ans, aux célibataires et aux femmes en rupture d'union, à celles de Cotonou et aux plus instruites. C'est parmi ces catégories de femmes que se rencontrent également le plus fréquemment les femmes qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques.

Chez les hommes, on constate le même type de variations en ce qui concerne les rapports sexuels à hauts risques. Par contre les hommes ayant eu le plus fréquemment des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec deux partenaires ou plus sont les plus âgés (30 ans ou plus), ceux en rupture d'union et ceux de Cotonou.

Bien qu'une forte proportion des enquêtés aient déclaré que le condom est un moyen de réduire les risques de contracter le VIH, son utilisation reste encore limitée. En effet, parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, seulement 25 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels de ce type (tableau 16) ; cette proportion atteint 40 % chez les hommes (tableau 17).

Les femmes et les hommes ayant déclaré le moins fréquemment qu'un condom avait été utilisé lors des derniers rapports sexuels à hauts risques, sont les plus âgés (30 et plus chez les femmes et les 40-49 ans chez les hommes), ceux mariés et ceux en rupture d'union, ceux du milieu rural et les femmes et les hommes sans instruction.

Tableau 17. Partenaires sexuels multiples et rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Hommes

Parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire et pourcentage qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois; et parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Bénin 2006

Caractéristique sociodémographique	Hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois			Hommes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques ¹ au cours des 12 derniers mois	
	Pourcentage ayant eu au moins 2 partenaires au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques ¹ au cours des 12 derniers mois	Effectif	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques ¹	Effectif
Age					
15-24	22,7	82,1	787	44,4	646
..15-19	18,2	96,4	302	41,9	291
..20-24	25,5	73,2	485	46,5	355
25-29	23,7	32,6	683	38,5	223
30-39	30,1	18,6	1 261	39,3	235
40-49	33,7	11,3	759	29,0	85
État matrimonial					
Célibataire	24,0	97,4	800	45,3	779
Marié/vivant ensemble	29,0	13,6	2 626	35,1	356
Divorcé/séparé/veuf	36,9	84,4	63	23,0	53
Milieu de résidence					
Cotonou	37,2	49,3	387	57,3	191
Autres Villes	24,5	38,8	1 052	49,1	409
Ensemble Urbain	27,9	41,7	1 440	51,8	600
Rural	28,0	28,8	2 049	30,5	589
Département					
Alibori	27,6	26,9	310	40,9	83
Atacora	28,7	48,2	193	29,1	93
Atlantique	33,6	38,9	418	34,6	163
Borgou	27,4	38,3	325	51,2	124
Collines	30,8	38,4	261	23,3	100
Couffo	30,1	25,0	226	43,2	56
Donga	27,1	38,6	104	43,9	40
Littoral	37,2	49,3	387	57,3	191
Mono	14,4	19,8	238	58,6	47
Ouémé	20,3	27,9	464	41,6	130
Plateau	23,5	16,7	154	(43,3)	26
Zou	29,5	33,1	409	30,5	135
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	28,7	20,8	1 287	23,8	268
Primaire	29,1	32,5	1 090	28,7	354
Secondaire 1er cycle	24,1	49,2	603	54,4	297
Secondaire 2nd cycle ou +	28,4	53,1	509	60,4	271
Ensemble 15-49 ans	28,0	34,1	3 489	41,2	1 189
Hommes de 50-64 ans	32,3	9,7	617	18,1	60
Ensemble 15-64 ans	28,6	30,4	4 106	40,1	1 249

¹ Rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant.

() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

P. Prévalence du VIH

Comme mentionné dans la première partie du rapport (Objectifs et Méthodologie), l'EDSB-III a inclus le test du VIH dans un sous-échantillon d'un ménage sur trois. Toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-64 ans éligibles pour l'enquête individuelle dans ce sous-échantillon ont été sollicités pour donner quelques gouttes de sang pour le test du VIH.

Une estimation précise de la prévalence de VIH est nécessaire pour évaluer l'ampleur de l'épidémie au Bénin et pour suivre la progression de l'épidémie dans le temps. Les données de prévalence des sites sentinelles de surveillance épidémiologique, recueillies auprès des femmes enceintes qui viennent en consultations prénatales, ont jusque là été la seule source d'informations sur la prévalence du VIH au Bénin.

Les données provenant des sites sentinelles sont d'une grande valeur parce qu'elles peuvent être disponibles de façon assez régulière, et parce qu'elles sont moins coûteuses à collecter que celles d'enquêtes nationales auprès de la population générale. Toutefois, les données de ces sites de surveillance présentent plusieurs biais importants. Parmi ces biais, il faut mentionner le fait que les femmes enceintes qui bénéficient de soins prénatals ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population des femmes en âge de procréer et, surtout, qu'il n'existe pas de données sur les hommes. De plus, la répartition des sites en milieu urbain et rural (29 sites sentinelles urbains contre 21 sites sentinelles ruraux en 2006) n'est pas proportionnelle au poids démographique de ces deux milieux au Bénin (Urbain 42 % contre 58 % pour le rural)³, ce qui peut introduire un biais supplémentaire.

L'ONUSIDA et l'OMS recommandent que les résultats d'enquêtes nationales représentatives de la population générale (hommes et femmes de 15-49 ans) soient exploités pour calibrer les résultats de la surveillance régulière (UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, 2000). Il est donc conseillé que les données de séroprévalence de l'EDSB-III soient analysées de très près et qu'elles soient utilisées pour améliorer la série des paramètres qui sont intégrés dans le modèle d'estimation de la prévalence à partir des données des sites sentinelles.

Taux de couverture des tests de dépistage du VIH

Le tableau 18 fournit les taux de couverture du test du VIH chez les femmes et les hommes, selon le milieu de résidence. Dans l'ensemble, 79 % des enquêtés (hommes et femmes ensemble) ont été enquêtés et testés pour le VIH. Le taux de couverture est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (83 % contre 75 %). Par ailleurs, aussi bien chez les femmes et que chez les hommes, les taux de couverture sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain, variant d'un minimum de 71 % pour les hommes du milieu urbain à un maximum de 84 % pour les femmes du milieu rural.

Taux de séroprévalence du VIH

Le tableau 19 fournit les taux de prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-49 ans selon les caractéristiques sociodémographiques. Les résultats montrent qu'au niveau national la prévalence globale (sexes confondus) est de 1,2 %. Les femmes, avec une prévalence de 1,5 %, sont près de deux fois plus fréquemment infectées que les hommes (0,8 %). Il en résulte un ratio d'infection femme/homme de 1,88; ce qui revient à dire que, pour 100 hommes infectés, il y a 188 femmes infectées. L'ONUSIDA (*Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006*) estimait la prévalence du VIH au Bénin à 1,8 %, compris dans un intervalle de 1,2 % (estimation faible) à 2,5 % (estimation forte). La prévalence estimée par l'EDSB-III correspondrait donc à l'estimation faible de l'ONUSIDA.

³ En 2001, il n'existait au Bénin que 7 sites sentinelles, tous en milieu urbain.

Tableau 18. Couverture du test du VIH

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-64 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont effectué, ou non, le test du VIH selon le milieu de résidence (non pondéré), Bénin 2006

Résultat du test par sexe	Milieu de résidence		Total
	Urbain	Rural	
Femme 15-49 ans			
Prélèvement de sang testé et enquêtée	80,8	84,0	82,6
Prélèvement de sang testé et non enquêtée	1,6	1,2	1,4
Refus de fournir du sang et enquêtée	1,9	0,9	1,3
Refus de fournir du sang et non enquêtée	2,6	1,9	2,2
Absente au moment de la collecte de sang et enquêtée	8,6	8,3	8,4
Absente au moment de la collecte de sang et non enquêtée	2,2	1,2	1,6
Autre, enquêtée	1,8	1,4	1,6
Autre, non enquêtée	0,6	1,2	0,9
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 687	3 672	6 359
Homme 15-64 ans			
Prélèvement de sang testé et enquêté	71,0	78,0	75,0
Prélèvement de sang testé et non enquêté	1,8	0,7	1,2
Refus de fournir du sang et enquêté	4,2	3,4	3,7
Refus de fournir du sang et non enquêté	4,9	3,0	3,9
Absent au moment de la collecte de sang et enquêté	10,7	11,0	10,8
Absent au moment de la collecte de sang et non enquêté	3,4	0,9	2,0
Autre, enquêté	2,1	1,6	1,8
Autre, non enquêté	1,9	1,3	1,6
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 546	3 280	5 826
Ensemble			
Prélèvement de sang testé et enquêté	76,0	81,2	79,0
Prélèvement de sang testé et non enquêté	1,7	1,0	1,3
Refus de fournir du sang et enquêté	3,0	2,1	2,5
Refus de fournir du sang et non enquêté	3,7	2,4	3,0
Absent au moment de la collecte de sang et enquêté	9,6	9,5	9,6
Absent au moment de la collecte de sang et non enquêté	2,8	1,1	1,8
Autre, enquêté	1,9	1,5	1,7
Autre, non enquêté	1,2	1,3	1,2
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	5 233	6 952	12 185

La proportion des personnes séropositives accuse une tendance générale à la hausse avec l'âge, avec des fluctuations plus ou moins régulières selon le sexe. Le graphique 9 illustre clairement ces différences : d'abord, on remarque qu'à pratiquement tous les âges, les femmes ont un taux d'infection plus élevé que les hommes. En outre, ce taux croît plus rapidement chez les femmes que chez les hommes : chez les femmes, il passe d'un minimum de 0,5 % à 15-19 à un maximum de 2,2 % à 30-34 ans, puis baisse jusqu'à 1,5 %. Chez les hommes, d'un taux pratiquement nul à 15-19 ans, la prévalence atteint son maximum à 35-39 ans (1,7 %), soit plus tardivement que chez les femmes. Après cet âge la prévalence varie de façon irrégulière. Précisions en outre que, chez les hommes de 50-64 ans, la prévalence s'établit à 0,7 %.

Tableau 19. Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques

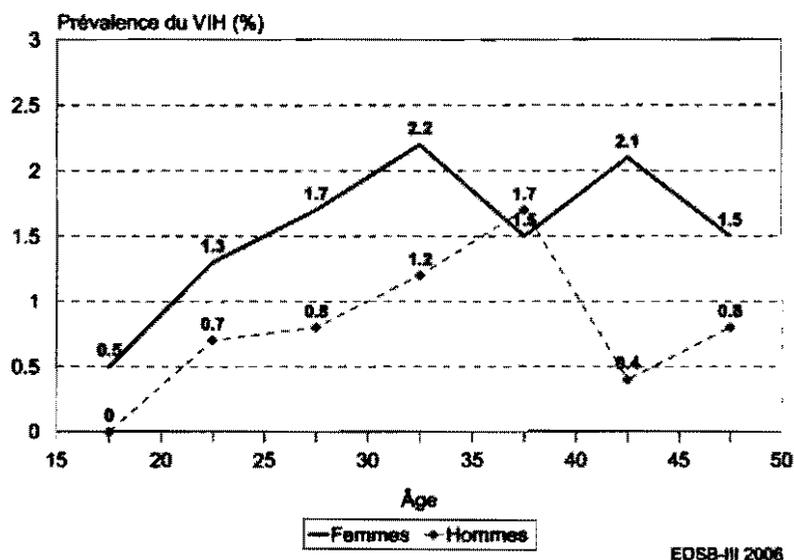
Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans enquêtés qui ont effectué le test du VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Bénin 2006

Caractéristique sociodémographique	Femme 15-49		Homme 15-64		Ensemble	
	Pourcentage VIH positif ¹	Effectif	Pourcentage VIH positif ¹	Effectif	Pourcentage VIH positif ¹	Effectif
Âge						
15-19	0,5	866	0,0	898	0,3	1 764
20-24	1,3	918	0,7	583	1,1	1 501
25-29	1,7	1 065	0,8	621	1,4	1 685
30-34	2,2	805	1,2	569	1,8	1 374
35-39	1,5	599	1,7	557	1,6	1 156
40-44	2,1	428	0,4	401	1,3	828
45-49	1,5	344	1,8	327	1,6	671
Milieu de résidence						
Cotonou	2,8	537	0,5	451	1,7	988
Autres Villes	2,0	1 533	1,2	1 251	1,7	2 784
Ensemble Urbain	2,2	2 070	1,0	1 702	1,7	3 772
Rural	1,0	2 955	0,7	2 254	0,9	5 210
Département						
Alibori	0,3	374	0,6	323	0,4	697
Atacora	1,5	312	1,4	230	1,5	543
Atlantique	1,9	580	0,5	465	1,3	1 045
Borgou	1,6	443	1,6	381	1,6	823
Collines	0,5	355	0,0	281	0,3	637
Couffo	2,7	431	2,8	278	2,7	709
Donga	3,5	179	1,4	155	2,5	335
Littoral	2,8	537	0,5	451	1,7	988
Mono	2,3	290	0,4	260	1,4	550
Ouémé	0,6	730	0,6	513	0,6	1 243
Plateau	1,0	255	0,0	177	0,6	432
Zou	0,7	540	0,7	441	0,7	981
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	1,4	3 221	0,9	1 307	1,3	4 528
Primaire	2,2	1 006	0,9	1 199	1,5	2 205
Secondaire 1er cycle	1,2	569	0,6	874	0,8	1 443
Secondaire 2nd cycle ou	0,0	229	0,8	576	0,6	805
Ensemble 15-49 ans	1,5	5 025	0,8	3 956	1,2	8 981
Hommes de 50-64 ans	na	na	0,7	618	na	na
Ensemble 15-64 ans	na	na	0,8	4 574	na	na

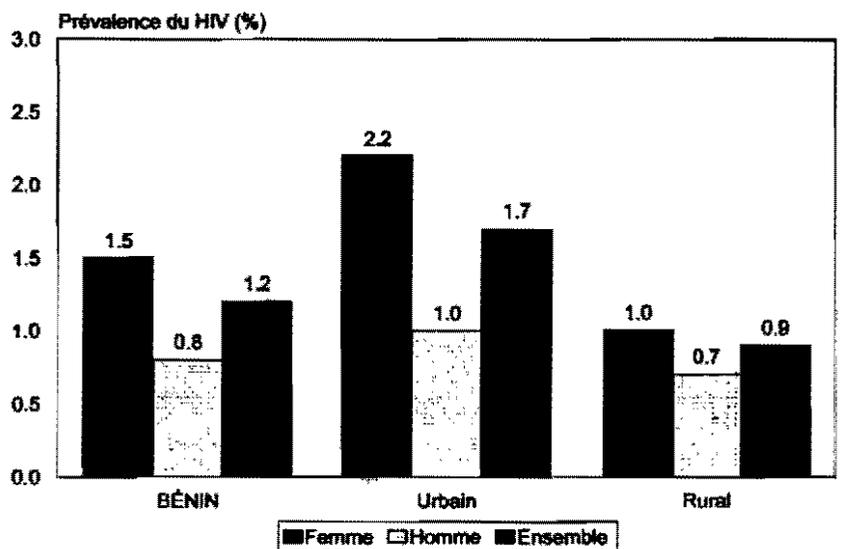
¹ VIH Positif se rapporte seulement aux individus infectés par le VIH-1 (y compris ceux infectés, à la fois, par le VIH-1 et le VIH-2, et non compris ceux infectés avec le VIH-2 seulement).

En ce qui concerne la séroprévalence par milieu de résidence (graphique 10), les résultats de l'enquête montrent des niveaux plus élevés en milieu urbain (1,7 %) qu'en milieu rural (0,9 %). Chez les femmes, la prévalence varie de 2,2 % en urbain (avec un maximum de 2,8 % pour les femmes de Cotonou) à 1,0 % en rural. Par contre, chez les hommes, les écarts ne sont pas importants : 1,0 % en urbain contre 0,7 % en rural. Par ailleurs, la prévalence varie fortement par département. Chez les femmes, les niveaux de prévalence varient de minima de 0,3 % dans l'Alibori et 0,5 % dans les Collines, à des maxima de 2,7 % dans le Couffo, 2,8 % dans le Littoral et surtout 3,5 % dans la Donga. Les niveaux de prévalence varient de façon différente pour les hommes, passant d'un taux pratiquement nul dans les Collines et le Plateau à un maximum de 2,8 % dans le Couffo.

Graphique 9
Taux de séroprévalence du VIH par sexe et âge



Graphique 10 Prévalence du VIH par résidence



Enfin du point de vue du niveau d'instruction, on constate que les femmes ayant un niveau primaire (2,2 %) sont nettement plus infectées que celles sans instruction (1,4 %), celles de niveau secondaire second cycle (1,2 %) et surtout que les femmes les plus instruites chez lesquelles la prévalence est pratiquement nulle. Chez les hommes, par contre, on n'observe pas de variations significatives, les taux variant de 0,6 % à 0,9 %.

MEASURE DHS Rapports Préliminaires

Turquie	Décembre	1998	(anglais)
Ghana	Mai	1999	(anglais)
Guatemala	Juin	1999	(espagnol)
Guinée	Octobre	1999	(français)
Kazakhstan	Décembre	1999	(anglais/russe)
Tanzanie	Février	2000	(anglais)
Zimbabwe	Mars	2000	(anglais)
Bangladesh	Juin	2000	(anglais)
Égypte	Juin	2000	(anglais)
Éthiopie	Août	2000	(anglais)
Haiti	Septembre	2000	(français)
Cambodge	Novembre	2000	(anglais)
Turkmenistan	Janvier	2001	(anglais)
Malawi	Février	2001	(anglais)
Rwanda	Février	2001	(français)
Arménie	Mars	2001	(anglais)
Gabon	Mars	2001	(français)
Ouganda	Mai	2001	(anglais)
Mauritanie	Juillet	2001	(français)
Népal	Août	2001	(anglais)
Mali	Décembre	2001	(français)
Bénin	Février	2002	(français)
Érythrée	Septembre	2002	(anglais)
Zambie	Octobre	2002	(anglais)
Jordan	Novembre	2002	(anglais)
République Dominicaine	Janvier	2003	(espagnol)
Ouzbékistan	Mai	2003	(anglais)
Indonésie	Août	2003	(anglais)
Nigeria	Octobre	2003	(anglais)
Kenya	Décembre	2003	(anglais)
Indonésie (jeunes adultes)	Décembre	2003	(anglais)
Jayapura - Ville, Indonésie (jeunes adultes)	Décembre	2003	(anglais)
Philippines	Janvier	2004	(anglais)
Burkina Faso	Mai	2004	(français)
Ghana	Juin	2004	(anglais)
Maroc	Juin	2004	(français)
Bangladesh	Septembre	2004	(anglais)
Cameroun	Octobre	2004	(français)
Madagascar	Octobre	2004	(français)
Afrique du Sud	Décembre	2004	(anglais)
Tchad	Février	2005	(français)
Kenya (SPA)	Mars	2005	(anglais)
Pérou (continu)	Avril	2005	(espagnol)
Tanzanie	Mai	2005	(anglais)
Ouganda (EIS)	Juin	2005	(anglais)
Sénégal	Juillet	2005	(français)
Malawi	Août	2005	(anglais)
Guinée	Août	2005	(français)
Lesotho	Octobre	2005	(anglais)
Égypte	Septembre	2005	(anglais)
Rwanda	Novembre	2005	(français)
Éthiopie	Novembre	2005	(anglais)
Moldavie	Novembre	2005	(anglais/roumain)
Vietnam (EIS)	Février	2006	(anglais/vietnamien)
Arménie	Mars	2006	(anglais)
Congo (Brazzaville)	Mars	2006	(français)
Côte d'Ivoire (EIS)	Juin	2006	(français)
Cambodge	Juillet	2006	(anglais)
Haiti	Juillet	2006	(français)
Zimbabwe	Août	2006	(anglais)
Niger	Août	2006	(français)
Niger (zones d'intervention)	Octobre	2006	(français)
Népal	Octobre	2006	(anglais)
Ouganda	Novembre	2006	(anglais)

Les rapports préliminaires des enquêtes MEASURE DHS sont distribués à un nombre limité de destinataires ayant besoin des premiers résultats de l'enquête et ils ne sont pas disponibles pour une large diffusion. L'organisme national exécuteur de l'enquête est responsable de la diffusion dans le pays ; MEASURE DHS est responsable de la diffusion au niveau international. La publication du rapport final des enquêtes MEASURE DHS, destiné à une diffusion à grande échelle, est prévue 6 à 12 mois après la sortie du rapport préliminaire.