

**MINISTERE DES FINANCES ET DE
LA PLANIFICATION ECONOMIQUE
B.P 46 KIGALI**



**ENQUETE A INDICATEURS
MULTIPLES (MICS2)
Rapport préliminaire**

RWANDA

DRAFT 1

11 Janvier, 2001

CONTENU

Remerciements.....	4
I. Préliminaires	4
Introduction	4
2. Objectifs de l'enquête MICS2	6
II. Echantillonnage et Méthodologie	6
Plan de sondage.....	6
Questionnaires.....	6
Collecte et traitement des données	7
Couverture de l'échantillon	7
Caractéristiques des personnes interrogées	7
II. Résultats.....	8
Fréquentation scolaire des enfants et alphabétisation des adultes	8
Eau et Assainissement.....	9
Etat nutritionnel.....	10
Allaitement maternel.....	11
Supplément en Vitamine A.....	12
Iodation du sel.....	13
Couverture vaccinale	13
Assistance à l'accouchement	14
Enregistrement des Naissances	14

Tableaux

Tableau 1 : Répartition en pourcentage des ménages selon les caractéristiques socio-démographiques, Rwanda, 2000.....	17
Tableau 2: Répartition en % des femmes 15-49 selon les caractéristiques socio-démographiques, Rwanda, 2000.....	18
Tableau 3: Répartition en % des enfants de moins de 5 ans selon les caractéristiques socio-démographiques, Rwanda, 2000.....	19
Tableau 4: Pourcentage d'enfants d'âge scolaire qui sont actuellement scolarisés, Rwanda, 2000.....	20
Tableau 5: Pourcentage d'enfants entrant en première année du primaire qui atteignent, par la suite la cinquième année, Rwanda, 2000.....	21
Tableau 6: Pourcentage de la population qui a accès à une eau à boire salubre, Rwanda, 2000.....	22
Tableau 7: Pourcentage de la population qui a accès à un système sanitaire pour le traitement des excréments, Rwanda, 2000.....	23
Tableau 8: Pourcentage des enfants de moins de cinq ans qui souffrent d'une sous-nutrition sévère ou modérée, Rwanda, 2000.....	24
Tableau 9: Pourcentage d'enfants vivants par pratique d'allaitement, Rwanda, 2000.....	25
Tableau 10: Répartition (en %) des enfants âgés de 6-59 mois selon qu'ils aient reçu une dose élevée de vitamine A ou non pendant les six derniers mois, Rwanda, 2000.....	26
Tableau 11: Pourcentage des ménages ayant consommé du sel suffisamment Iode, Rwanda, 2000,	27
Tableau 12: Pourcentage des enfants de 12-23 mois ayant reçu des vaccinations contre les maladies de l'enfance quel que soit l'âge avant enquête et avant premier anniversaire, Rwanda, 2000	28
Tableau 15 Répartition en % des femmes âgées de 15-49 ayant eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois selon le type de personnel assistant durant l'accouchement, Rwanda, 2000	29
Tableau 16: Répartition en % des enfants âgés de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée ou non et les raisons de non-enregistrement, Rwanda, 2000.....	30

Remerciements

I. Préliminaires

Introduction

En septembre 1990, s'est tenu à New-York, un Sommet Mondial sur les enfants. Ce sommet avait regroupé 71 Chefs d'Etat et de Gouvernement. A la fin du sommet, les Chefs d'Etat et de Gouvernement des pays participants, dont celui du Rwanda, ont pris un engagement solennel de «tenter d'en finir entre 1990 et 2000, avec les niveaux alarmants de mortalité et de malnutrition qui prévalaient à l'époque chez les enfants et de protéger le développement physique et mental de tous les enfants du monde»¹.

Un Plan d'action National avait été élaboré par le Gouvernement Rwandais en 1991 sur la base d'une analyse de la situation des femmes et des enfants Rwandais par rapport aux objectifs fixés par le Sommet. L'analyse a permis de mettre en exergue les problèmes auxquels font face les femmes et les enfants Rwandais, de même que l'ampleur des solutions à y apporter.

Ces problèmes concernent :

- *La santé des femmes et des enfants* : la mortalité maternelle reste très élevée même si les données sur les effectifs réels manquent ; le dépistage des grossesses à haut risque dont le taux est estimé à 29,7 % est très difficile ; l'ampleur du SIDA pose de réels problèmes, particulièrement la transmission de la mère à l'enfant ; les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile restent très élevés (respectivement 117 pour mille et 198 pour mille) ; le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections aiguës des voies respiratoires et la malnutrition représentent 75% des cas de morbidité et 80% des cas de mortalité ; la poliomyélite et le tétanos sont en baisse, de même que la rougeole ; la lutte contre la coqueluche et la diphtérie a enregistré de bons résultats ; la diarrhée est toujours un problème majeur de santé publique puisque son incidence a quintuplé entre 1986 et 1990 ; environ 30% des enfants de moins de cinq ans souffrent de la malnutrition dont 7% de malnutrition sévère. Les causes de la malnutrition sont dues essentiellement à l'insuffisance des connaissances de base, aux mauvaises conditions hygiéniques, aux maladies et aux soins maternels insuffisants.
- *L'eau et l'assainissement* : l'accès à l'eau potable est de 71% sur le plan national ; environ 13% des citadins possèdent un branchement privé tandis que 21% s'approvisionnent à partir des bornes fontaines ; le taux de desserte des latrines sèches et fosses sceptiques est de 73% en milieu urbain et de 40.8 % en milieu rural.
- *L'éducation* : l'enseignement primaire n'est pas généralisé au Rwanda ; les taux d'abandon et d'échec sont élevés ; le taux de scolarisation des enfants de 7 à 12 ans est de 62% et 46% environ terminent l'école primaire ; le taux d'analphabétisme reste à un niveau élevé - 39% de la population est analphabète avec une majorité de femmes (56%).
- *Enfants vivant dans des circonstances particulièrement difficiles* : la détérioration de la situation économique et l'état de guerre vont entraîner une augmentation des enfants condamnés à endurer des conditions de vie difficiles.

1 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF): La Situation des enfants dans le monde, 1991

Compte tenu des problèmes identifiés ci-dessus, les domaines prioritaires retenus dans le Plan National d'Action de la décennie 1990-2000 pour la survie, la protection et le développement de l'enfant sont centrés sur les secteurs dont le développement a un impact immédiat sur le bien-être de l'enfant et de la femme. De façon spécifique :

- *Dans le domaine de la santé/Nutrition* : réduction du taux de mortalité infantile et infanto-juvénile (qui devraient passer entre 1990 et 2000, respectivement de 117 pour mille à 90 pour mille et de 198 pour mille à 150 pour mille ; réduction de la mortalité maternelle en passant de 300 pour mille à 200 pour mille ; réduction du taux de fécondité de 8,4 à 4 en 2000 ; accroissement du taux de prévalence contraceptive de 12,6% à 48%.
- *Dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'environnement* : assurer l'accès à l'eau potable en faisant passer le taux de 71% à 80% ; assurer un taux de couverture de 70% en matière d'assainissement.
- *Dans le domaine de l'éducation et de l'alphabétisation* : porter le taux de scolarisation de 62% à 70% ; réduire le taux global d'analphabétisme de 39% à 35% ; réduire le taux d'analphabétisme des femmes de 56 à 40%.
- *Pour les enfants se trouvant en situations particulièrement difficiles* : assistance, promotion et protection de ces enfants.
- *Dans le domaine de la promotion de la femme* : proposition des mesures destinées à réduire les inégalités de chance d'accès entre les hommes et les femmes à différents niveaux d'éducation et d'emploi, et aux ressources financières et matérielles (amélioration du statut juridique de la femme, accroissement du nombre des organisations et groupements féminins, participation des femmes dans la prise de décision à tous les niveaux).

Le Plan d'Action du Sommet a recommandé la mise en place de mécanismes appropriés pour le suivi des progrès accomplis dans l'atteinte des objectifs retenus pour la décennie. A l'orée de la fin de la décennie, l'UNICEF, en collaboration avec l'OMS, l'UNESCO et d'autres institutions a développé un ensemble de 75 indicateurs sur des aspects spécifiques de la situation des enfants.

La tragédie qu'a connu le Rwanda et qui a atteint son paroxysme en avril 1994 pour se poursuivre pendant 3 mois n'a pas permis de mettre en œuvre le Plan National d'Action qui en fait a perdu de sa substance et de sa pertinence pratiquement dès son entrée en vigueur. La population vulnérable, en particulier celle des enfants, s'est considérablement accru, les ressources financières, au niveau des familles, des organisations et de l'état se sont réduites, le capital humain s'est fondu. Les premières années de l'après-guerre et génocide furent consacrées aux programmes d'urgence, de consolidation de la sécurité, de la réhabilitation des infrastructures de base. Les conditions normales n'ont été pratiquement rétablies qu'entre 1998 et 1999.

Nonobstant ce constat, l'enquête MICS 2000 a été organisée afin de fournir, à la fin de la décennie, des informations sur plusieurs de ces indicateurs et de constituer une base de données de référence pour la prochaine décennie. L'enquête MICS a été menée par la Direction de la Statistique avec l'appui financier de l'UNICEF.

Ce rapport préliminaire présente des résultats sélectifs de variables pertinentes de l'enquête se rapportant à certains indicateurs. La publication du rapport final est prévue au mois de mars 2001.

2. Objectifs de l'enquête MICS2

Les principaux objectifs de l'enquête sont les suivants : de

- produire des données pour apprécier la situation du bien-être de l'enfant et de la femme à la fin de la décennie 1990 et pour préparer la décennie qui commence ;
- fournir des données actualisées pour évaluer la situation des enfants et des femmes au Rwanda et envisager des actions pour la prochaine décennie ;
- rendre disponible les données nécessaires pour faire le suivi des progrès accomplis dans l'atteinte des objectifs fixés par le Sommet Mondial et pour constituer des données de référence pour la prochaine décennie ;
- contribuer à améliorer les bases de données et les systèmes de suivi au Rwanda, à renforcer l'expertise nationale dans la collecte, l'exploitation et l'analyse des systèmes d'information sociale ;

De façon spécifique,

1. collecter les données sur certains indicateurs qui serviront à évaluer les progrès réalisés dans l'atteinte de certains objectifs du Sommet Mondial;
2. déterminer l'ampleur du travail des enfants au Rwanda ;
3. déterminer la prévalence de la cécité crépusculaire au Rwanda ;
4. dégager des informations sur l'état nutritionnel des enfants et de leurs mères ;
5. dégager certains facteurs qui influencent l'état nutritionnel des enfants (morbidity, tabous alimentaires, pratiques de soins infantiles, sécurité alimentaire, etc...);
6. proposer des recommandations pour des actions appropriées en vue d'améliorer l'état nutritionnel des enfants et de leurs mères.

II. Echantillonnage et Méthodologie

Plan de sondage

L'échantillon de l'enquête à indicateurs multiples du Rwanda a été conçu de façon à produire des estimations au niveau national. Toute fois une stratification a été faite (Kigali-ville, Autres villes, Rural, bien qu'elle ne fasse pas objet d'analyse détaillée dans le présent rapport).

L'échantillon du MICS est un sous échantillon de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS). Le tirage a été fait à deux degrés. Au premier degré, 353 grappes ont été tirées proportionnellement à la taille et au deuxième degré 4589 ménages ont été systématiquement tirés. Certaines grappes ayant été tiré plus d'une fois, un regroupement secondaire a permis d'enquêter dans 325 grappes «secondaires».

Questionnaires

En plus du questionnaire ménage, un questionnaire pour les femmes âgées de 15- 49 ans et un questionnaire pour les enfants de moins de 10 ans ont été utilisés dans chaque ménage. Les enfants de 5 à 9 ans ont été concernés seulement par le module «incapacités» des enfants. Les questionnaires utilisés lors de l'enquête MICS2 Rwanda étaient basés sur le questionnaire modèle du MICS2. Cependant, les

modules mortalité des enfants, l'utilisation de la contraception, le VIH/SIDA, la mortalité maternelle n'ont pas été couverts dans la mesure où ils sont inclus dans l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) qui s'est déroulé presque sur la même période. Sur la base de la version française, le questionnaire a été traduit en langue nationale (Kinyarwanda) afin de faciliter l'interview. Un pré-test a été organisé en début de la deuxième quinzaine du mois de juillet 2000 et a permis la finalisation du questionnaire de l'enquête.

Collecte et traitement des données

La formation des enquêteurs du MICS2 a duré deux semaines au cours de la première quinzaine du mois de juillet 2000. La collecte des données sur terrain a été menée par six équipes de sept personnes, chacune comprenant trois enquêteurs, trois contrôleurs et un superviseur. Un Coordinateur National de l'enquête désigné par le Ministère des Finances et de la Planification Economique a supervisé l'ensemble du processus sous la direction d'un Directeur national du Projet (Directeur de la Statistique). L'UNICEF a mis à la disposition du projet un volontaire statisticien des Nations Unies pour appuyer le projet dans la préparation, la collecte et l'exploitation des données de même que pour la rédaction du rapport d'enquête. La collecte des données a débuté le 27 juillet pour se terminer le 15 octobre 2000.

La saisie des données de l'enquête a été faite sur huit machines en utilisant le logiciel EpiInfo. Cependant, la saisie des données était précédée d'une vérification des questionnaires qui a été effectuée par une équipe de douze personnes chargée d'évaluer la qualité des données collectées sur terrain et d'apporter des corrections le cas échéant. La saisie double des données a été retenue pour limiter les erreurs de saisie. Les programmes de saisie et de tabulations utilisés sont basés sur les programmes standards du MICS2 qui ont été adaptés au questionnaire du Rwanda. Le traitement des données a débuté le 18 septembre et s'est terminé le 14 décembre 2000.

Couverture de l'échantillon

Sur les 4589 ménages échantillonnés, les logements de 4425 ménages étaient effectivement trouvés, et 4205 ont été interviewés, soit un taux de réponse de 95%. Lors de l'interview, sur un total de 862 femmes éligibles (âgées de 15-49 ans et ayant eu une naissance vivante les 12 derniers mois) qui ont été identifiées, 748 ont été effectivement interviewées, soit un taux de réponse de 86,8%. D'autre part, 3168 enfants de moins de cinq ans ont été identifiés dans les ménages. Les questionnaires enfants de moins de 5 ans ont été remplis pour 3154 enfants soit un taux de réponse de 99,6%.

Caractéristiques des personnes interrogées

L'enquête MICS 2000 au Rwanda a utilisé un échantillon stratifié selon le milieu de résidence : KigaliVille- Autres Villes, Rural.

Le tableau 1 présente la répartition en % des ménages de l'échantillon selon les caractéristiques socio-démographiques. Environ 3,2 % des ménages (133) résident dans Kigali-ville, 2,4% (100) dans les autres villes et 94,4% (3972) vivent en milieu rural. La taille de la majorité des ménages varie entre deux (2) et cinq (5) personnes. Il faut cependant remarquer que 21,6% des ménages ont entre 6 et 7 personnes. Par ailleurs, 51,9% des ménages ont au moins un enfant de moins de 5 ans.

Dans l'enquête MICS2 du Rwanda, les femmes interviewées sont les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante les 12 derniers mois. Sur les 5207 femmes de 15-49 ans, 862 (16,6%) avaient eu une naissance vivante les 12 derniers mois et 748 (86,8%) ont pu être interviewées. Par ailleurs, 84,3 % des ménages ont au moins une femme âgée de 15 à 49 ans.

Les femmes âgées de 15 à 19 ans (Tableau 2) constituent le groupe le plus important, soit 27.7%. Ce pourcentage va en décroissant jusqu'à atteindre 7.4 % pour celles dont les âges sont compris entre 45 et 49 ans. Il convient de remarquer que 46,2% des femmes âgées de 15 à 49 ans sont mariées ou en union libre et la majorité de ces femmes, soit 60.6% ont un niveau primaire tandis que 31,2 sont sans aucun niveau d'éducation.

Le Tableau 3 donne les caractéristiques des enfants de moins de 5 ans. Il ressort de ce tableau que 48,5% sont de sexe masculin tandis que 51,5% sont de sexe féminin. Approximativement 37.2% des mères des enfants de moins de cinq ans sont sans aucun niveau d'éducation, un pourcentage de loin supérieur à celui des femmes sans aucun niveau d'éducation dans l'échantillon (31,2%). S'agissant des enfants dont les mères ne vivent pas dans les ménages, le niveau d'instruction de la personne en charge de l'enfant est pris en compte.

II. Résultats

Fréquentation scolaire des enfants et alphabétisation des adultes

L'accès universel à l'enseignement de base et l'achèvement du cycle primaire pour tous les enfants est une des plus importants objectifs du Sommet Mondial en faveur des enfants. L'éducation est un élément moteur pour combattre la pauvreté et favoriser l'habilitation de la femme, la protection de l'enfant contre toute exploitation par le travail des enfants et contre toute exploitation sexuelle, pour la promotion des droits de l'homme et de la démocratie, la protection de l'environnement. Elle influence également la croissance démographique.

La collecte sur le terrain s'est déroulé pendant les vacances scolaires. Au Rwanda, l'âge officiel de l'école primaire est 712 ans. Les chiffres sur la fréquentation scolaire devront donc être ajustés pour tenir compte des âges réels des enfants pendant l'année scolaire qui s'est achevée. En effet, certains enfants qui ont été reportés comme ayant 7 ans lors de l'interview avaient probablement 6 ans pendant l'année scolaire qui s'est achevée et ne sont donc pas éligibles pour la fréquentation scolaire. Ils devront donc être exclus du calcul du taux de fréquentation. De même, certains enfants qui ont été reportés comme ayant 13 ans lors de l'interview avaient probablement 12 ans pendant l'année scolaire qui s'est achevée et sont donc éligibles pour la fréquentation scolaire. Ils devront donc être inclus dans le calcul du taux de fréquentation de l'école primaire. Le niveau bas du nombre d'enfants de 7 ans qui ont fréquenté (24,5%) suggère que beaucoup de ces enfants avaient 6 ans au cours de l'année scolaire qui s'est achevée et par conséquent devront donc être exclus du calcul du taux de fréquentation scolaire. De même, le niveau élevé du taux pour les enfants de 13 ans (71,1%, tableau 4b) suggère que beaucoup de ces enfants avaient 12 ans au cours de l'année scolaire qui s'est achevée et par conséquent devront être inclus dans le calcul du taux de fréquentation de l'école primaire. En conformité avec le constat qui précède, les totaux du groupe d'âge 8-13 ans ont ainsi été retenus pour l'analyse. Ainsi, il ressort du tableau 4 que 73,7% des enfants en âge scolaire au Rwanda fréquentent l'enseignement primaire. A Kigali-ville, 80,9% des enfants sont à l'école tandis que dans les autres villes le taux est 87,1 % et qu'en milieu rural ils représentent 73,2% (cf. Tableau 4b). Au niveau national, il n'y a pas de différence significative entre garçons et filles en terme de fréquentation scolaire.

Il convient de remarquer que 75,5% des enfants entrant en première année primaire atteignent la cinquième année primaire (cfr. tableau 5). En se référant au même tableau, on constate que le taux est plus élevé dans les autres villes du Rwanda (88,6%) qu'à Kigali-ville (84,1%) et dans le milieu rural (74,8%). De même les filles semblent mieux réussir (78,3%) que les garçons (73,0%).

S'agissant de l'alphabétisation des adultes, le taux est de 62,1% au niveau national. Les taux sont relativement élevés dans les groupes d'âge 15-24 ans (75,2%) et 25-34 ans (72,4%) et baisse sensiblement à partir du groupe 35-44 ans (55,3%) pour atteindre 19,7% pour le groupe d'âge 65 ans et plus. Les chiffres de l'alphabétisation selon le milieu de résidence montrent que les adultes du milieu urbain sont plus alphabétisés que ceux du milieu rural avec respectivement 88,8% pour Kigali-ville, 82,0% pour les Autres Villes et 60,4% pour le milieu rural.

Eau et Assainissement

L'eau à boire salubre est essentielle à une bonne santé. L'eau insalubre peut être un véhicule essentiel de maladies telles que le trachome, le choléra, la fièvre typhoïde, et la schistosomiase. L'eau à boire peut être pollué avec des matières physiques, chimiques et radiologiques, ce qui peut avoir des effets nuisibles sur la santé humaine. Outre sa relation avec les maladies, l'accès à l'eau à boire peut être particulièrement important pour les femmes et les enfants, surtout dans le milieu rural, du fait qu'ils portent la première responsabilité dans le portage de l'eau qui se trouve souvent à de longues distances.

La distribution de la population totale selon la source d'eau est présentée dans la figure 1.

Environ 43% de la population s'approvisionne à une borne fontaine. Les autres sources d'approvisionnement en eau sont par ordre Mare/Rivière/lac (22,1%) et Source protégée/aménagée (13,8%). Seulement 0,4% de la population ont un robinet dans le logement.

La source d'approvisionnement en eau à boire varie beaucoup selon le milieu de résidence (tableau 6). En ce qui concerne l'approvisionnement en eau dans le robinet dans le logement, les proportions sont les suivantes : 7,7% pour Kigali-ville, 4,5 % pour Autres villes et environ 0% pour le rural. Pour l'approvisionnement à partir d'une mare/rivière/ruisseau/lac : 23,2% pour le milieu rural, 5,6% pour les Autres villes et 4,3% pour Kigali-ville. Enfin pour l'approvisionnement à partir d'une source protégée/aménagée : 14,3% pour le rural, 7,2% pour les Autres villes et 5,8% pour Kigali-ville.

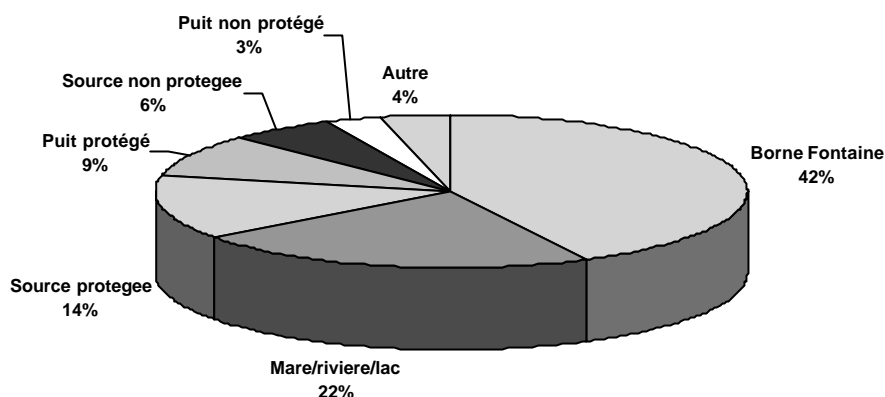
La population utilisant de l'eau à boire salubre, est celle s'approvisionnant aux sources suivantes : eau de robinet, borne fontaine publique, puits protégé, source protégée et eau de pluie.

Globalement, 68,5% de la population rwandaise s'approvisionne à une source d'eau à boire salubre- 93% pour Kigali-ville, 89,2% pour les Autres villes et 67% pour le rural.

L'élimination inadéquate des excréta humains et l'hygiène individuelle sont associées avec une large gamme de maladies dont les maladies diarrhéiques, et la poliomyélite. Les systèmes sanitaires pour le traitement des excréments comprennent : les chasses d'eau connectées à un système d'égouts ou aux fosses sceptiques, les autres latrines à évacuation, les latrines améliorées, et les latrines traditionnelles. Plus de 73% de la population rwandaise vit dans des ménages ayant accès à un système sanitaire pour le traitement des excréments (table 7). Le pourcentage est de 95,3 % dans Kigali-ville, 87,2% dans les Autres villes et 72,2% dans le milieu rural.

Au Rwanda, la majorité de la population utilise les latrines traditionnelles : 71,1% au niveau national, 79,3% à Kigali-ville, 69,9 % dans les Autres-villes et 70,8 % dans le milieu rural. C'est dans le milieu semi-urbain (Autres-ville) que les latrines améliorées sont le plus utilisées (8,0% dans les Autres-villes, 4,3% dans Kigali-ville et 0,6% dans le milieu rural).

Figure 1: Répartition de la population selon la source d'eau à boire



Etat nutritionnel

L'état nutritionnel des enfants est le reflet de leur état de santé global. Lorsque les enfants ont accès à un approvisionnement adéquat en nourriture, ne sont pas assujettis à des maladies répétées, et sont des enfants dont les parents prennent bien soin, ils atteignent leur potentiel de croissance et sont considérés bien nourris.

Dans une population bien nourrie, il y a une répartition de fréquence standard des tailles et des poids pour les enfants âgés de moins de 5 ans. La sous-alimentation dans une population peut être jaugée en comparant les enfants à cette répartition standard de fréquence. La population de référence utilisée ici est le standard NCHS, qui est recommandée par l'UNICEF et l'OMS. Chacun des trois indicateurs de l'état nutritionnel est exprimé en unités d'écart-type (z-scores) de la valeur médiane de cette population de référence.

Le poids pour l'âge est une mesure de la malnutrition aiguë et de la malnutrition chronique. Les enfants dont le poids pour l'âge est supérieur à deux écarts-types en dessous de la valeur médiane de la population de référence sont considérés comme ayant une insuffisance pondérale modérée ou sévère tandis que ceux dont le poids pour l'âge est plus de trois écarts-types en dessous de la valeur médiane sont classés comme ayant une insuffisance pondérale sévère.

La taille pour l'âge est une mesure de la croissance. Les enfants dont la taille pour l'âge est supérieure à deux écarts-types en dessous de la valeur médiane de la population de référence sont considérés trop courts pour leur âge et sont classés comme ayant un retard de croissance (rabougris) modérée ou sévère tandis que ceux dont la taille pour l'âge est plus de trois écarts-types en dessous de la valeur médiane sont classés comme ayant un retard de croissance sévère. Le retard de croissance est le reflet d'une malnutrition chronique qui résulte du fait que l'on a pas été nourri convenablement sur une longue période ou/et que l'on a eu une maladie chronique récurrente.

Enfin, les enfants dont le poids pour la taille est supérieur à deux écarts-types en dessous de la valeur médiane de la population de référence sont classés émaciés modérés ou sévère tandis que ceux dont le poids pour la taille est plus de trois écarts-types en dessous de la valeur médiane sont classés émaciés sévère. L'émaciation est généralement le résultat d'une déficience nutritionnelle récente. Cet indicateur peut montrer des variations significatives associées à des changements saisonniers dans la disponibilité en nourriture ou à la prévalence d'une maladie.

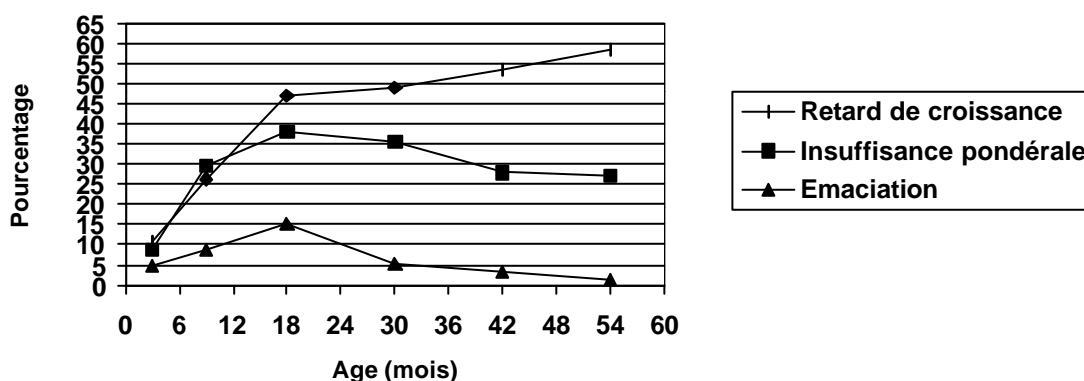
Dans le tableau 8, les enfants qui n'ont pas été pesés et mesurés (environ 7% des enfants) et ceux dont les mesures sont en dehors de l'intervalle plausible sont exclus. D'autres part les enfants dont la date de naissance n'est pas connue sont exclus.

Plus d'un enfant sur quatre de moins de 5 ans au Rwanda souffre d'une insuffisance pondérale (29%) et 7,1% le sont de façon sévère (tableau 8). D'autre part, environ quarante trois pour cent (42,7%) des enfants de ce groupe d'âge sont rabougris ou trop court par rapport à leur âge, et 6,7% sont émaciés ou trop maigre par rapport à leur taille. Les données montrent aussi qu'il n'y a aucune différence significative dans l'état nutritionnel de ces enfants si l'on considère leur sexe. Par contre, si l'on considère le milieu de résidence, les enfants du milieu rural sont généralement plus malnutris que les enfants des Autres villes et de Kigali-Ville, sauf pour l'émaciation pour laquelle les enfants de Kigali-ville(8%) sont plus atteints que les enfants des Autres-villes (4,4%) et du milieu rural (6,7%).

D'une façon générale, les enfants dont les mères ou les personnes en charge ont au moins le niveau d'étude secondaire sont les moins susceptibles d'être atteints par la malnutrition sauf pour l'émaciation sévère où la tendance s'est renversée, la prévalence de l'émaciation sévère étant plus forte à Kigali-ville qu'ailleurs.

Les garçons souffrent légèrement plus d'insuffisance pondérale, de retard de croissance, d'émaciation que les filles. L'analyse selon le groupe d'âge montre que les enfants de 12-23 mois souffrent plus d'insuffisance pondérale et d'émaciation que les enfants des autres groupes d'âge. C'est une tendance qui est attendue et est lié à l'âge auquel beaucoup d'enfants cesse d'être allaités et sont exposés à une contamination par l'eau, la nourriture et l'environnement. Les chiffres montrent que pour le cas du retard de croissance, la prévalence croît avec l'âge. Ceci pourrait s'expliquer dans le cas du Rwanda par la situation d'urgence qu'a connu le Rwanda les 5 dernières années.

Figure 2: Pourcentage des moins de 5 ans qui sont malnourris



Allaitement maternel

L'allaitement maternel au cours des premières années de la vie de l'enfant le protège contre les infections, fournit une source idéale de nutriments, est économique et sain. Cependant, beaucoup de mères arrête l'allaitement maternel trop tôt, et il y a souvent des pressions sur elles pour qu'elles utilisent plutôt du lait en poudre pour bébé, ce qui peut occasionner une croissance irrégulière, une déficience en

micro-nutriments, et est impropre à la consommation si de l'eau propre n'est pas aisément disponible. L'un des objectifs du sommet mondial pour les enfants énonce que les enfants devraient être allaités exclusivement au sein les 4 aux 6 premiers mois, et que l'allaitement au sein devrait continuer avec une alimentation de complément bien jusqu'à la deuxième année. Plusieurs pays ont adopté la recommandation de l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie du bébé.

Dans le tableau 9, le statut de l'allaitement au sein est basé sur les déclarations de femmes sur la consommation des enfants les 24 heures précédant l'interview. L'allaitement exclusif au sein concerne les enfants qui prennent seulement du lait maternel et des vitamines, des suppléments minéraux, ou des médicaments. L'alimentation de complément s'applique aux enfants qui reçoivent du lait maternel et des aliments solides ou semi-solides. Dans les deux dernières colonnes du tableau sont inclus les enfants qui continuent d'être allaités à un an et à deux ans. Les pourcentages selon le milieu de résidence, l'éducation de la mère et le sexe doivent être interprétés avec précaution du fait de la petite taille de l'échantillon.

Approximativement 61% des enfants âgés de moins de 4 mois reçoivent du lait maternel exclusif. Entre 6 et 9 mois, 42,6% des enfants reçoivent du lait maternel et des aliments solides et semi-solides. Cependant à 12-15 mois, ce sont 91,6% des enfants qui sont toujours allaités, et à 20-23 mois le taux est de 61,7%.

Supplément en Vitamine A

La carence en vitamine A affaiblit le système immunitaire des enfants, augmente le risque qu'ils meurent des maladies ordinaires de l'enfance et mine la santé des femmes enceintes et les femmes allaitantes. Il peut abîmer les yeux des enfants et les rendre aveugles. Cependant, la prévention de la carence en vitamine A peut se faire facilement par une supplémentation en vitamine A ou par une alimentation fortifiée. L'UNICEF et l'OMS recommandent que tous les pays dont le taux de mortalité des moins de 5 ans est supérieur à 70 pour mille naissances vivantes, où la carence en vitamine A est un problème de santé publique, doivent mettre en place un programme pour le contrôle de la carence en vitamine A. Sur la base des directives de l'UNICEF/OMS, le ministère de la Santé du Rwanda recommande qu'il soit donné aux enfants âgés de 6-12 mois une capsule de 100,000 IU tous les six mois, et aux enfants de plus d'un an une dose forte élevée de 200,000 IU tous les six mois.

Au cours des six mois précédant le MICS2, 59,3% des enfants âgés de 6-59 mois ont reçu la dose élevée de vitamine A (Tableau 10). Environ 17,6% n'ont pas reçu le supplément de vitamine A dans les six mois, mais en ont reçu avant les six mois précédant l'interview. Environ 8,1% des enfants ont reçu un supplément de vitamine A à quelque moment du passé mais leurs mères ou personnes en charge ne pouvaient spécifier quand exactement. La couverture de la supplémentation en vitamine A est de loin plus élevée dans les Autres villes (69,3%) et dans le milieu rural (60,7%) que dans Kigali-Ville (17,7%).

L'analyse selon l'âge de l'enfant montre que la couverture de la supplémentation en vitamine A dans les 6 derniers mois décroît de façon régulière en passant de 62,3% pour les enfants de 6-11 mois à 56,3% pour les enfants de 48-59 mois.

Le niveau d'éducation de la mère ou de la personne en charge est aussi lié à la probabilité que l'enfant reçoive une supplémentation en vitamine A. Le pourcentage des enfants recevant un supplément en vitamine A décroît de 60,7% pour les enfants dont les mères sont sans éducation à 59,3% pour les enfants dont les mères ont le niveau de l'école primaire et à 51,1% pour les enfants dont les mères ont le niveau de l'école secondaire ou plus. Ceci est conforme au constat qui précède- à savoir les enfants de Kigali-ville, où les mères sont les plus éduquées sont ceux qui ont la plus faible probabilité de recevoir une supplémentation en vitamine A (17,7%).

Iodation du sel

La carence en iode du régime alimentaire est la cause la plus importante de l'attardement mental, qui est évitable, et peut diminuer le quotient d'intelligence moyen (IQ) d'une population jusqu'à 13 points. L'iodation du sel est un moyen efficace, moins cher de prévention des désordres dus à la carence en iode (IDD). Le sel qui est iodé de façon appropriée contient 15ppm(parts par million) d'iode ou plus. Dans l'enquête MICS2, les enquêteurs ont testé le sel du ménage pour déterminer le niveau d'iodation du sel en utilisant un kit spécial.

Environ 73,5% des ménages avaient du sel qui a été testé lors de l'enquête MICS2 (tableau 11). Parmi ces ménages, 90,2 % avaient du sel qui était iodé(>15ppm). Le pourcentage varie de 97,0% pour Kigali ville à 92,6% pour les Autres-Villes et 89,9% pour le milieu rural.

Couverture vaccinale

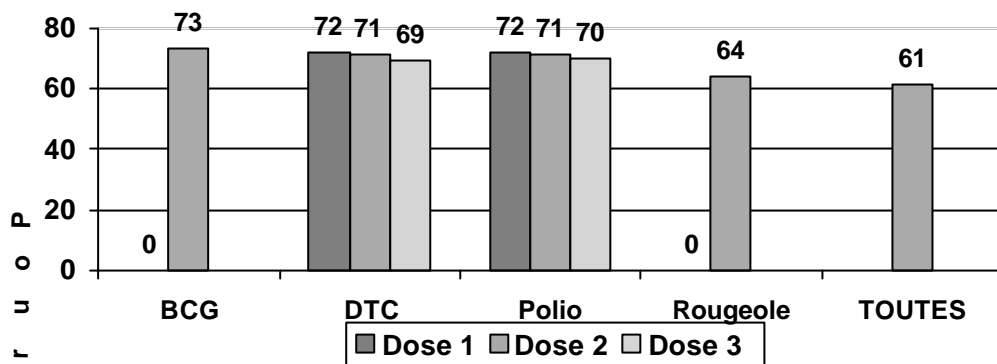
Selon les directives de l'UNICEF et de l'OMS, un enfant devrait recevoir un vaccin BCG pour le protéger contre la tuberculose, trois doses de DTC pour le protéger contre la diphtérie, la coqueluche, et le tétanos, trois doses du vaccin polio, et un vaccin contre la rougeole avant l'âge de 12 mois. Dans le MICS2, les enquêteurs ont demandé aux mères ou aux personnes en charge des enfants de moins 5 ans, de donner leurs cartes de vaccinations. Les informations sur les vaccins administrés aux enfants sont alors transcrites sur le questionnaire. Globalement, les mères ou les personnes en charge de l'enfant ont pu fournir la carte de vaccination pour 61,3% des enfants. Pour 28,0% des enfants, les mères/personnes en charge ont déclaré que les enfants avaient les cartes, mais elles n'ont pas pu les montrer. Si la carte n'a pas pu être fournie, les enquêteurs demandaient aux mères ou les personnes en charge de se rappeler si l'enfant a reçu ou non chacun des vaccins, et pour la DTC et la polio, combien de doses ont été administrées à l'enfant.

Le tableau 12 présente le pourcentage des enfants de 12-23 mois qui ont reçu chacun des vaccins. Pour le calcul, le dénominateur inclut les enfants âgés de 12-23 mois de sorte que seuls les enfants qui sont assez âgés pour être complètement vaccinés sont comptés. Dans la première partie du tableau 12, le numérateur comprend tous les enfants qui ont été vaccinés à n'importe quel moment avant l'enquête que ce soit selon la carte de vaccination ou la déclaration de la mère, et que la date de naissance soit complète ou pas sur la carte. Dans le second tableau, seuls les enfants qui ont été vaccinés avant leur premier anniversaire sont inclus et dont la date de naissance est complète sur la carte. Pour les enfants sans cartes de vaccination, l'hypothèse est que la proportion de vaccins administrés avant le premier anniversaire est la même que pour les enfants qui ont des cartes de vaccination.

Environ, 72,6% des enfants de 12-23 mois qui ont des cartes de vaccinations ont reçu un vaccin BCG avant 12 mois et la première dose de DTC a été administrée à 71,6% de ces enfants. Le pourcentage baisse légèrement pour les doses suivantes de DTC à 70,7% pour la seconde dose et à 69,2 % pour la troisième dose. Pour la Polio, 72% ont reçu la polio1 avant 12 mois et le pourcentage baisse légèrement pour les doses suivantes (71.5% pour polio2, 70,1% pour polio3). La couverture du vaccin contre la rougeole avant le premier anniversaire est inférieure à celle de tous les autres vaccins et est de 63,8%.

Le pourcentage des enfants qui ont reçu tous les huit vaccins recommandés, avant leur premier anniversaire, est de 61,1 %.

Figure 3: Pourcentage des enfants de 12-23 mois qui ont été vaccinés avant 12 mois



Assistance à l'accouchement

La fourniture d'une assistance à l'accouchement par un personnel qualifié peut améliorer de façon significative le résultat de l'accouchement pour les mères et les enfants par l'utilisation des procédures techniques appropriées, le diagnostic rapide, exact et le traitement des cas de complications. L'assistance qualifiée à l'accouchement est définie comme étant une assistance fournie par un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Au Rwanda, environ 24,7% des naissances survenues au cours de l'année qui a précédé l'enquête MICS ont été assistées par un personnel qualifié (tableau 15). Le pourcentage est plus élevé à Kigali-ville (73,6%) et baisse à 57,9% dans les Autres-villes et à 22,1% dans le milieu rural. Plus la femme est éduquée, plus il est probable qu'elle sera assistée par un personnel qualifié lors de l'accouchement (60,1% pour le niveau secondaire et plus, 27% pour le niveau primaire et 12,5% pour le niveau sans éducation).

Au Rwanda, durant l'année qui a précédé le MICS2, très peu d'accouchement ont été assisté par un médecin (4,2%), malgré qu'à Kigali-ville le taux soit de 31,1%. Les infirmières ou les sages-femmes ont assisté dans 17,6% des cas. L'analyse selon le milieu montre que dans Kigali-ville et dans les Autres-villes, la majorité des accouchements est assistée par une infirmière ou une sage-femme, respectivement 39,6% et 45,6%. Dans le milieu rural, l'assistance est donnée majoritairement par une parente ou une amie. Selon le niveau d'éducation de la femme, les femmes plus éduquées sont assistées surtout par les infirmières ou les sages femmes (45,3%) alors que les femmes sans éducation ou de niveau de l'école primaire sont assistées surtout par des parentes ou amies, respectivement 54,7% et 39,6%.

Enregistrement des Naissances

La Convention International sur les droits de l'enfant stipule que chaque enfant a le droit à un nom, à une nationalité et le droit à la protection contre la privation de son identité. L'enregistrement des naissances est un moyen fondamental pour garantir ces droits aux enfants. Au Rwanda, les naissances de 66,3% des enfants de moins de cinq ans ont été enregistrées (tableau 16). Par rapport au sexe et au niveau

d'éducation de la mère ou de la personne en charge, il n'y a pas de différence significative dans les chiffres d'enregistrement des naissances. Par rapport au milieu de résidence, les résultats montrent que le milieu rural vient en tête avec 66,6% des enfants enregistrés, suivi des Autres-villes avec 62,8%, et Kigali-ville avec 59,1 %. C'est par rapport aux groupes d'âge que la différence semble importante. Le pourcentage croît avec l'âge de l'enfant en passant de 32% pour le groupe d'âge <6 mois à 86,1 % pour le groupe 48-59 mois. Pour les enfants dont la naissance n'a pas été enregistrée, le coût, la distance, le manque de connaissance n'apparaissent pas comme étant la raison principale.

Tableau 1 : Répartition en pourcentage des ménages selon les caractéristiques socio-démographiques, Rwanda, 2000

		Milieu de résidence			Total
		Kigali-Ville	Autres villes	Rural	
Nombre de membres de ménage	1	5.6	5.7	5.4	5.4
	2-3	24.3	22.5	27.5	27.3
	4-5	34.0	32.8	32.3	32.4
	6-7	19.1	17.7	21.8	21.6
	8-9	11.0	13.7	10.2	10.3
	10+	6.0	7.7	2.8	3.0
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Groupe d'âge	Au moins un enfant avec âge < 15	73.5	81.8	82.6	82.3
	Au moins un enfant avec âge < 5	53.8	53.6	51.8	51.9
	Au moins une femme avec âge 15-49	81.7	84.9	84.4	84.3
Nombre de ménages	Avec pondération	133	100	3972	4205
	Sans pondération	535	351	3319	4205

Tableau 2: Répartition en % des femmes 15-49 selon les caractéristiques socio-démographiques, RWANDA, 2000

		%	Nombre	Non pondéré
Milieu de Résidence	Kigali-ville	3.9	205	793
	Autres Villes	3.0	158	530
	Rural	93.0	4844	3884
Age	15-19	27.7	1445	1482
	20-24	19.4	1011	1076
	25-29	13.9	725	740
	30-34	11.4	596	592
	35-39	10.5	546	518
	40-44	9.6	500	464
	45-49	7.4	384	335
Statut matrimonial	Marié(e)/en Union	46.2	2407	2307
	Veuf(ve)	11.2	584	575
	Divorcé(e)	1.8	94	97
	Séparé(e)	2.2	113	107
	Célibataire	38.4	1999	2111
	Manquante/NSP	.2	10	10
Niveau d'éducation de la femme	Sans éducation	31.2	1627	1414
	Primaire	60.6	3158	3060
	Secondaire	7.9	410	709
	Programme non-formel	.1	5	7
	Manquante/NSP/Autre	.1	8	17
Total		100.0	5207	5207

Tableau 3: Répartition en % des enfants de moins de 5 ans selon les caractéristiques socio-démographiques, RWANDA, 2000

		Pourcentage	Nombre	Non pondéré
Sexe	Masculin	48.5	1531	1535
	Féminin	51.5	1623	1619
Milieu de résidence	Kigali-ville	3.7	118	462
	Autres Villes	2.6	82	282
	Rural	93.7	2954	2410
Age	< 6 mois	12.4	392	381
	6-11 mois	12.1	381	380
	12-23 mois	18.9	596	614
	24-35 mois	17.9	565	573
	36-47 mois	19.5	613	613
	48-59 mois	19.2	607	593
Niveau d'éducation de la mère	Sans Education	37.2	1173	1027
	Primaire	56.3	1777	1740
	Secondaire +	6.2	196	369
	Programme non-formel	.0	1	2
	Manquante/NSP	.2	7	16
Total		100.0	3154	3154

Tableau 4: Pourcentage d'enfants d'âge scolaire qui sont actuellement scolarisés, RWANDA, 2000

		Sexe				Total	
		Masculin		Féminin		A fréquenté	Nombre
		A fréquenté Ecole primaire		A fréquenté Ecole primaire			
		A fréquenté	Nombre	A fréquenté	Nombre		
Milieu de résidence	Kigali-ville	75.1	42	76.7	40	75.9	82
	Autres villes	79.1	45	81.8	41	80.4	86
	Rural	64.5	1700	65.5	1728	65.0	3428
Age	7	26.1	330	22.6	291	24.5	622
	8	60.2	282	61.9	337	61.1	619
	9	71.7	241	74.6	241	73.1	482
	10	78.3	339	78.2	331	78.2	670
	11	78.5	246	83.3	272	81.1	518
	12	79.3	350	76.3	336	77.9	686
Total (7-12 ans)		65.2	1788	66.1	1809	65.6	3597
Total (8-13 ans)		74.0	1736	73.5	1860	73.7	3596
Total (8-11ans)		72.0	1107	74.0	1181	73.2	2289
Sommet mondial pour les enfants => Numéro 6							

Tableau 5: Pourcentage d'enfants entrant en première année du primaire qui atteignent par la suite la cinquième année, Rwanda, 2000

		Pourcentage fréquentant la 2 ^{ème} année qui étaient en 1 ^{ère} année dernière	Pourcentage fréquentant la 3 ^{ème} année qui étaient en 2 ^{ème} an née dernière	Pourcentage fréquentant la 4 ^{ème} année qui étaient en 3 ^{ème} année dernière	Pourcentage fréquentant la 5 ^{ème} année qui étaient en 4 ^{ème} année dernière	Pourcentage d'enfants qui atteignent la 5 ^{ème} année parmi ceux qui entrent en 1 ^{ère} année
Sexe	Masculin	96.4	92.9	93.3	87.4	73.0
	Féminin	95.9	94.9	93.4	92.0	78.3
Milieu de résidence	Kigali-Ville	96.1	95.9	96.8	94.3	84.1
	Autres villes	96.8	96.2	95.1	100.0	88.6
	Rural	96.2	93.9	93.2	89.0	74.8
Rwanda		96.2	94.0	93.4	89.4	75.5
Objectif du Sommet Mondial pour les enfants => Numéro 6						

Tableau 6: Pourcentage de la population qui a accès a une eau à boire salubre, Rwanda, 2000

		Principale source d'eau a boire													Total	Total avec eau à boire salubre	Nombre de personne
		Robinet dans logement	Robinet dans la cour	Borne fontaine	Puits a pompe	Puits protégé	Source protégée aménagée	Eau de pluie	Puits non protégé	Source non protégée	Mare Rivière Lac	Camion citerne, vendeur d'eau	Autre	Manquant NSP			
Milieu de résidence	Kigali-Ville	7.7	22.4	54.0	1.7	1.4	5.8	.0	1.5	1.1	4.3	.0	.1	.0	100.0	93.0	674
	Autres villes	4.5	24.5	49.9	1.2	1.9	7.2	.0	.2	1.5	5.6	3.1	.4	.0	100.0	89.2	531
	Rural	.0	.2	41.9	1.4	9.1	14.3	.0	3.1	6.3	23.2	.0	.3	.1	100.0	67.0	18945
Rwanda		.4	1.6	42.5	1.4	8.7	13.8	.0	3.0	6.0	22.1	.1	.2	.1	100.0	68.5	20150
Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 4																	

Tableau 7: Pourcentage de la population qui a accès à un système sanitaire pour le traitement des excréments, Rwanda, 2000

		Types de Toilettes								Total	Total avec accès à un système sanitaire pour le traitement des excréments	Nombre de personnes
		Chasse d'eau/fosse sceptique	Latrines à évacuation	Latrines améliorées	Latrines traditionnelles	Trou ouvert	Seau	Autres	Pas de toilette brousse champ			
Milieu de résidence	Kigali-Ville	10.7	1.0	4.3	79.3	4.2	.0	.3	.3	100.0	95.3	674
	Autres villes	6.3	3.0	8.0	69.9	7.9	.0	2.1	2.8	100.0	87.2	531
	Rural	.5	.3	.6	70.8	19.6	.1	4.6	3.4	100.0	72.2	18945
Rwanda		1.0	.4	.9	71.1	18.8	.1	4.4	3.3	100.0	73.4	20150
Objectif du Sommet Mondial pour les enfants => Numéro 5												

Tableau 8: Pourcentage des enfants de moins de cinq ans qui souffrent d'une sous-nutrition sévère ou modérée, Rwanda, 2000

		Poids/Age : -2 SD	Poids/Age : -3 SD	Taille/Age : -2 SD	Taille/Age: -3 SD	Poids/Taille: -2 SD	Poids/Taille: -3 SD	Nombre d'enfants
Sexe	Masculin	29.5	7.7	44.6	18.7	6.6	1.4	1162
	Féminin	28.5	6.6	40.8	18.6	6.8	1.3	1242
Milieu de résidence	Kigali-Ville	21.4	2.1	25.9	7.1	8.0	2.7	85
	Autres Villes	14.6	2.9	20.0	6.3	4.4	.5	60
	Rural	29.6	7.4	43.9	19.4	6.7	1.3	2259
Age	< 6 mois	8.6	1.9	10.7	2.4	4.8	.5	321
	6-11 mois	29.8	7.9	26.4	6.8	8.7	1.4	347
	12-23 mois	38.0	13.1	47.1	19.1	15.1	3.7	487
	24-35 mois	35.6	9.9	49.3	25.0	5.3	.6	435
	36-47 mois	28.0	4.2	53.4	24.2	3.2	.8	424
	48-59 mois	27.2	3.4	58.7	28.6	1.4	.4	391
Niveau d'éducation de la mère	Sans Education	34.2	9.4	49.4	22.9	7.7	1.2	860
	Primaire	26.7	6.3	40.1	16.8	6.0	1.4	1384
	Secondaire +	19.5	2.5	27.3	10.4	7.0	1.5	156
	Programme non-formel	.0	.0	17.2	.0	.0	.0	1
	Manquante NSP	82.8	.0	82.8	41.4	41.4	.0	3
Rwanda		29.0	7.1	42.7	18.6	6.7	1.3	2404
Objectifs du Sommet Mondial pour les enfants => Numéro 3, 9, 26								

Tableau 9: Pourcentage d'enfants vivants par pratique d'allaitement, Rwanda, 2000

		Allaitement exclusif		Ratio de complément d'aliments solides/liquides		Ratio des enfants qui sont toujours allaités		Ratio des enfants qui sont toujours allaités	
		Enfants 0-3 mois	Nombre enfants	Enfants 6-9 mois	Nombre enfants	Enfants 12-15 mois	Nombre enfants	Enfants 20-23 mois	Nombre enfants
Sexe	Masculin	59.9	113	44.7	139	90.7	138	63.9	65
	Féminin	61.8	117	40.5	139	92.6	129	58.5	45
Milieu de résidence	Kigali-Ville	85.7	9	50.0	9	64.7	9	52.8	9
	Autres Villes	66.7	5	36.4	6	84.2	6	29.2	7
	Rural	59.7	216	42.5	262	92.7	253	64.9	94
Niveau d'éducation de la mère	Sans Education	71.1	78	36.0	98	89.9	93	74.5	37
	Primaire	55.7	141	46.3	156	93.6	162	58.9	60
	Secondaire +	53.7	11	48.5	22	78.2	12	40.5	13
	Programme non-formel	.	0	.	0	.	0	.0	0
	Manquante/NSP	.	0	.0	1	100.0	0	50.0	1
Rwanda		60.8	230	42.6	278	91.6	267	61.7	111
Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 16									

Tableau 10: Répartition (en %) des enfants âgés de 6-59 mois selon qu'ils aient reçu une dose élevée de vitamine A ou non pendant les six derniers mois, Rwanda, 2000

		Vitamine A					Total	
		Reçu: dans les 6 derniers mois	Reçu: Avant les 6 derniers mois	Reçu: Pas sûr quand	Pas sûr s'ils ont reçu	Jamais reçu	Total	Nombre enfants
Sexe	Masculin	59.8	17.6	7.7	3.4	11.4	100.0	1352
	Féminin	58.8	17.4	8.5	3.6	11.7	100.0	1410
Milieu de résidence	Kigali-Ville	17.7	22.1	21.1	4.1	35.0	100.0	105
	Autres Villes	69.3	6.3	5.9	5.1	13.4	100.0	74
	Rural	60.7	17.7	7.6	3.5	10.5	100.0	2583
Age	6-11 mois	62.3	1.9	1.7	2.9	31.3	100.0	381
	12-23 mois	61.8	15.8	7.0	3.6	11.9	100.0	596
	24-35 mois	60.2	20.2	9.4	3.4	6.8	100.0	565
	36-47 mois	57.2	21.1	10.4	3.4	7.9	100.0	613
	48-59 mois	56.3	22.9	9.8	4.1	6.9	100.0	607
Niveau d'éducation de la mère	Sans Education	60.7	15.9	9.6	3.7	10.1	100.0	1039
	Primaire	59.3	18.3	7.3	3.3	11.8	100.0	1544
	Secondaire +	51.1	20.9	6.5	3.7	17.8	100.0	170
	Programme non-formel	82.8	.0	17.2	.0	.0	100.0	1
	Manquante/NSP	49.2	.0	11.7	28.4	10.7	100.0	7
Total		59.3	17.5	8.1	3.5	11.5	100.0	2762

Objectif du Sommet Mondial pour les enfants => Numéro 15

Tableau11: Pourcentage des ménages ayant consommé du sel suffisamment Iode, Rwanda, 2000, Rwanda, 2000

		Pourcentage des ménages n'ayant pas de sel	Pourcentage des ménages dont le sel a été teste	Résultat du test		Nombre de ménages interviewes
				< 15 PPM	15+ PPM	Total
Milieu de résidence	Kigali-Ville	.0	80.9	3.0	97.0	145
	Autres villes	.0	72.7	7.4	92.6	123
	Rural	.0	73.3	10.1	89.9	4278
Rwanda		.0	73.5	9.8	90.2	4546
Objectif du Sommet Mondial pour les enfants => Numéro 14						

Tableau 12: Pourcentage des enfants de 12-23 mois ayant reçu des vaccinations contre les maladies de l'enfance quel que soit l'âge avant enquête et avant premier anniversaire, Rwanda, 2000

BCG	Carte de vaccination	72.6
	Déclaration de la mère	19.0
	Pas vacciné(e)	8.4
DTC1	Carte de vaccination	71.6
	Déclaration de la mère	19.4
	Pas vacciné(e)	9.0
DTC2	Carte de vaccination	70.7
	Déclaration de la mère	17.0
	Pas vacciné(e)	12.3
DTC3	Carte de vaccination	69.2
	Déclaration de la mère	11.8
	Pas vacciné(e)	19.0
Polio 0	Carte de vaccination	58.3
	Déclaration de la mère	15.1
	Pas vacciné(e)	26.5
Polio 1	Carte de vaccination	72.0
	Déclaration de la mère	20.5
	Pas vacciné(e)	7.5
Polio 2	Carte de vaccination	71.5
	Déclaration de la mère	17.8
	Pas vacciné(e)	10.7
Polio 3	Carte de vaccination	70.1
	Déclaration de la mère	10.7
	Pas vacciné(e)	19.2
Rougeole	Carte de vaccination	63.8
	Déclaration de la mère	19.1
	Pas vacciné(e)	17.1
Toutes vaccinations	Carte de vaccination	61.1
	Déclaration de la mère	9.5
	N'a pas tous les vaccins	29.4
Pas de vaccinations	Rapporte par la maman	5.2
	A quelques vaccins	94.8
	TOTAL	Nombre d'enfants

Objectif du Sommet mondial pour les enfants => Numéro 22

Tableau 13 Répartition en % des femmes âgées de 15-49 ayant eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois selon le type de personnel assistant durant l'accouchement, Rwanda,2000

		Personnel assistant dans l'accouchement							Total	Personnel de santé qualifié	Nombre de femme
		Médecin	Infirmière Sage-femme	Sage femme auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Parente Amie	Autre manquant	Pas d'assistance reçue			
Milieu de résidence	Kigali-ville	31.1	39.6	2.8	1.9	13.2	4.7	6.6	100.0	73.6	26
	Autres villes	10.5	45.6	1.8	10.5	24.6	3.5	3.5	100.0	57.9	19
	Rural	3.1	16.1	2.9	9.6	45.0	2.7	20.7	100.0	22.1	703
Niveau d'éducation de la femme	Sans Education	3.2	8.6	.7	8.8	54.7	2.6	21.4	100.0	12.5	242
	Primaire	3.6	19.1	4.3	9.9	39.6	3.3	20.2	100.0	27.0	451
	Secondaire +	14.2	45.3	.6	6.6	24.1	.0	9.3	100.0	60.1	54
	Manquante/NSP	.0	100.0	.0	.0	.0	.0	.0	100.0	100.0	0
Rwanda		4.2	17.6	2.9	9.3	43.4	2.8	19.8	100.0	24.7	748
Objectif du Sommet Mondial pour les enfants => Numéro 11											

Tableau 14: Répartition en % des enfants âgés de 0-59 mois selon que la naissance est enregistrée ou non et les raisons de non-enregistrement, Rwanda, 2000

		Situation de l'enregistrement des naissances									Total	Nombre d'enfants
		Naissance enregistrée	NSP si naissance est enregistrée	Coûte trop cher	Doit se déplacer très loin	Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée	En retard	Autre	Manquant	Ne sais pas		
Sexe	Masculin	65.8	1.5	3.9	1.6	1.6	1.3	23.7	.5	.1	100.0	1533
	Féminin	66.7	1.4	3.6	1.5	3.2	1.4	21.2	1.1	.0	100.0	1621
Milieu de résidence	Kigali-Ville	59.1	4.1	5.0	4.5	.4	1.3	24.5	1.1	.0	100.0	118
	Autres Villes	62.8	4.3	1.8	2.8	1.4	.4	24.1	2.5	.0	100.0	82
	Rural	66.6	1.2	3.7	1.4	2.5	1.4	22.3	.7	.0	100.0	2954
Age	< 6 mois	32.0	.8	5.6	3.8	5.5	.7	50.4	1.2	.0	100.0	392
	6-11 mois	52.9	2.2	5.9	1.8	3.0	1.5	31.9	.7	.0	100.0	381
	12-23 mois	65.2	.9	4.7	1.5	2.1	1.4	23.7	.3	.2	100.0	596
	24-35 mois	66.2	2.0	4.1	1.7	2.2	1.4	20.5	1.9	.0	100.0	565
	36-47 mois	77.9	1.3	2.6	.9	1.6	1.6	13.6	.5	.0	100.0	613
	48-59 mois	86.1	1.5	1.0	.5	1.2	1.2	8.0	.4	.0	100.0	607
Niveau d'éducation de la mère	Sans Education	65.7	1.9	3.6	1.3	3.0	.9	23.0	.7	.0	100.0	1173
	Primaire	66.6	.9	3.8	1.5	2.1	1.8	22.3	.9	.1	100.0	1777
	Secondaire +	66.1	2.8	4.4	3.6	1.3	.3	21.1	.6	.0	100.0	196
	Programme non-formel	100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	100.0	1
	Manquante/SP	74.0	18.4	.0	.0	.0	.0	3.6	4.1	.0	100.0	7
Total		66.3	1.4	3.7	1.6	2.4	1.3	22.4	.8	.0	100.0	3154

Indicateur du Suivi des droits de l'enfant

