



Tunisie

Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 4) 2011-2012

Résultats préliminaires

Décembre, 2012



Ministère du Développement Régional et de la Planification - **MDRP**



Institut National de la Statistique - **INS**



Fonds des Nations Unies pour l'Enfance - **UNICEF**

L'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 4-Tunisie) a été réalisée en 2011-2012 par le Ministère de la Planification et du Développement régional en collaboration avec l'Institut National de la Statistique. L'appui financier et technique a été fourni par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), par l'UNFPA et le Bureau de la Coopération Suisse en Tunisie.

MICS est un programme international d'enquête-ménage élaboré par l'UNICEF. La présente enquête MICS 4 – Tunisie 2011-2012, vient suite aux deux précédentes enquêtes : enquête MICS 2 en 2000 et l'enquête MICS 3 en 2006. L'enquête MICS 4 fournit des informations actualisées sur la situation des enfants et des femmes et mesure les indicateurs clés qui permettent aux pays de suivre les progrès dans la voie de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et des autres engagements convenus au plan international. Les informations additionnelles relatives au projet mondial MICS peuvent s'obtenir en consultant le site www.childinfo.org.

République tunisienne.
Institut National de la Statistique.

INTRODUCTION

MICS (Multiple Indicator Cluster Survey) est un programme international d'enquête auprès des ménages, lancé depuis 1995 et développé par l'UNICEF. L'enquête MICS4 Tunisie a été menée dans le cadre du quatrième cycle global des enquêtes MICS. MICS4 fournit des informations actualisées relatives à la situation des enfants et des femmes et mesure les indicateurs clés permettant aux pays de suivre les progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et d'autres engagements convenus au niveau international.

Beaucoup de pays ont réalisé des progrès substantiels pour accomplir ces objectifs à travers des plans d'actions nationaux. L'évaluation des progrès accomplis à travers des indicateurs validés, est une étape essentielle dans ce processus, permettant de fournir des informations dans le but de mieux orienter les ajustements nécessaires au niveau des actions entreprises.

En matière d'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, de remarquables progrès ont été réalisés par la Tunisie depuis 1990. En dépit de ces progrès, le rapport national sur les OMD 2004 a révélé d'importantes disparités entre l'Ouest rural et l'Est urbanisé. D'autre part, les gouvernorats de Kasserine, Sidi Bouzid, Tataouine, Kairouan et Siliana accusaient un certain retard. Face à ce constat, le gouvernement tunisien, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ont lancé un programme conjoint sur la Régionalisation des OMD en Tunisie, ayant pour objectif principal de soutenir le développement et l'adoption d'une stratégie locale de développement visant à améliorer la capacité des gouvernements locaux et centraux à identifier les défis et à développer des politiques adaptées.

A l'instar de la MICS 2 (2000) et de la MICS 3 (2006) conduites par la Tunisie, l'enquête MICS 4, met en évidence beaucoup de progrès réalisés durant les cinq dernières années, notamment en matière de santé, d'éducation ou de protection des enfants, ainsi qu'en matière de santé des femmes. Cette enquête permet d'estimer le niveau des indicateurs sociaux, à l'échelle nationale, au niveau régional et au niveau des trois gouvernorats du Centre Ouest. Cette enquête met particulièrement en évidence une nette amélioration des indicateurs de santé dans les trois gouvernorats du Centre Ouest, qui ont bénéficié d'un renforcement des programmes de santé, grâce à l'appui de l'UNICEF.

La phase 4 des enquêtes par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS 4) a été menée en Tunisie en 2012 par le Ministère de la Planification et du Développement Régional et l'Institut National de la Statistique (INS). L'appui financier et technique a été fourni par l'UNICEF au niveau global, régional et en Tunisie, ainsi que par le Bureau de la Coopération Suisse et l'UNFPA en Tunisie.

OBJECTIFS DE L'ENQUETE

La présente enquête s'est fixée comme objectifs principaux de :

- Fournir des informations actualisées pour évaluer la situation des enfants et des femmes en Tunisie.
- Fournir les données nécessaires pour suivre les progrès vers les objectifs fixés dans la Déclaration du Millénaire et les OMD, ainsi que d'autres objectifs convenus au niveau international, comme base pour une action future.
- Contribuer à l'amélioration des données et des systèmes de surveillance en Tunisie et au renforcement des compétences techniques dans la conception, la mise en œuvre et l'analyse de ces données.
- Générer des données désagrégées par niveau géographique, caractéristiques sociodémographiques et au niveau du bien-être économique, sur la situation des enfants et des femmes, y compris l'identification des groupes vulnérables et des disparités, pour affiner les politiques et les interventions.

METHODOLOGIE

Ce rapport présente des résultats sélectionnés relatifs à certaines questions clés couvertes dans l'enquête et à un sous-ensemble d'indicateurs¹. Les résultats figurant dans ce rapport sont préliminaires et peuvent faire l'objet de certaines modifications non majeures. La publication du rapport final est prévue en Janvier 2013.

Le travail sur le terrain a été effectué entre le mois de décembre 2011 et la fin avril 2012, sur l'ensemble du territoire, en utilisant trois types de questionnaires, répartis comme suit :

	<i>Nombre rempli</i>	<i>Taux de réponse(%)</i>
Questionnaires ménages	9.171	98
Questionnaires individuels femmes (15-49ans)	10.215	96
Questionnaires enfants moins de cinq ans	2.899	97

Les questionnaires MICS4 standard² ont été adaptés au contexte du pays.

Questionnaires

La composition des trois questionnaires utilisés dans l'enquête se présente comme suit :

1. le questionnaire « ménage » qui a servi à recueillir des informations sur les caractéristiques du ménage, de l'habitation et de tous les résidents habituels du ménage;
2. le questionnaire « femme » a été administré dans chaque ménage à toutes les femmes âgées de 15-49 ans
3. le questionnaire « enfants de moins de 5 ans », a été administré aux mères ou gardien(ne)s de tous les enfants de moins de 5 ans vivant dans le ménage. Les questionnaires comprenaient les modules suivants:

Questionnaire Ménage	Questionnaire Individuel Femme (âge 15-49 ans)	Questionnaire Enfants moins de cinq ans
Formulaire d'enregistrement du ménage Education Eau et assainissement Caractéristiques du ménage Travail des enfants Discipline de l'enfant Lavage des mains	Caractéristiques de la femme Accès aux mass media et technologie de l'information Mariage Mortalité des enfants Historique des naissances Désir de la dernière naissance Santé maternelle et du nouveau-né Soins sanitaires post-nataux Connaissances des symptômes d'alerte de pneumonie grave Contraception Besoin non satisfait en contraception Attitudes vis-à-vis de la violence familiale VIH/Sida Usage du tabac et de l'alcool Satisfaction de la vie	Age Enregistrement de la naissance Développement du jeune enfant Allaitement au sein Soins de la maladie Vaccination Anthropométrie

¹ Pour de plus amples informations sur les définitions, numérateurs, dénominateurs et algorithmes des indicateurs couverts dans MICS4 voir www.childinfo.org.

² Voir www.childinfo.org pour les questionnaires MICS4 standard.

Echantillonnage

L'enquête tunisienne en grappes à indicateurs multiples de 2011-2012 porte sur un échantillon de 9.600 ménages, représentatif au niveau des grandes régions du pays et au niveau de chacun des trois gouvernorats du centre ouest. L'échantillon a été tiré par sondage aléatoire à deux degrés stratifié selon la grande région et le milieu de résidence. Il est composé de 480 grappes de 20 ménages chacune, tirées au hasard dans 480 districts de recensement (zones de dénombrement : ZD). Les grappes sont tirées par sondage aléatoire avec des probabilités proportionnelles à leurs tailles en termes de nombre de ménages parmi les districts du recensement général de la population 2004 et des nouveaux districts établis fin 2008 suite à l'opération de la mise à jour de la base de sondage utilisée par l'INS dans ses enquêtes auprès des ménages.

Au moment de la collecte des données, et avant que l'équipe des enquêtrices entame le travail dans un district échantillon, le contrôleur ou le chef d'équipe listait les ménages des ZD tirées au hasard. Une fois le listage terminé, le contrôleur communiquait le nombre total de ménages listés dans la ZD au bureau central de l'INS qui lui a transmis à son tour, après tirage, de déterminer les numéros des 20 ménages à enquêter.

Constitution et formation des équipes de terrain

Dix neuf (19) équipes ont été constituées. Elles comprenaient chacune : trois enquêtrices et une responsable pour les mesures anthropométriques. Les équipes ont été constituées de personnes ayant un niveau d'études supérieures avec une très bonne expérience dans le domaine des enquêtes auprès des ménages. Il s'agit de personnes auxquelles l'INS a l'habitude de faire appel pour la réalisation de différentes enquêtes. Tous les membres des équipes et les 7 superviseurs régionaux ont été formés.

La formation des enquêtrices s'est déroulée en deux sessions d'une durée de 12 jours chacune. La première session a débuté le 04 décembre 2011 ; un consultant international a participé aux travaux de cette session, ainsi que le responsable de l'opération de la saisie des données. Au terme des séances de formation, les enquêtrices ont visité quelques ménages (2 par enquêtrice) en dehors de l'échantillon de la MICS 4 en vue de se familiariser avec le remplissage de l'ensemble des questionnaires. Pour les 19 personnes chargées des mesures anthropométriques, elles s'étaient exercées dans deux centres de santé, en ayant choisi des journées de vaccination, pour s'entraîner à peser et à mesurer la taille des enfants, spécialement des nourrissons.

Organisation de l'enquête sur le terrain et de la saisie des données

Les enquêtrices ont travaillé au niveau de leur gouvernorat de résidence. Elles ont eu pour point de rassemblement quotidien le bureau local de l'Institut National de la Statistique et rentraient le soir chez elles. Concernant la supervision de l'enquête sur le terrain, elle a été assurée par les agents permanents (responsables régionaux) de l'INS. La durée du travail sur le terrain pour chaque district ou gouvernorat variait, selon le nombre de grappes et le nombre d'équipe associées, de un à deux mois pouvant aller jusqu'à trois mois pour les gouvernorats du centre ouest (Kasserine, Kairouan et Sidi Bouzid).

Les questionnaires remplis étaient contrôlés quotidiennement sur terrain par le contrôleur chef d'équipe. Chaque équipe avait à sa disposition une voiture pour le transport aller-retour quotidien entre le bureau local de l'INS (lieu de rassemblement), le lieu du travail (grappe) et le domicile des agents en cas de retour tardif du terrain.

Traitement des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel CPro sur micro-ordinateurs, par 12 opérateurs de saisie de données. Un superviseur était désigné pour assurer la qualité de la saisie des données. Afin d'assurer le contrôle de qualité, tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie ; des contrôles internes de cohérence ont été effectués. Des procédures et programmes standard élaborés dans le cadre du programme global MICS4 et adaptés au questionnaire de la Tunisie ont été utilisés du début jusqu'à la fin. La saisie des données a commencé en même temps que la collecte des données en décembre 2011 et a été achevée en avril 2012. Les données ont été analysées à l'aide du programme Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Version 20, et la syntaxe-type et le plan de tabulation des données mis au point par l'UNICEF ont été utilisés à cette fin.

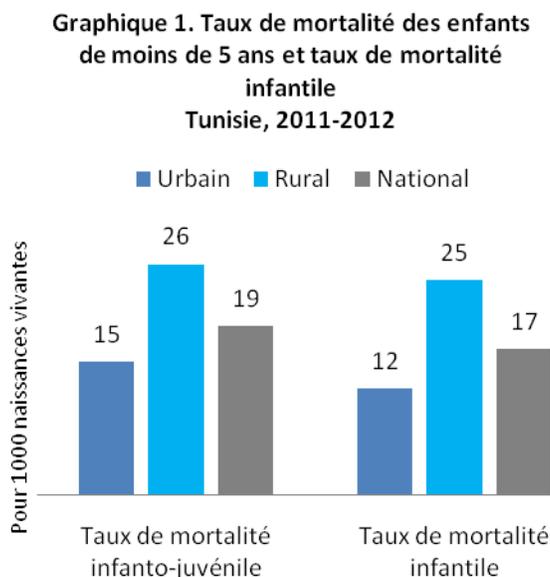
RESULTATS

MORTALITE DES ENFANTS

L'un des objectifs primordiaux de la Déclaration du Millénaire et l'un des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) est la réduction de la mortalité infantile et de celle des enfants de moins de cinq ans. Plus précisément, l'OMD 4 consiste à assurer la réduction de deux tiers entre 1990 et 2015 de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Le suivi des progrès vers cet objectif est certes important mais difficile.

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile peuvent être calculés directement, en demandant aux femmes âgées de 15-49 ans l'histoire complète des naissances et des décès des enfants que ces femmes ont eues dans le passé. Pour les enfants décédés, les femmes ont été demandées, de préciser l'âge au décès.

Les résultats montrent que le taux de mortalité infantile au cours des cinq années précédant l'enquête est de 17 pour 1000 naissances vivantes et la mortalité infanto juvénile est de 19 décès pour 1000 naissances vivantes, pour la même période. Comparés aux mêmes taux produits par les statistiques d'état civil, ces résultats sont très proches. Pour les taux de mortalité infantile, le niveau le plus élevé est observé en milieu rural (25 pour 1000) environ le double du taux enregistré en milieu urbain (12 pour 1000). Le taux de mortalité infanto juvénile a été estimé pour la même période à 19/1000 ; il est également plus élevé en milieu rural (26/1000 en milieu rural contre 15/1000 en milieu urbain).



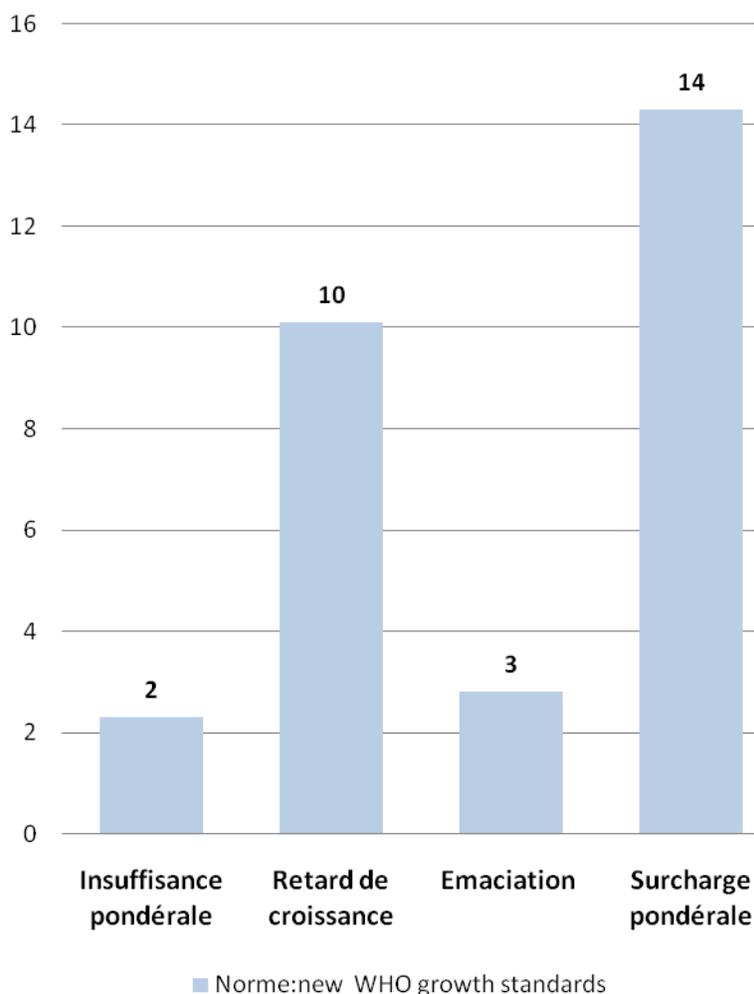
Etat nutritionnel de l'enfant

L'état nutritionnel des enfants est un reflet de leur état de santé général. Lorsque les enfants ont accès à une nourriture suffisante, ne sont pas exposés à des maladies répétées et sont bien portants, ils atteignent alors leur potentiel de croissance et sont considérés comme bien nourris.

La malnutrition est associée à plus de la moitié des décès d'enfants dans le monde. Les enfants sous-alimentés sont plus susceptibles de mourir de maladies courantes de l'enfance, et ceux qui survivent ont des maladies récurrentes et un retard de croissance. Trois-quarts des enfants qui meurent de causes liées à la malnutrition n'étaient que légèrement ou modérément malnutris - ne montrant aucun signe extérieur de vulnérabilité. L'Objectif numéro un, de Développement du Millénaire consiste à réduire de moitié la proportion de personnes qui souffrent de la faim entre 1990 et 2015. Une réduction de la prévalence de la malnutrition contribuera également à l'atteinte de l'OMD 4.

Les indicateurs clés pour le suivi de l'état nutritionnel de l'enfant sont l'insuffisance pondérale (poids-pour-âge), le retard de croissance (taille-pour-âge) et l'émaciation (poids-pour-taille). En Tunisie, selon les nouvelles normes OMS³, 2 pour cent des enfants de moins de cinq ans ont une insuffisance pondérale, 10 pour cent ont un retard de croissance ; 3 pour cent accusent une perte de poids et 14 pour cent présentent une surcharge pondérale.

Graphique 2. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant une insuffisance pondérale, un retard de croissance, qui sont émaciés et présentant une surcharge pondérale Tunisie, 2011-2012



³En 2006, l'OMS a publié des normes de croissance pour le poids et la taille destinés à remplacer la référence du National Center of Health Statistics (NCHS) de 1977. L'une des principales caractéristiques des nouvelles normes est qu'elles définissent l'allaitement maternel comme la "norme" biologique et prennent le nourrisson allaité au sein comme point de comparaison pour mesurer la croissance saine. Les anciennes fiches se fondaient sur un échantillon composé de façon aléatoire d'enfants allaités au sein et d'enfants nourris avec des substituts.

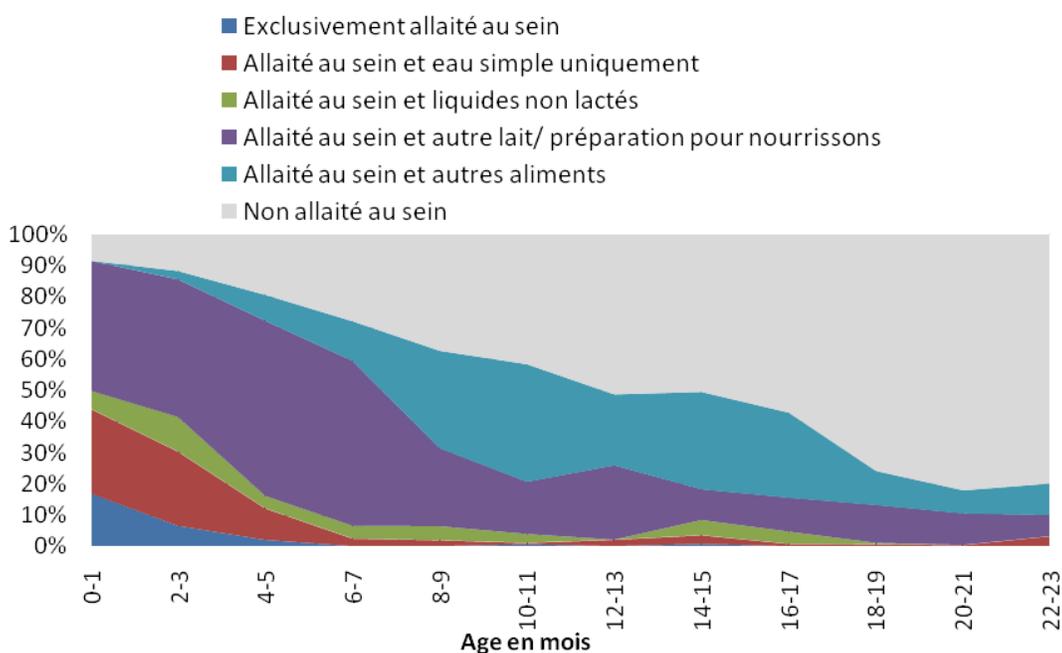
Allaitement au sein

L'allaitement maternel pendant les premières années de la vie protège les enfants contre l'infection, constitue une source sûre et idéale d'éléments nutritifs et non coûteux. Cependant, de nombreuses mères cessent d'allaiter trop tôt et il y a souvent des pressions incitant à passer aux préparations pour nourrissons, qui peuvent contribuer au retard de croissance, entraîner une carence en micronutriments et s'avérer dangereuses si l'eau potable n'est pas facilement disponible.

Les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF en matière d'alimentation du jeune enfant, sont les suivantes:

- l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois ;
- la poursuite de l'allaitement pendant deux ans ou plus ;
- des aliments complémentaires sûrs, appropriés et adéquats à partir de 6 mois ;
- la fréquence de l'alimentation complémentaire: 2 fois par jour pour les nourrissons âgés de 6-8 mois; 3 fois par jour pour les nourrissons âgés de 9-11 mois.

Graphique 3. Répartition en pourcentage des enfants de moins de 2 ans par type d'alimentation, par tranche d'âge, Tunisie 2011-2012



Le graphique 3 montre de manière détaillée les types d'allaitement selon l'âge de l'enfant en mois. Près de 17 pour cent des enfants âgés de 0-1 mois sont exclusivement allaités au sein maternel. Chez les enfants âgés de 2-3 mois, le pourcentage des enfants qui sont exclusivement allaités accuse une baisse pour se situer à 7 pour cent et 27 pour cent des enfants reçoivent des liquides ou des aliments différents du lait maternel. Au sixième mois, le pourcentage des enfants qui sont exclusivement allaités est inférieur à 2 pour cent.

Le tableau 3 montre que la prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants âgés de moins de 6 mois est relativement faible (9 %). Moins de la moitié des enfants (49 pour cent) ont bénéficié d'un allaitement maternel jusqu'à l'âge d'un an ; cette proportion chute à 19 pour cent, pour une durée de deux ans. Concernant la diversification alimentaire, 27 pour cent uniquement des enfants âgés de 6-8 mois ont bénéficié de l'introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous.

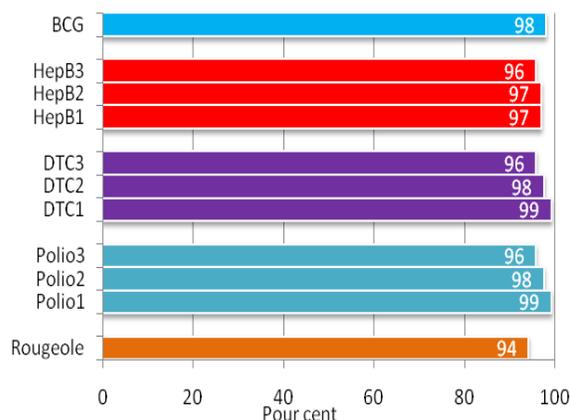
Tableau 3. Résultats des indicateurs (en pourcentage) d'allaitement sélectionnés		
Tunisie, 2011-2012		
Allaitement au sein exclusif à moins de 6 mois	9	Pour cent
Poursuite de l'allaitement au sein à 1 an	49	Pour cent
Poursuite de l'allaitement au sein à 2 ans	19	Pour cent
Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous (enfants âgés de 6-8 mois)	27	Pour cent

L'objectif 4 des OMD vise à réduire la mortalité infantile de deux tiers entre 1990 et 2015. La vaccination joue un rôle clé à cette fin.

Un des objectifs du programme de l'UNICEF « Un monde digne des enfants » est d'assurer la vaccination complète des enfants de moins d'un an à 90 pour cent à l'échelle nationale, avec au moins 80 pour cent de couverture dans chaque district ou unité administrative équivalente.

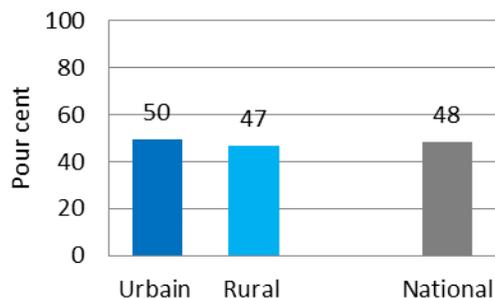
En Tunisie, 98 pour cent des enfants âgés de 18 -29 mois ont reçu la vaccination BCG ; 96 pour cent ont reçu les trois doses des vaccins DTC, polio et contre les hépatites virales de type B, et 94 pour cent ont été vaccinés contre la rougeole.

Graphique 4. Pourcentage des enfants âgés de 18-29 mois ayant reçu les vaccinations recommandées selon le calendrier national, Tunisie, 2011-2012



Traitement de la diarrhée

Graphique 7. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée et reçu une TRO (SRO ou liquide maison recommandé ou augmentation de liquides) avec poursuite de l'alimentation. Tunisie, 2011-2012



La diarrhée est la deuxième cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans dans le monde. La plupart des décès d'enfants liés à la diarrhée sont dus à la déshydratation découlant de la perte de grandes quantités d'eau et d'électrolytes de l'organisme dans les selles liquides. Le traitement de la diarrhée, soit par des sels de réhydratation orale (SRO), soit par un liquide maison recommandé, peut prévenir un bon nombre de décès. Prévenir la déshydratation et la malnutrition en augmentant l'apport hydrique et continuer à nourrir l'enfant sont aussi des stratégies importantes pour le traitement de la diarrhée.

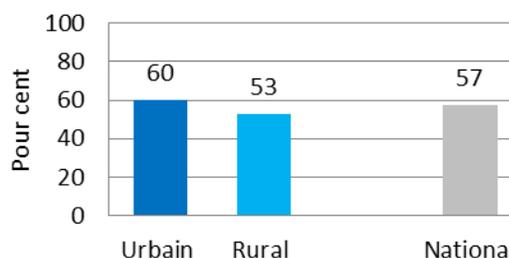
Dans le questionnaire MICS, les mères (ou gardiennes) ont été invitées à indiquer si leur enfant avait eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. Si oui, il a été posé à la mère une série de questions sur ce que l'enfant avait reçu à boire et à manger pendant l'épisode et si la quantité était plus ou moins ce que l'enfant mangeait et buvait normalement.

En Tunisie et selon les déclarations des mères, 7 pour cent des enfants de moins de cinq ans ont eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. Le traitement recommandé pour la diarrhée chez les enfants est la thérapie par réhydratation orale (par le SRO, un liquide maison recommandé ou une augmentation de liquides) avec poursuite de l'alimentation : 48 pour cent des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu ce traitement. La différence entre les zones urbaines et rurales est relativement faible (50 pour cent en milieu urbain contre 47 pour cent en milieu rural). Ces insuffisances au niveau de la prise en charge de la diarrhée seraient dues à un relâchement au niveau du programme de lutte anti diarrhéique en Tunisie, notamment en matière d'éducation des mères quant aux conduites à adopter en cas de diarrhée chez l'enfant.

Antibiothérapie de pneumonie présumée

Selon les déclarations des mères, 16 pour cent des enfants de moins de cinq ans ont présenté des signes faisant suspecter une pneumonie au cours des deux semaines précédant l'enquête. Globalement, 57 pour cent des enfants présentant une pneumonie présumée ont reçu une antibiothérapie. L'antibiothérapie de la pneumonie présumée est plus faible en zone rurale qu'en zone urbaine : 53 pour cent seulement contre 60 pour cent des enfants en zone urbaine ont reçu une antibiothérapie.

Graphique 8. Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu une pneumonie présumée et reçu des antibiotiques. Tunisie, 2011-2012



EAU ET ASSAINISSEMENT

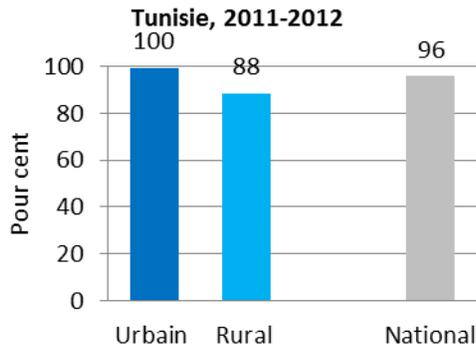
Dans l'ensemble, la grande majorité de la population de la Tunisie (96 %) utilise une source d'eau améliorée⁴. Cette proportion demeure plus élevée en milieu urbain où la quasi-totalité des personnes consomment de l'eau de boisson améliorée (100%), contre 88% en milieu rural.

L'indicateur d'assainissement fait ressortir des disparités semblables entre milieu: 84 pour cent des membres des ménages en zone rurale utilisent des installations sanitaires améliorées⁵, contre 98 pour cent en zone urbaine. Globalement, 94 pour cent des membres des ménages utilisent des installations sanitaires améliorées.

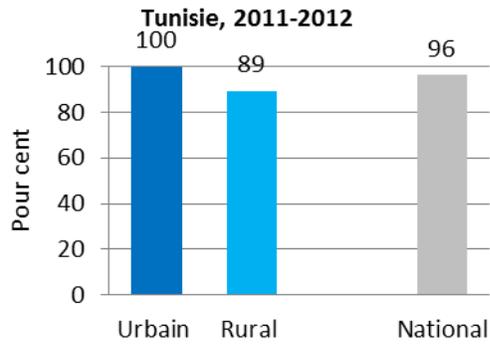
⁴ On considère que les ménages utilisent des sources d'eau de boisson améliorées s'ils utilisent de l'eau du robinet, ou de l'eau provenant d'un puits profond à tube ou à forage, ou de l'eau provenant d'un puits ou d'une source protégée, ou de l'eau de pluie, ou enfin de l'eau en bouteilles conditionnée

⁵ On considère que les ménages utilisent des installations sanitaires améliorées s'ils sont branchés à un système d'égouts, ou s'ils disposent d'une fosse septique ou d'une latrine à fosse, ou d'une latrine améliorée aérée, ou d'une latrine à fosse avec dalle, ou de toilettes à compostage.

Graphique 9. Pourcentage de membres des ménages utilisant des sources d'eau de boisson améliorée, Tunisie, 2011-2012



Graphique 10. Pourcentage de membres des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées, Tunisie, 2011-2012



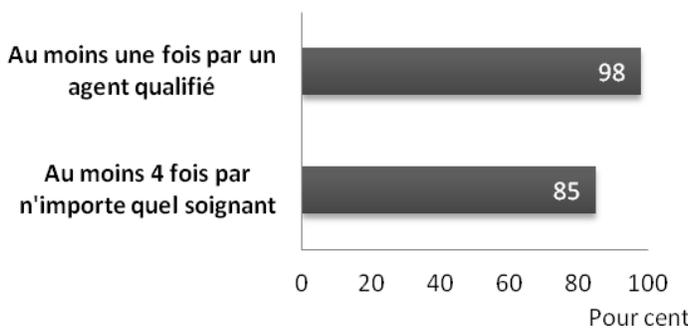
SANTE DE LA REPRODUCTION

La période prénatale offre d'importantes opportunités permettant de procéder à certaines interventions qui peuvent être indispensables à la santé des femmes enceintes et à celle de leurs nourrissons. L'OMS recommande un minimum de quatre visites prénatales fondé sur un examen de l'efficacité des différents modèles de soins prénataux. Les directives de l'OMS sont précises quant au contenu des consultations prénatales, avec notamment:

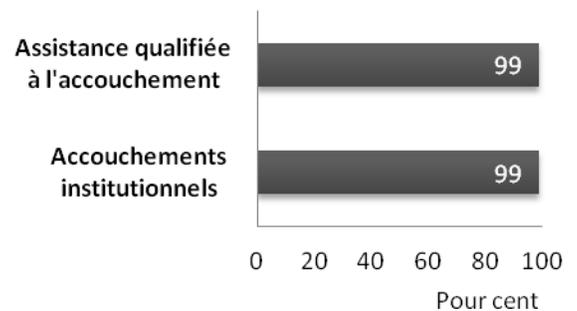
- la mesure de la pression artérielle ;
- l'analyse d'urine pour détecter une infection urinaire ou la présence d'albumine ;
- l'analyse de sang pour détecter la syphilis et l'anémie sévère ;
- la mesure du poids/de la taille (facultative).

Selon les résultats de la présente enquête, 98 pour cent des femmes mariées âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête ont bénéficié d'au moins une consultation prénatale par un personnel qualifié et 85 pour cent ont bénéficié d'au moins 4 consultations prénatales. L'accouchement a été assisté (par un médecin ou un infirmier ou une sage-femme auxiliaire) dans 99% des cas, et tous ces cas ont eu lieu dans une structure sanitaire publique ou privée.

Figure 11. Couverture par les soins prénatals, Tunisie, 2011-2012



Graphique 12. Soins obstétricaux, Tunisie, 2011-2012



Parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, 63% utilisent une méthode contraceptive et le besoin non satisfait en matière de contraception (pour soit l'espace ou la limitation des naissances) était de 7 pour cent. Le taux de fécondité chez les adolescentes se situe à 3 naissances par 1000 femmes mariées âgées de 15-19 ans.

**Tableau 4. Résultats des indicateurs de santé de la reproduction
Tunisie, 2011-2012**

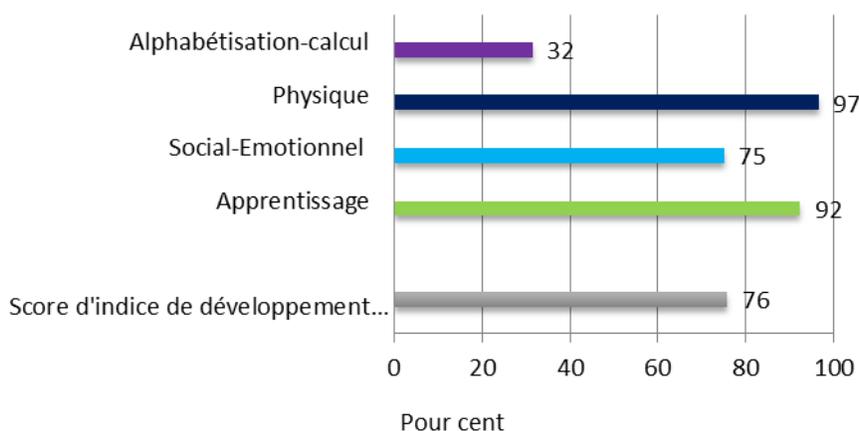
Taux de fécondité des adolescentes	3	Pour 1000 femmes mariées âgées de 15-19 ans
Taux de prévalence contraceptive	63	Pour cent de femmes mariées âgées de 15-49 ans
Besoin non satisfait pour la contraception	7	Pour cent de femmes mariées âgées de 15-49 ans

DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Recevoir une éducation préscolaire sous forme d'initiations, d'apprentissage de base ou de programme d'éducation de la petite enfance est important pour la préparation des enfants à l'école et à l'intégration sociale. En Tunisie, 44 pour cent des enfants âgés de 36-59 mois sont inscrits dans un établissement préscolaire, cette proportion atteint 60 pour cent en milieu urbain, contre 17 pour cent en milieu rural.

Le développement des jeunes enfants dans quatre domaines clés a été évalué dans l'enquête: alphabétisation-calcul, physique (habiletés motrices, absence de maladie récurrente), social-émotionnel et apprentissage (capacité de suivre de simples instructions, capacité de s'occuper de manière indépendante). L'indice de développement du jeune enfant (IDJE) est le pourcentage d'enfants qui sont en bonne voie de développement dans au moins trois de ces quatre domaines. En Tunisie, le score de l'IDJE est de 76. Toutefois, la femme joue un rôle important dans le processus d'éducation et d'adaptation sociale de l'enfant quel que soit son niveau intellectuel, son statut socio-économique et même son milieu rural ou urbain.

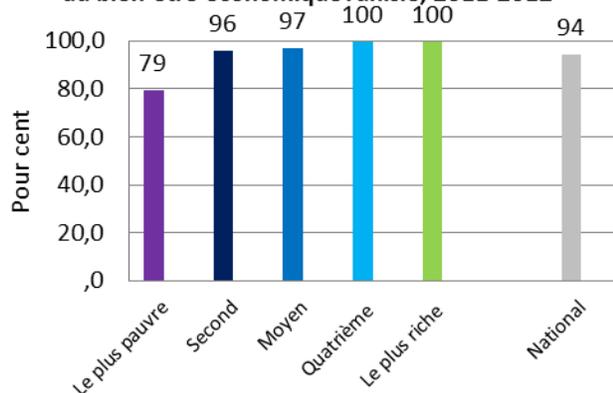
Graphique 13. Pourcentage d'enfants âgés de 36-59 mois, en bonne voie de développement dans les domaines indiqués, Tunisie, 2011-2012



ALPHABETISATION ET EDUCATION

Alphabétisation des jeunes filles/femmes

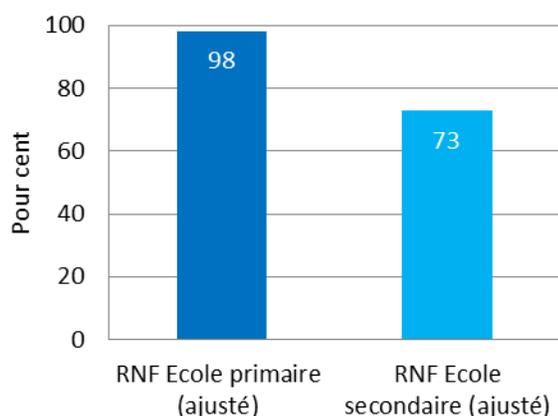
Graphique 14. Taux d'alphabétisation, jeunes filles/ femmes âgées de 15-24 ans, par quintiles du bien-être économique Tunisie, 2011-2012



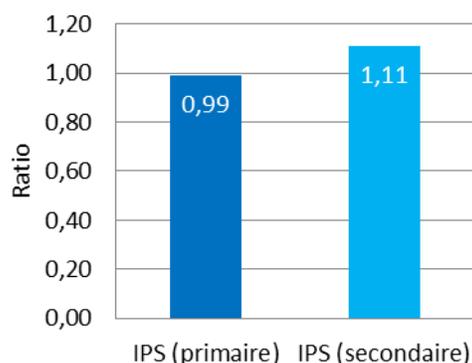
Globalement, en Tunisie, 94 pour cent des jeunes filles/femmes âgées de 15-24 ans sont alphabétisées. Chez les filles/ femmes vivant dans les ménages les plus pauvres, le taux d'alphabétisation a atteint 80 pour cent. En revanche, le taux d'alphabétisation est de 100 pour cent des filles/femmes issues des ménages les plus riches.

Fréquentation scolaire

Graphique 15. Ratios nets de fréquentation (RNF) d'école primaire et secondaire (ajustés), Tunisie, 2011-2012



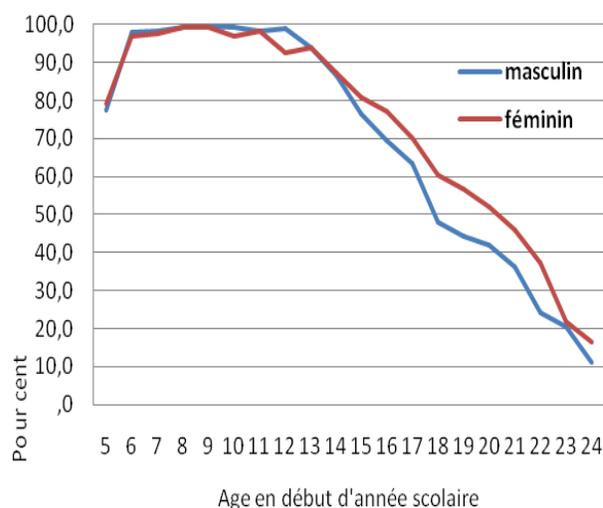
Graphique 16. Indice de parité entre les sexes (IPS) à l'école primaire et secondaire, Tunisie, 2011-2012



La fréquentation scolaire est forte en Tunisie. 98 pour cent des enfants d'âge scolaire primaire fréquentent l'école primaire et 73 pour cent des enfants d'âge scolaire secondaire fréquentent un établissement secondaire. Les filles et les garçons fréquentent l'école primaire à peu près dans la même proportion : l'Indice de parité entre les sexes (IPS) est de 0,99 pour l'école primaire. Cependant, au niveau de l'enseignement secondaire, l'IPS augmente jusqu'à 1.11, dénotant que les garçons fréquentent moins que les filles l'établissement secondaire.

Environ 97 pour cent des enfants âgés de 6 ans fréquentent l'école; cet âge étant l'âge officiel de début de scolarité en Tunisie. La fréquentation scolaire reste à ce niveau pour les enfants âgés de 7-10 ans et commence à baisser à partir de l'âge de 12 ans pour les filles et de 13 ans pour les garçons. Pour les enfants dont l'âge se situe entre 15 et 18 ans, la fréquentation scolaire chute de manière spectaculaire à mesure que l'enfant prend de l'âge. Quinze à dix-huit ans est la fourchette d'âge officielle pour le second cycle du secondaire. A l'âge de 20 ans, moins de la moitié des garçons (42 pour cent) et 52 pour cent des filles fréquentent un établissement scolaire ou universitaire. Les différentiels entre les sexes sont généralement faibles, mais pour la population comprise entre 15 -22 ans, moins de garçons que de filles semblent fréquenter l'école.

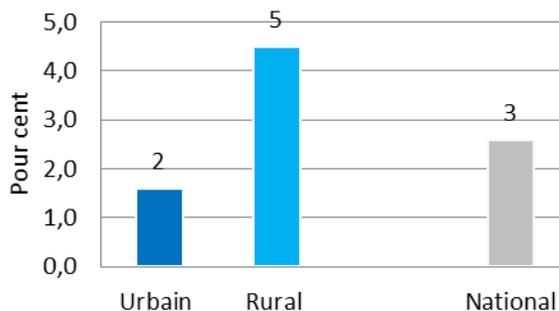
Figure 17. Pourcentage des membres des ménages âgés de 5-24 ans fréquentant l'école, par sexe, Tunisie, 2011-2012



Travail des enfants

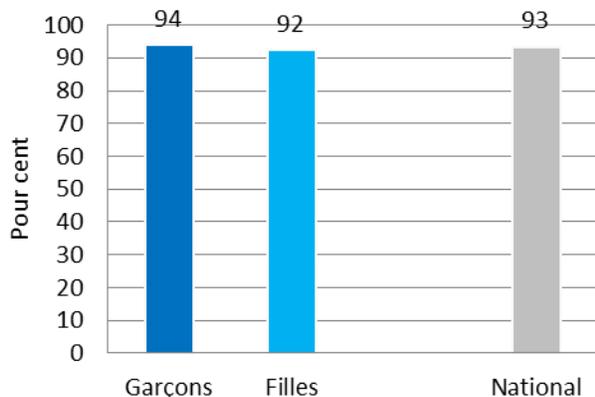
En Tunisie, 3 pour cent des personnes âgées de 5-14 ans sont engagés dans le travail des enfants⁶. Cette proportion est plus élevée en milieu rural où 5% des enfants âgés entre 5 et 14 ans exercent un travail, contre 2 % en milieu urbain.

Graphique 18. Pourcentage d'enfants âgés de 5-14 ans engagés dans le travail des enfants, Tunisie, 2011-2012



Discipline violente

Graphique 19. Pourcentage d'enfants âgés de 2-14 ans qui ont fait l'expérience de la discipline violente, par sexe, Tunisie, 2011-2012



Parmi les enfants âgés de 2-14 ans, 94 pour cent ont subi une discipline présumée violente⁷, qui comprend une agression psychologique et/ou une punition physique. La comparaison des résultats pour les filles et les garçons fait ressortir un pourcentage légèrement plus élevé de garçons qui font l'expérience de ce type de discipline.

⁶Un enfant est considéré être impliqué dans des activités de travail des enfants au moment de l'enquête si, au cours de la semaine précédant l'enquête:

•5-11 ans: au moins une heure de travail rémunéré ou 28 heures de travaux ménagers par semaine.

•12-14 ans: au moins 14heures de travail rémunéré ou 28 heures de travaux ménagers par semaine.

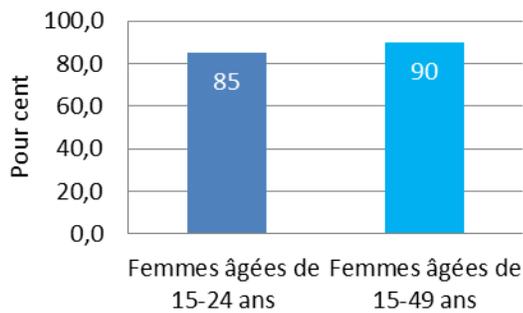
⁷Discipline violente = secouer l'enfant, hurler, lui crier après lui donner une fessée, le frapper ou le taper sur les fesses à main nues, le frapper sur les fesses ou sur une autre partie du corps avec quelque chose comme une ceinture, une brosse à cheveux, un bâton ou un autre objet dur, le frapper ou le gifler sur le visage, la tête ou les oreilles, le frapper ou le taper sur les mains, les bras ou les jambes, le battre, c'est -à-dire le frapper encore et encore aussi fort que possible.

L'une des conditions préalables les plus importantes pour réduire le taux d'infection au VIH est une connaissance précise de la transmission du VIH et des stratégies de prévention de la transmission. Une information correcte constitue la première étape en vue de sensibiliser et fournir aux jeunes les outils pour se protéger de l'infection. Les conceptions erronées sur le VIH sont courantes et peuvent créer des confusions chez les jeunes et entraver les efforts de prévention. La Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/Sida (UNGASS) a appelé les gouvernements à améliorer la connaissance et les compétences des jeunes pour se protéger du VIH. Les indicateurs pour mesurer cet objectif ainsi que l'OMD 6 visant à réduire de moitié les infections au VIH sont notamment l'amélioration du niveau de connaissance du VIH et sa prévention et le changement de comportements pour prévenir la propagation de la maladie. Le module sur le VIH a été administré aux femmes âgées de 15-49 ans.

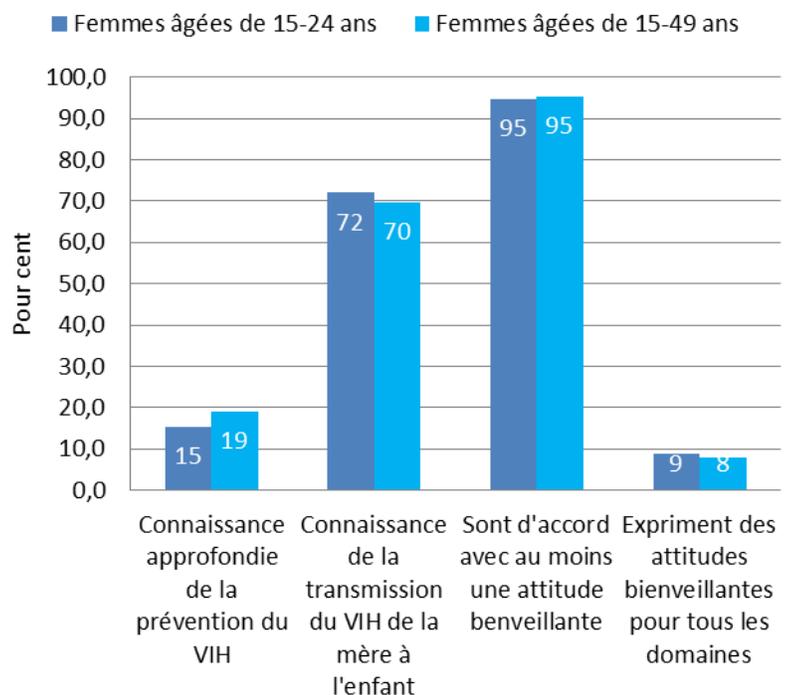
Parmi les femmes interrogées, 84 pour cent de celles âgées entre 15-49 ans en Tunisie ont entendu parler du Sida ; cette proportion est de 88 pour cent chez celles âgées entre 15 et 24 ans. Moins de 20 pour cent des jeunes femmes âgées de 15-24 ans ont une connaissance approfondie de la prévention du VIH ; alors que 72 pour cent d'entre elles identifient correctement les moyens de transmission de la mère à l'enfant. Calculés pour toutes les femmes âgées de 15-49 ans, ces indicateurs sont sensiblement de même niveau.

Concernant l'aspect relatif à la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 95 pour cent des femmes âgées de 15-49 ans expriment une attitude bienveillante envers les personnes vivant avec le VIH au moins pour un domaine ; alors qu'uniquement 8 pour cent expriment des attitudes bienveillantes pour tous les domaines

Graphique 20. Pourcentage de femmes ayant entendu parler du SIDA, Tunisie, 2011-2012



Graphique 21. Connaissance de la transmission du VIH/SIDA et attitudes envers les gens vivant avec le VIH, parmi les femmes âgées de 15-24 ans et de 15-49 ans, Tunisie, 2011-2012



Acronymes

BCG	Bacille Calmette Guérin
CSPRO	Census and Survey Processing System
DTCoq	Diptérie, Tétanos, Coqueluche
IDJE	Indice de développement du jeune enfant
INS	Institut National de la Statistique
IPS	Indice de Parité des Sexes (Gender Parity Index, GPI)
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MDE	Un Monde Digne des Enfants (World Fit For Children WFFE)
NHCS	National Center for Health Statistics
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
Polio	Poliomyélite
Sida	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMI	Soins Maternels et Infantiles
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SRO	Sels de Réhydratation Orale
TRO	Traitement de Réhydratation par voie Orale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (Session Spéciale de L'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/Sida)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZD	Zone de Dénombrement

Annexe : Tableau récapitulatif des résultats

Indicateurs de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) et Indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), Tunisie, 2011-2012

Sujet	N° Indicateur MICS4	N° Indicateur OMD	Indicateur	Valeur
MORTALITE DES ENFANTS				
Mortalité des enfants	1.1	4.1	Taux de mortalité des enfants moins de cinq ans	19.3 pour mille
	1.2	4.2	Taux mortalité infantile	16.7 pour mille
	1.3		Taux de mortalité néo natale	11.5 pour mille
	1.4		Taux de mortalité post néonatale	5.2 pour 1000
	1.5		Taux de mortalité des enfants	2.7 pour 1000
NUTRITION				
Etat Nutritionnel	2.1a	1.8	Prévalence Insuffisance pondérale Modérée et grave (- 2 SD)	2.3 pour cent
	2.1b		Sévère (-3D)	0.7 pour cent
	2.2a		Prévalence Retard croissance Modéré et grave (- 2 SD)	10.1 pour cent
	2.2b		Sévère (- 3 SD)	3.7 pour cent
	2.3a		Prévalence Emaciation Modéré et grave (- 2 SD)	2.8 pour cent
	2.3b		Sévère (- 3 SD)	1.7 pour cent
Allaitement et alimentation infantile	2.4		Enfants jamais allaités	4.0 pour cent
	2.5		Mise au sein moins d'une heure après la naissance	28.9 pour cent
	2.6		Allaitement exclusif des moins de 6 mois	8.5 pour cent
	2.7		Poursuite de l'allaitement à 1 an	49.2 pour cent
	2.8		Poursuite de l'allaitement à 2 ans	19.1 pour cent
	2.9		Allaitement prédominant pour les moins de 6 mois	34.7 pour cent
	2.10		Durée moyenne de l'allaitement	13.5 mois
	2.11		Alimentation au biberon	72.4 pour cent
	2.12		Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous	26.6 pour cent
	2.13		Fréquence minimum des repas	48.2 pour cent
2.14		Allaitement approprié à l'âge	18.1 pour cent	
2.15		Fréquence alimentation lactée pour enfants non allaités au sein	90.0 pour cent	
Insuffisance pondérale à la naissance	2.18		Nourrissons de poids insuffisant à la naissance	8.2 pour cent
	2.19		Nourrissons pesés à la naissance	97.0 pour cent
SANTE DE L'ENFANT				
Vaccinations 18-29 mois	3.1	4.3	Couverture vaccinale contre la tuberculose	98.2 pour cent
	3.2		Couverture vaccinale contre la poliomyélite	95.9 pour cent
	3.3		Couverture vaccinale contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCTCoq)	95.9 pour cent
	3.4		Couverture vaccinale contre la rougeole	94.3 pour cent
	3.5		Couverture vaccinale contre l'hépatite B	95.9 pour cent
Traitement des maladies	3.8		Thérapie par réhydratation orale avec alimentation continue	48.3 pour cent
	3.9		Recours aux soins pour pneumonie présumée	59.5 pour cent
	3.10		Antibiothérapie de pneumonie présumée	57.4 pour cent
Utilisation de combustibles solides	3.11		Combustibles solides	0.4 pour cent

Sujet	N° Indicateur MICS4	N° Indicateur OMD	Indicateur	Valeur
EAU ET ASSAINISSEMENT				
	4.1	7.8	Utilisation de source améliorée d'eau de boisson	95.8 pour cent
	4.2		Traitement de l'eau	7.8 pour cent
	4.3	7.9	Utilisation d'installations sanitaires améliorées	93.2 pour cent
	4.4		Elimination hygiénique des matières fécales de l'enfant	13.8 pour cent
	4.5		Endroit pour le lavage des mains	91.7 pour cent
	4.6		Disponibilité de savon	95.5 pour cent
SANTE DE LA REPRODUCTION				
Contraception et besoins non satisfaits	5.1	5.4	Taux de fécondité des adolescentes	3 pour mille
	5.2		Grossesses précoces	0.3 pour cent
	5.3	5.3	Prévalence contraceptive	62.5 Pour cent
	5.4	5.6	Besoins non satisfaits en contraception	7.0 Pour cent
Santé maternelle et du nouveau-né	5.5a	5.5	Couverture des soins prénatals Au moins une fois par le personnel qualifié	98.1 pour cent
	5.5b		Au moins quatre fois par n'importe quel prestataire	85.1 pour cent
	5.6		Contenu des soins prénatals	89.4 pour cent
	5.7	5.2	Personnel qualifié à l'accouchement	98.6 pour cent
	5.8		Accouchement dans une structure de santé	98.5 pour cent
	5.9		Césarienne	26.7 pour cent
	DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT			
Développement de l'enfant	6.1		Soutien à l'apprentissage	70.9 pour cent
	6.2		Appui du père à l'apprentissage	70.8 pour cent
	6.3		Matériel d'apprentissage : livres pour enfants	17.8 pour cent
	6.4		Matériel d'apprentissage : jouets	52.9 pour cent
	6.5		Garde inadéquate	13.2 pour cent
	6.6		Indice de développement du jeune enfant	75.8 pour cent
	6.7		Fréquentation du préscolaire	44.3 pour cent
EDUCATION DE L'ENFANT				
Alphabétisation et Education	7.1	2.3	Taux d'alphabétisation des jeunes femmes	94.1 pour cent
	7.2		Préparation à l'école	79.5 pour cent
	7.3		Taux d'admission à l'éducation primaire	95.6 pour cent
	7.4	2.1	Taux net de scolarisation primaire (ajusté)	98.0 pour cent
	7.5		Taux net de scolarisation secondaire (ajusté)	69.2 pour cent
	7.6	2.2	Enfants atteignant la dernière classe du primaire	96.6 pour cent
	7.7		Taux d'achèvement du primaire	99.1 pour cent
	7.8		Taux de transition à l'enseignement secondaire	88.0 pour cent
	7.9		Indice de parité entre les sexes (école primaire)	0.99 ratio
	7.10		Indice de parité entre les sexes (enseignement secondaire)	1.11 ratio
PROTECTION DE L'ENFANT				
Travail des enfants	8.2		Travail des enfants	2.6 pour cent
	8.3		Fréquentation scolaire des enfants travailleurs	87.8 pour cent
	8.4		Travail des enfants parmi les scolarisés	2.5 pour cent
Discipline de l'enfant	8.5		Discipline violente	93.2 pour cent
Violence domestique	8.14		Attitudes envers la violence domestique (Femmes 15-49 ans)	30.3 pour cent

Sujet	N° Indicateur MICS4	N° Indicateur OMD	Indicateur	Valeur
VIH/SIDA, COMPORTEMENT SEXUEL ET ENFANTS ORPHELINS ET VULNERABLES				
VIH/Sida, connaissance et attitudes	9.1		Connaissance approfondie sur la prévention du VIH (femmes 15-49 ans)	18.5 pour cent
	9.2	6.3	Connaissance approfondie sur la prévention du VIH chez les jeunes (femmes 15-24 ans)	19.1 pour cent
	9.3		Connaissance de la transmission mère-enfant du VIH (femmes 15-49 ans)	31.7 pour cent
	9.4		Attitude bienveillante envers les gens vivant avec le VIH (femmes 15-49 ans)	7.8 pour cent
	9.5		Femmes qui savent où faire le test VIH	25.3 pour cent
	9.6		Femmes ayant subi le test VIH et connaissant les résultats	0.6 pour cent
	9.8		Conseils sur le VIH lors des soins prénatals	3.2 pour cent
	9.9		Dépistage du VIH lors des soins prénatals	1.1 pour cent
	Enfants orphelins	9.17		Conditions de vie des enfants
9.18			Prévalence d'enfants avec au moins un parent décédé	2.8 pour cent
9.19		6.4	Fréquentation scolaire des orphelins	100 pour cent
9.20		6.4	Fréquentation scolaire des non-orphelins	95.3 pour cent
ACCES AUX MASS MEDIA ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE D'INFORMATION/COMMUNICATION				
Accès aux mass media	MT.1		Exposition aux media (femmes de 15-49 ans)	17.1 pour cent
Utilisation de la technologie d'information/commu nication	MT.2		Utilisation des ordinateurs (femmes de 15-24 ans)	63.7 pour cent
	MT.3		Utilisation d'internet (femmes de 15-24 ans)	48.7 pour cent
BIEN-ETRE SUBJECTIF				
Bien-être subjectif	SW.1		Satisfaction vis-à-vis de la vie (femmes de 15-24 ans)	40.4 pour cent
	SW.2		Bonheur (femmes de 15-24 ans)	77.6 pour cent
	SW.3		Perception d'une vie meilleure (femmes de 15-24 ans)	42.3 pour cent
CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL				
Consommation de tabac	TA.1		Consommation de tabac (femmes de 15-49 ans)	5.9 pour cent
	TA.2		Fumer avant 15 ans (femmes de 15-49 ans)	0.3 pour cent
Consommation d'alcool	TA.3		Consommation d'alcool (femmes de 15-49 ans)	0.5 pour cent
	TA.4		Consommation d'alcool avant 15 ans (femmes de 15-49 ans)	0.0 pour cent