

Enquête Démographique et de Santé du Congo EDSC-I 2005

Rapport Préliminaire

**Centre National de la Statistique
et des Etudes Economiques**



Demographic and Health Surveys

ORC MACRO®

Mars 2006

Pour tous renseignements concernant l'Enquête Démographique et de Santé du Congo (EDSC-1), contacter le Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques, BP 2031, Brazzaville, Congo (Téléphone/Fax (242) 81 59 09; email : cnsee@hotmail.com; Internet : www.cnsee.org).

Pour tous renseignements concernant le programme Demographic and Health Surveys (DHS), contacter Demographic and Health Surveys, ORC Macro, 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, U.S.A. (Téléphone (1) 301-572-0200; Fax (1) 301-572-0999; email : reports@orcmacro.com; Internet : <http://www.measuredhs.com>).

RÉPUBLIQUE DU CONGO

- Unité - Travail - Progrès -

**Ministère du Plan, de l'Aménagement du territoire, de l'Intégration
Economique et du NEPAD**

Centre National de la Statistique et des Études Économiques

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE
ET DE SANTÉ DU CONGO
(EDSC-I)
2005**

Rapport préliminaire

**Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques
(CNSEE), Brazzaville**



et

ORC Macro, Calverton, Maryland



Mars 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE	
1.1. Objectifs de l'enquête	2
1.2. Questionnaires	3
1.3. Plan de sondage	3
1.4. Cartographie et collecte des données	4
1,5. Traitement des données	4
2. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES	
2.1. Couverture de l'échantillon	6
2.2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	6
2.3. Fécondité	8
2.4. Utilisation de la contraception	9
2.5. Désir d'enfants supplémentaires	12
2.6. Soins prénatals et assistance à l'accouchement	12
2.7. Vaccinations des enfants	14
2.8. Traitement des maladies de l'enfance	16
2.9. Allaitement et alimentation de complément	17
2.10. État nutritionnel des enfants	18
2.11. Prévalence de l'anémie	20
2.12. Mortalité des enfants	22
2.13. Connaissance du VIH/sida	23
2.14. Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom	28

TABLEAUX

Tableau 1	Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle	6
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	7
Tableau 3	Fécondité actuelle	9
Tableau 4	Utilisation actuelle de la contraception	11
Tableau 5	Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants survivants	12
Tableau 6	Indicateurs de soins maternels	13
Tableau 7	Vaccinations par caractéristiques sociodémographiques	15
Tableau 8	Prévalence et traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée	17
Tableau 9	Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant	18
Tableau 10	État nutritionnel des enfants	19
Tableau 11	Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes	21
Tableau 12	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	23
Tableau 13	Connaissance du VIH/sida	24
Tableau 14	Connaissance des moyens de prévention du VIH/sida	25
Tableau 15.1	Idées erronées à propos du sida et connaissance « complète » du sida : Femmes	26
Tableau 15.2	Idées erronées à propos du sida et connaissance « complète » du sida : Hommes	27
Tableau 16	Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	28

#####

GRAPHIQUES

Graphique 1	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence	9
Graphique 2	Prévalence de la contraception (Femmes en union)	10
Graphique 3	Naissances dont la mère a bénéficié de soins prénatals et d'assistance à l'accouchement	14
Graphique 4	Couverture vaccinale par type de vaccin (enfants de 12-23 mois)	16
Graphique 5	Prévalence de la sous-nutrition chez les enfants de moins de 5 ans	20
Graphique 6	Prévalence de l'anémie (enfants de 6-59 mois et femmes de 15-49 ans)	22
Graphique 7	Tendance de la mortalité des enfants	23

PERSONNEL DE L'EDSC-I

M. Samuel Ambapour
Directeur Général du CNSEE, Directeur National de l'EDSC-1

M. Dominique Kimpouni
Directeur de la Coordination et de l'Harmonisation Statistiques,
Directeur Technique de l'EDSC-1

Supervision Technique

M. Gabriel Batsanga, Démographe (CNSEE)
M. Fabrice Bowamboka, Démographe (CNSEE)
M. Obambi Guecko, Statisticien (CNSEE)
M. Tony Malela Statisticien (CNSEE)
Melle. Eliane Mangoulbl, Statisticienne (CNSEE)

Traitement informatique

M. Léonard Nabassemba, Informaticien (CNSEE)
M. Rey Doussievinl Kabou, Informaticien (CNSEE)

Administration

M. Antony Ludovic Otsessa , Gestionnaire (CNSEE)

Appui administratif

M. François Koulingani (CNSEE)

Assistance Technique de ORC Macro

M. Bernard Barrère, Responsable de projet
M. Ruilin Ren, Sondage
M. Paul Roger Libite, Formation et collecte des données
M. Victor Canales, Traitement des données
M. El Arbi Housni, Edition des données

INTRODUCTION

Par arrêté ministériel n° 5629 du 21 juin 2004, le Gouvernement de la République du Congo a prescrit au Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques (CNSEE) l'exécution de la première Enquête Démographique et de Santé du Congo (EDSC-1).

Cette enquête a été financée par le Gouvernement du Congo ainsi que par le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) par le biais d'un financement de l'Agence Internationale de Développement (IDA – Banque Mondiale) et a reçu un soutien matériel du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

Au plan technique, l'EDSC-1 a bénéficié de l'assistance de ORC Macro International qui a la charge du programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys – DHS) au niveau international.

Le programme DHS fournit une assistance aux agences gouvernementales et privées des pays en développement pour la réalisation d'enquêtes sur la population et la santé. Les principaux objectifs du programme DHS sont de: (1) fournir aux responsables des pays participant au programme les données de base et les analyses utiles pour une prise de décisions adéquates; (2) développer la base de données internationales sur la population et la santé; (3) développer de nouvelles méthodologies d'enquête; et (4) développer, dans les pays participant au programme, les capacités et les ressources nécessaires pour la réalisation d'enquêtes démographiques et de santé d'un haut niveau.

En organisant cette première EDSC-1, le Gouvernement de la République du Congo avait pour objectif de disposer des indicateurs démographiques et de santé indispensables à la mise en place de politiques et des programme et plus particulièrement à la finalisation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et au suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Ce rapport préliminaire, rédigé peu de temps après la fin des travaux de collecte sur le terrain, répond au souci de présenter de façon succincte les premiers résultats de l'EDSC-1. Il fournit des indicateurs de base relatifs à la fécondité, la planification familiale, la santé de la reproduction, la santé et l'état nutritionnel des enfants, la prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes, la mortalité des enfants de moins de cinq ans, et la connaissance et les comportements par rapport au VIH/Sida.

Du fait qu'ils ont été produits avant la révision finale et l'analyse approfondie du fichier complet de l'enquête, ces résultats restent provisoires et susceptibles de légères modifications.

Un rapport final, présentant tous les résultats définitifs de l'enquête, de façon détaillée, sera publié dans les prochains mois.

1. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

1.1 Objectifs de l'enquête

La première Enquête Démographique et de Santé du Congo (EDSC-1) a pour objectif d'estimer de nombreux indicateurs socio-économiques, démographiques, sanitaires et nutritionnels au niveau de l'ensemble de la population et au niveau des sous-populations des femmes de 15-49 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15-59 ans. En particulier, l'EDSC-1 vise à identifier et/ou à estimer :

Pour l'ensemble de la population :

- les niveaux de scolarisation ;
- les niveaux d'utilisation du sel iodé ;
- certains indicateurs de bien être des ménages.

Pour les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de cinq ans :

- divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité, de mortalité des enfants et de mortalité maternelle ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories de femmes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques sociodémographiques ;
- les problèmes liés aux pratiques des avortements clandestins, cause de stérilité secondaire notamment chez les jeunes filles ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité des enfants ;
- différentes composantes de la santé de la reproduction et de la santé des enfants : visites prénatales et postnatales, conditions d'accouchement, allaitement, vaccinations, prévalence et traitement de la diarrhée, de la fièvre et des Infections Respiratoires Aigues (IRA) chez les enfants de moins de cinq ans ;
- l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille) ;
- la prévalence de l'anémie chez les femmes et des enfants de moins de cinq ans au moyen d'un test d'hémoglobine ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes ainsi que les comportements à risque des femmes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida.

Pour les hommes de 15-59 ans :

- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories d'hommes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes ainsi que les comportements à risque des hommes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida.

L'ensemble des données collectées constitue une base de données qui facilitera la mise en place et le suivi de politiques et de programmes dans le domaine de la population et de la santé et, plus globalement, de politiques visant à l'amélioration des conditions de vie de la population

congolaise. Par ailleurs, les données ayant été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans de nombreux autres pays ayant participé au programme DHS, elles font partie, de ce fait, d'une base de données utilisables et comparables au niveau international.

1.2 Questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs fixés, trois types de questionnaires ont été utilisés :

- 1) **Questionnaire ménage.** Il permet de collecter des informations sur le ménage, telles que le nombre de personnes y résidant, par sexe, âge, niveau d'instruction, la survie des parents, etc. Par ailleurs, il permet de collecter des informations sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, etc.), et sur le sel utilisé par les ménages : ces informations sont recueillies afin d'apprécier les conditions environnementales, socio-économiques et nutritionnelles dans lesquelles vivent les personnes enquêtées. De plus, les femmes âgées de 15-49 ans et les enfants âgés de mois de cinq ans sont pesés et mesurés pour déterminer leur état nutritionnel. En outre, le questionnaire ménage permet d'établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement. Il permet aussi de déterminer les populations de référence pour le calcul de certains taux démographiques. Enfin, dans la moitié des ménages, on a testé le sang des femmes âgées de 15-49 ans et celui des enfants âgés de mois de cinq ans pour estimer la prévalence de l'anémie .

- 2) **Questionnaire femme.** Il comprend les neuf sections suivantes :
 1. caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
 2. reproduction ;
 3. contraception ;
 - 4A. grossesse et allaitement ;
 - 4B. vaccination et santé;
 5. mariage;
 6. préférences en matière de fécondité ;
 7. caractéristiques du conjoint et travail de la femme ;
 8. sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
 9. mortalité maternelle ;

- 3) **Questionnaire homme.** Il s'agit également d'un questionnaire individuel comprenant les cinq sections suivantes :
 1. caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ;
 2. reproduction ;
 3. mariage et activité sexuelle ;
 4. sida et Infections Sexuellement Transmissibles ;
 5. mortalité maternelle.

Ces instruments ont été développés à partir des questionnaires de base du programme DHS, préalablement adaptés au contexte du Congo et en tenant compte des objectifs de l'enquête.

Par ailleurs, environ 80 expressions et termes relatifs aux parties sensibles des questionnaires (en particulier, les questions sur la reproduction, l'activité sexuelle, la contraception et les maladies) ont été traduits en Lingala et en Munukutuba, les deux langues vernaculaires nationales du Congo de façon à ce qu'au cours de l'enquête, les enquêtrices traduisent les questions le plus fidèlement possible. Ces lexiques ont été testés et améliorés au cours des formations et du pré-test avant leur utilisation pour l'enquête principale.

1.3 Plan de sondage

L'échantillon de l'EDSC-1 est un échantillon représentatif au niveau national, basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés.

Les 12 départements du pays ont été regroupés en quatre domaines de la manière suivante :

- Brazzaville
- Pointe-Noire
- Sud Congo (Kouilou, Niari, Lékoumou, Bouenza, Pool) stratifié en urbain et rural
- Nord Congo (Plateaux, Cuvette, Cuvette-Ouest, Sangha, Likouala) stratifié en urbain et rural.

L'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Au premier degré, des grappes ont été tirées, proportionnellement à leur taille, à partir de la liste des Zones de Dénombrement (ZD) établie lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1996. Toutes les grappes sélectionnées ont fait l'objet d'un dénombrement exhaustif des ménages. Au deuxième degré, des ménages ont été tirés, à probabilité égale, à partir de la liste des ménages établie lors de l'opération de dénombrement. Le nombre de ménages tirés est de 24 dans chaque grappe urbaine et 34 dans chaque grappe rurale. Au total, 6 012 ménages ont été sélectionnés pour l'enquête ménage.

Tous les membres des ménages tirés ont été identifiés à l'aide du questionnaire ménage. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans ces ménages ont été enquêtées individuellement. En outre, ces femmes de même que tous les enfants âgés de moins de cinq ans ont été mesurés, pesés et ont fourni un échantillon de sang pour estimer la prévalence de l'anémie.

De plus, dans un ménage sur deux, tous les hommes de 15 à 59 ans (résidents habituels ou visiteurs) ont également été enquêtés individuellement.

1.4 Cartographie et collecte des données

L'opération de cartographie et de dénombrement des ménages des 225 grappes de l'échantillon s'est effectuée sur le terrain du 25 avril au 27 mai 2005, soit en un peu plus d'un mois. Vingt un (21) agents cartographes et énumérateurs, préalablement formés, étaient chargés de ce travail.

Un pré-test des questionnaires a été effectué du 10 novembre au 10 décembre 2004 : vingt (20) agents ont été recrutés, formés et déployés en zone urbaine (Arrondissements 2 et 5 de Brazzaville), en zone semi urbaine (localité d'Ignie) et en zone rurale (village de Nkouo). Les enseignements tirés de ce pré-test ont permis de finaliser les questionnaires et les manuels d'instructions du personnel de collecte.

La formation pour l'enquête principale s'est déroulée du 14 juin au 07 juillet 2005. Quatre-vingt-sept personnes ayant, au moins, un niveau de fin d'études secondaires ont suivi la formation. À l'issue de la formation, les 60 meilleurs candidats ont été retenus pour la collecte et répartis en dix équipes, composées chacune d'un chef d'équipe, d'une contrôlease, de trois enquêtrices et d'un enquêteur.

La collecte des données sur l'ensemble du territoire national a débuté le 08 juillet 2005 et s'est achevée le 23 novembre 2005.

1.5 Traitement des données

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté le 25 juillet 2005, soit environ deux semaines après le démarrage de l'enquête sur le terrain, en utilisant le logiciel CSPro, développé conjointement par le Bureau du Recensement des Etats-Unis, le Programme DHS et le Serpro S.A. Quatre personnes étaient chargées de la vérification des questionnaires ainsi que de la codification des questions relatives aux catégories socioprofessionnelles et à l'ethnie. La saisie a été réalisée par seize opérateurs, assistés de quatre contrôleurs et supervisés par

deux informaticiens. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie, ce qui a permis d'éliminer du fichier, les erreurs dues à la saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter, pour chaque équipe, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient immédiatement répercutées sur les équipes de terrain lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données.

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

2. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

2.1 Couverture de l'échantillon

Les 225 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont pu être enquêtées au cours de l'EDSC-1. Au total, 6 012 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 5 926 ménages ont été identifiés et trouvés au moment de l'enquête. Parmi ces 5 926 ménages, 5 879 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 % (tableau 1).

Résultat	Résidence					
	Brazzaville	Pointe Noire	Autres villes	Ensemble Urbain	Rural	Ensemble
Enquête ménages						
Ménages sélectionnés	1 681	1 344	889	3 914	2 098	6 012
Ménages identifiés	1 673	1 329	883	3 885	2 041	5 926
Ménages enquêtés	1 648	1 322	881	3 851	2 028	5 879
Taux de réponse des ménages	98,5	99,5	99,8	99,1	99,4	99,2
Enquête individuelle: femmes						
Nombre de femmes éligibles	2 328	1 787	1 055	5 170	2 270	7 440
Nombre de femmes éligibles enquêtées	2 165	1 684	1 029	4 878	2 173	7 051
Taux de réponse des femmes éligibles	93,0	94,2	97,5	94,4	95,7	94,8
Enquête individuelle: hommes						
Nombre d'hommes éligibles	1 113	899	495	2 507	1 008	3 515
Nombre d'hommes éligibles enquêtés	976	774	464	2 214	932	3 146
Taux de réponse des hommes éligibles	87,7	86,1	93,7	88,3	92,5	89,5

À l'intérieur des 5 879 ménages enquêtés, 7 440 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme éligibles pour l'enquête individuelle et, pour 7 051 d'entre elles, l'interview a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 95% pour l'enquête auprès des femmes. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : au total 3 515 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages du sous-échantillon. Parmi ces hommes, 3 146 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 90 %.

Quel que soit le sexe, les taux de réponse dans les « autres villes » et en milieu rural sont légèrement plus élevés que ceux obtenus à Brazzaville et Pointe Noire.

2.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire en âge de procréer, et les hommes de 15-59 ans constituent les populations cible de l'EDSC-1. Le tableau 2 donne la distribution de ces femmes et de ces hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, l'état matrimonial, le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction, la religion et le groupe ethnique.

Comme attendu, la proportion des femmes enquêtées par groupe d'âges quinquennaux diminue régulièrement et rapidement avec l'avancement en âge. De 22 % à 15-19 ans, la proportion de femmes diminue de près de moitié pour atteindre 12 % à 35-39 ans et diminue encore de moitié pour atteindre 6 % à 45-49 ans. Chez les hommes, on constate la même tendance de diminution régulière des proportions, passant de 22 % à 15-19 ans à 3 % à 55-59 ans.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes par caractéristiques sociodémographiques, Congo 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Age						
15-19	22,2	1 566	1 558	21,5	677	675
20-24	21,2	1 493	1 466	16,0	503	511
25-29	17,6	1 238	1 260	15,1	475	459
30-34	13,2	934	953	13,6	427	415
35-39	11,8	830	835	10,9	344	370
40-44	7,8	551	558	8,9	281	281
45-49	6,2	440	421	6,9	217	213
50-54	NA	NA	NA	4,0	125	125
55-59	NA	NA	NA	3,1	97	97
Etat matrimonial						
Célibataire	29,5	2 082	2 075	42,0	1 322	1 315
En union	56,4	3 978	3 991	50,6	1 591	1 585
Divorcé/séparé	13,1	922	919	7,1	224	239
Veuf/veuve	1,0	69	66	0,3	9	7
Résidence						
Urbain	56,6	3 990	4 878	59,3	1 864	2 214
Rural	43,4	3 061	2 173	40,7	1 282	932
Région						
Brazzaville	34,7	2 447	2 165	36,1	1 136	976
Pointe Noire	16,9	1 189	1 684	18,2	573	774
Sud	31,7	2 233	1 864	28,5	897	751
Nord	16,8	1 182	1 338	17,2	541	645
Niveau d'instruction						
Aucun	7,2	511	461	1,8	57	59
Primaire	30,3	2 139	2 051	24,2	763	736
Secondaire 1 ^{er} cycle	48,3	3 408	3 479	43,0	1 352	1 346
Secondaire 2 nd cycle	11,5	808	865	20,9	657	674
Supérieur	2,6	186	195	10,1	317	331
Religion						
Catholique	30,6	2 159	2 137	31,3	985	994
Protestant	26,7	1 881	1 822	18,5	581	565
Musulman	1,2	88	91	2,0	62	58
Kimbanguiste	1,7	119	115	1,7	53	50
Armée du Salut	2,6	182	163	1,4	45	44
Zéphirin	4,1	288	258	2,4	77	64
Adventiste	1,3	88	123	3,2	99	142
Autre	25,3	1 780	1 899	24,3	765	766
Animiste/Aucune	6,6	465	443	15,2	478	463
Total	100,0	7 051	7 051	100,0	3 146	3 146

Note: Les catégories de l'éducation font référence au plus haut niveau d'éducation atteint, que ce niveau ait été achevé ou non.
NA = Non Applicable

Concernant l'état matrimonial, il faut préciser que, dans le cadre de l'EDSC-1, ont été considérés en union tous les hommes et femmes mariés de façon formelle ou non, ainsi que ceux vivant en union consensuelle. Selon cette définition, on constate que la grande majorité des femmes (56 %) étaient en union au moment de l'enquête et qu'à l'inverse, seulement 30 % étaient célibataires. La proportion de femmes en rupture d'union représente 14 % des enquêtées et sont constituées principalement de veuves (13 %). Chez les hommes, on observe une répartition de même type mais avec une proportion de célibataires (42 %) beaucoup plus élevée que chez les femmes, du fait d'un âge à l'union beaucoup plus tardif chez les hommes que chez les femmes. Enfin, on remarque que la proportion d'hommes en rupture d'union est beaucoup plus faible que chez les femmes (7 % contre 14 %).

Plus de la moitié des hommes et des femmes (respectivement 57 % et 59 %) résident en milieu urbain, soit approximativement la même proportion qu'au RGPH de 1996. Il faut préciser que la définition du milieu urbain utilisée ici est celle de la base de sondage, à savoir du RGPH de 1996 qui considérait comme urbaines les seules villes de Brazzaville, Pointe Noire, Dolisie, Nkayi, Ouessou et Mossendjo. On aurait pu s'attendre à une augmentation de la population urbaine depuis 1996. En fait, il est fort possible que, depuis 1996, la densité de la population vivant dans les limites géographiques du milieu urbain défini en 1996 ait stagné, ce dont rend compte les résultats de l'EDSC-1. Durant la même période, il est fort possible que la population urbaine se soit accrue du fait de l'extension géographique des limites des villes qui existaient en 1996. Malheureusement, étant donné que l'EDSC-1 se base toujours sur les limites géographiques du milieu urbain définies en 1996, cette éventuelle augmentation de la population urbaine ne peut pas apparaître ici. Le recensement de la population de 2006, en phase préparatoire, devrait tenir compte des modifications importantes qui ont dû se produire au cours des 10 dernières années dans la distribution géographique de la population afin de fournir une base de sondage adéquate pour toutes les nouvelles enquêtes.

Bien que cela n'introduise pas de biais dans la représentativité de l'échantillon de l'EDSC-1, lors de l'analyse des données, il faudra garder à l'esprit qu'une partie de ce qui est considéré ici comme « rural » pourrait être certainement reclassé comme « urbain ». Cela ne signifiant pas forcément que ces populations ont acquis un comportement « urbain ».

Du point de vue régional, rappelons que pour les besoins de l'enquête, les douze départements ont été regroupés en deux régions, à savoir le Sud (Kouilou, Niari, Lékoumou, Bouenza, Pool) et le Nord (Plateaux, Cuvette, Cuvette-Ouest, Sangha, Likouala) et que les villes de Brazzaville et de Pointe Noire ont été considérées comme des régions en tant que telle. Ainsi, selon ce classement, environ un tiers des femmes résident à Brazzaville (35 %), un tiers dans le Sud (32 %), et les autres se partagent entre la ville de Pointe Noire et le Nord (17 % dans les deux cas). La population des hommes est répartie de façon très similaire.

La très grande majorité de la population congolaise a fréquenté l'école, puisque seulement 7 % des femmes et 2 % des hommes n'ont aucune instruction. On observe néanmoins de disparités importantes entre les genres puisque 63 % des femmes ont atteint, au moins, le secondaire 1^{er} cycle contre 84 % des hommes. Cet écart est encore plus important si on se limite au secondaire 2nd cycle (seulement 12 % des femmes ont atteint ce niveau d'études contre 21 % des hommes) et aux études supérieures (3 % des femmes contre 10 % des hommes).

Environ un tiers des femmes et des hommes se sont déclarés de religion catholique et 27 % des femmes et 19 % des hommes se sont identifiés comme protestants. Le reste de la population se partage en une multitude de groupes religieux, souvent d'obédience chrétienne, qui malheureusement, n'ont pas tous été pris en compte dans le questionnaire. Ceci explique qu'environ un quart des femmes et des hommes sont classés dans la catégorie « autre religion ».

2.3 Fécondité

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

Tableau 3. Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période de trois années précédant l'enquête selon le milieu de résidence, Congo 2005

Groupes d'âges	Brazza-ville	Pointe Noire	Autres villes	Ensemble Urbain	Rural	Ensemble
15-19	91	117	123	102	171	130
20-24	174	173	222	178	279	221
25-29	156	187	220	171	240	200
30-34	149	134	158	145	238	185
35-39	97	117	151	107	167	134
40-44	43	32	94	45	96	68
45-49	5	0	0	3	38	21
ISF	3,6	3,8	4,8	3,8	6,1	4,8
TGFG	127	140	169	134	213	168
TBN	32,9	36,4	39,8	34,6	46,2	40,1

Note: Les taux pour les groupes d'âges 45-49 peuvent être légèrement biaisés du fait de troncature.

ISF: Indice synthétique de fécondité pour les âges 15-49, exprimé pour 1 femme

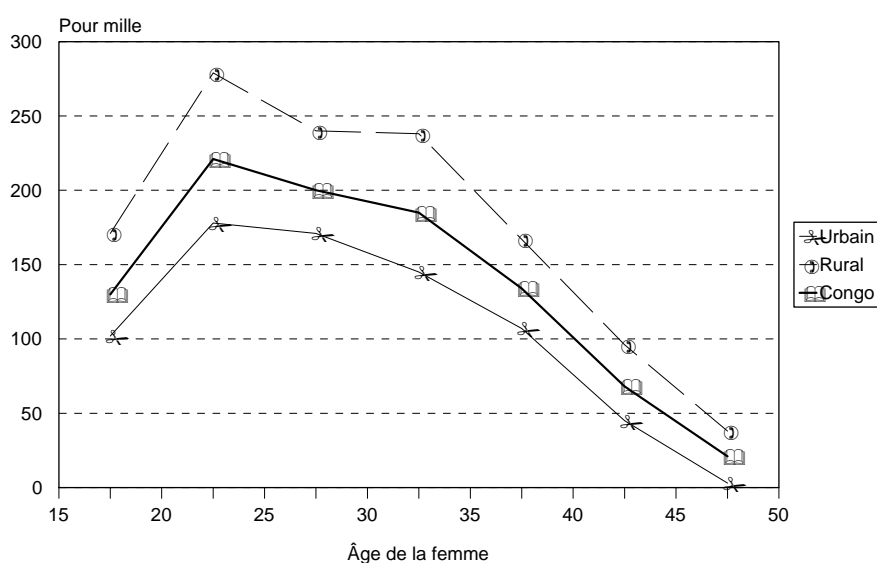
TGFG: Taux global de fécondité générale (naissances divisées par le nombre de femmes âgées de 15-49, exprimé pour 1000 femmes)

TBN: Taux brut de natalité, exprimé pour 1000 individus

Le tableau 3 indique que l'ISF est estimé à 4,8 enfants par femme, les adolescentes de 15-19 ans contribuant à 14 % de la fécondité totale. La fécondité est beaucoup plus élevée en rural qu'en urbain, les femmes rurales ayant environ 60 % plus d'enfants que les femmes des villes (6,1 contre 3,8 enfants par femme) et cet écart important s'observe à toutes les tranches d'âge (graphique 1). Les courbes de fécondité urbaine et rurale ont la même forme : elles augmentent rapidement pour atteindre

un maximum à 20-24 ans (178 ‰ en urbain et 279 ‰ en rural) avant de baisser de façon régulière avec l'âge. Il faut également noter l'écart important de fécondité entre les femmes de Brazzaville (3,6 enfants par femme) et de Pointe Noire (3,8) et celle des femmes des autres villes (4,8).

Graphique 1. Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence



EDS Congo 2005

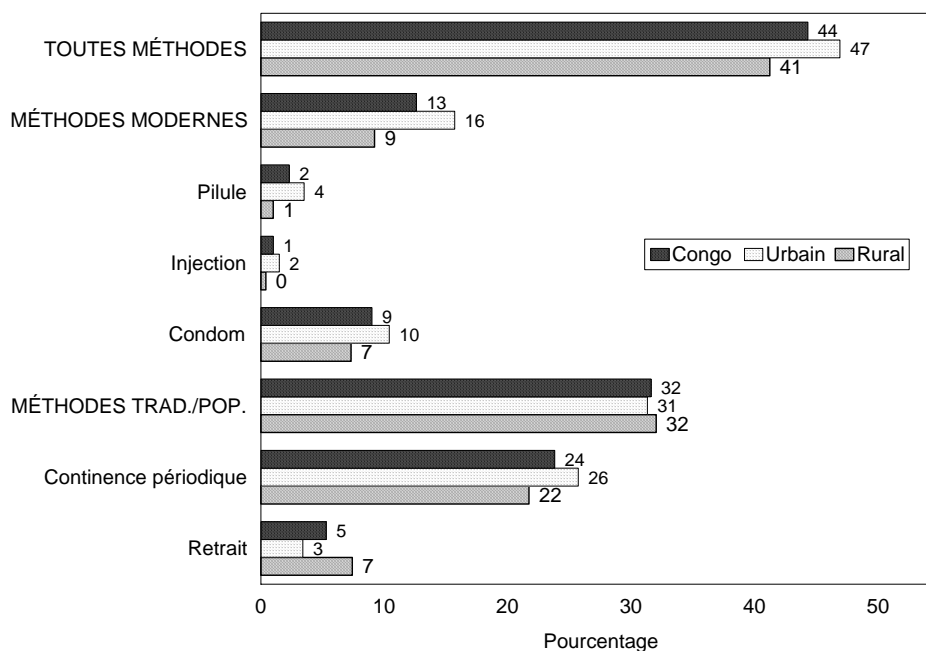
Malgré une fécondité qui tend nettement à baisser dans les grands centres urbains, le taux brut de natalité, ou nombre annuel moyen de naissances pour mille habitants, reste très élevé (40 ‰), ce qui induit une forte croissance de la population. Le taux global de fécondité générale ou nombre annuel moyen de naissances pour mille femmes en âge de procréer, s'établit quant à lui à 168 ‰.

2.4 Utilisation de la contraception

L'utilisation de la contraception est très élevée puisque 44 % des femmes en union ont déclaré utiliser une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Il convient néanmoins de préciser que la très grande majorité des femmes ont déclaré utiliser une méthode traditionnelle (32 % contre 13 % pour les méthodes modernes) et, plus particulièrement, la continence périodique (24 %) (tableau 4 et graphique 2). Ce niveau élevé de prévalence contraceptive semble en contradiction avec les niveaux actuels de fécondité. En particulier, en milieu rural, si 41 % des femmes utilisaient réellement la contraception, leur niveau de fécondité ne pourrait pas atteindre 6,1 enfants par femme. Il semble donc que les niveaux d'utilisation de la contraception soient surestimés, en particulier, l'utilisation des méthodes traditionnelles et plus spécifiquement celui de la continence périodique. Les femmes enquêtées semblent avoir confondu la continence périodique et l'abstinence sexuelle pour diverses raisons (absence du conjoint, abstinence post-partum). Il convient donc d'utiliser ces données avec prudence et il est préférable de centrer les analyses sur l'utilisation de la contraception moderne.

Concernant la contraception moderne (13 %), la méthode la plus utilisée est le condom (9 %) suivi, de très loin, par la pilule (2 %), et les injections (1 %). Les autres méthodes modernes sont utilisées par moins d'un pour cent des femmes en union (0,2 % pour la stérilisation féminine et 0,1 % pour le DIU).

Graphique 2. Prévalence de la contraception (Femmes en union)



EDS Congo 2005

L'utilisation des méthodes modernes varie de façon importante selon les différentes caractéristiques sociodémographiques. En particulier, elle varie d'un minimum de 6 % chez les femmes sans instruction à un maximum de 19 % chez les femmes de niveau secondaire second cycle ou plus. Cependant, quelle que soit la caractéristique, le condom reste de loin la méthode la plus utilisée.

Tableau 4. Utilisation actuelle de contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode de contraception actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2005

Caractéristique sociodémographique	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Méthode moderne						Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle			N'utilise pas actuellement	Total	Effectif	
			Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injections	Condom	Autre moderne		Allaitement maternel	Continence périodique	Retrait				Méthode populaire
Age																
15-19	37,2	11,1	0,0	2,2	0,0	0,3	8,6	0,0	26,1	0,4	21,5	3,6	0,6	62,8	100,0	257
20-24	48,9	14,4	0,0	1,6	0,2	0,5	12,2	0,1	34,4	0,8	26,8	4,3	2,5	51,1	100,0	836
25-29	52,7	15,7	0,0	1,8	0,0	1,3	12,5	0,1	37,0	1,7	27,0	7,2	1,1	47,3	100,0	848
30-34	44,8	13,6	0,2	3,6	0,0	1,1	8,8	0,0	31,2	0,5	24,0	4,6	2,1	55,2	100,0	735
35-39	43,5	11,6	0,2	3,7	0,2	0,8	6,8	0,0	31,9	1,3	23,3	6,4	0,9	56,5	100,0	606
40-44	35,8	9,3	0,8	1,2	0,1	2,2	4,6	0,2	26,4	1,4	20,2	4,2	0,6	64,2	100,0	399
45-49	24,7	4,1	1,0	1,1	0,4	0,6	0,9	0,0	20,7	0,5	13,3	5,3	1,5	75,3	100,0	298
Résidence																
Urbain	46,9	15,7	0,1	3,5	0,1	1,5	10,4	0,1	31,3	0,5	25,7	3,4	1,7	53,1	100,0	2 095
Rural	41,2	9,2	0,4	1,0	0,1	0,4	7,3	0,0	32,0	1,7	21,7	7,4	1,3	58,8	100,0	1 882
Région																
Brazzaville	46,5	16,6	0,1	3,6	0,1	2,1	10,7	0,1	29,9	0,4	25,0	2,8	1,6	53,5	100,0	1 281
Pointe Noire	49,4	15,1	0,1	3,7	0,2	0,6	10,4	0,0	34,3	0,6	27,4	4,2	2,1	50,6	100,0	618
Sud	42,7	9,8	0,3	1,5	0,1	0,2	7,5	0,1	32,9	0,2	21,1	9,9	1,6	57,3	100,0	1 302
Nord	39,1	8,9	0,5	0,3	0,0	0,7	7,4	0,0	30,2	3,8	23,1	2,7	0,6	60,9	100,0	776
Niveau d'instruction																
Aucun	31,1	5,9	0,8	1,2	0,2	1,8	2,0	0,1	25,2	1,2	12,6	9,1	2,3	68,9	100,0	360
Primaire	42,2	8,9	0,2	1,5	0,1	0,6	6,5	0,0	33,3	1,6	23,7	6,5	1,6	57,8	100,0	1 211
Secondaire 1 ^{er} cycle	47,0	14,4	0,2	2,7	0,1	0,9	10,4	0,1	32,5	0,9	25,6	4,7	1,4	53,0	100,0	1 872
Secondaire 2 nd cycle	48,2	19,2	0,0	3,5	0,0	1,3	14,1	0,2	29,1	0,0	25,3	2,6	1,2	51,8	100,0	535
Enfants survivants																
0	28,6	11,7	0,2	0,5	0,0	0,0	11,0	0,0	16,9	0,0	15,1	0,7	1,0	71,4	100,0	381
1-2	45,8	14,7	0,1	2,3	0,1	0,4	11,7	0,1	31,1	0,6	25,0	4,1	1,4	54,2	100,0	1 620
3-4	47,9	12,0	0,0	2,9	0,0	1,4	7,6	0,0	35,9	1,2	26,2	6,8	1,7	52,1	100,0	1 193
5+	43,1	9,7	0,8	2,2	0,4	2,0	4,3	0,1	33,4	2,2	21,8	7,8	1,6	56,9	100,0	784
Total	44,3	12,6	0,2	2,3	0,1	1,0	9,0	0,1	31,6	1,0	23,8	5,3	1,5	55,7	100,0	3 978

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

2.5 Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes interrogées, 19 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, 40 % veulent attendre plus de deux ans avant d'avoir un (autre) enfant, c'est-à-dire expriment le désir d'un certain espacement des naissances et 22 % ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant dans les deux ans à venir (tableau 5).

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants survivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Un autre bientôt ²	63,8	25,5	22,1	20,4	16,1	12,7	5,3	21,7
Un autre plus tard ³	12,9	52,6	55,3	46,0	34,4	28,6	10,8	39,6
Un autre, indécisé quand	12,3	12,2	8,3	10,1	8,3	5,9	5,1	9,1
Indécise	1,9	1,9	3,7	6,3	8,8	6,8	6,7	5,0
Ne veut pas/plus d'enfants	0,5	4,3	6,8	12,4	26,6	36,9	61,9	18,9
Stérilisée	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	1,1	0,6	0,2
Déclarée stérile	7,7	3,0	3,6	4,5	5,5	7,9	9,0	5,2
Non déterminé	0,5	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,6	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	277	755	856	746	525	323	496	3 978

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance augmente rapidement avec le nombre d'enfants vivants : de 4 % chez les femmes ayant un seul enfant vivant, elle passe à 27 % chez celles ayant 4 enfants et atteint 62 % chez les femmes qui ont 6 enfants ou plus.

2.6 Soins prénatals et assistance à l'accouchement

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la fois la santé de la mère et de l'enfant. Au cours de l'EDSC-1, on a posé à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance est survenue au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté, si elles avaient reçu au moins une injection antitétanique, et si elles avaient pris du sirop ou des tablettes de fer durant la grossesse.

Pour toutes leurs naissances survenues au cours de la même période, on a demandé aux mères de dire qui les avait assistées pendant l'accouchement et où elles avaient accouché.

Dans l'ensemble, 88 % des femmes ont consulté du personnel de santé formé¹ durant la grossesse de leur naissance la plus récente (tableau 6 et graphique 3) et presque exclusivement des sages-femmes, infirmières et médecins. Bien que les femmes résidant en milieu urbain consultent plus fréquemment un professionnel de santé (95 %) que les femmes du milieu rural, plus de quatre femmes rurales sur cinq (82 %) se sont rendues en consultation prénatale. Par ailleurs, cette proportion augmente de façon significative avec le niveau d'instruction de la femme. En effet, 98 % des femmes ayant atteint, au moins, le niveau secondaire 2nd cycle vont en consultation prénatale, contre 93 % de celles ayant un niveau secondaire 1^{er} cycle, 84 % de celles ayant un niveau primaire et seulement 67 % des femmes sans instruction.

¹ Le personnel de santé « formé » comprend : les médecins, sages-femmes, infirmières, matrones, aides-soignantes et les agents de santé communautaire.

Tableau 6. Indicateurs de soins maternels

Pourcentage de femmes qui ont eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête et qui ont reçu des services de santé maternelle spécifiques durant la grossesse de la naissance la plus récente et, pour toutes les naissances des cinq années précédant l'enquête, pourcentage dont l'accouchement a été assisté par du personnel de santé et qui s'est déroulé dans un établissement sanitaire, selon certaines caractéristiques sociodémographiques Congo 2005

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage avec soins prénatals par du personnel de santé ¹	Pourcentage ayant reçu au moins une injection anti-tétanique	Pourcentage ayant reçu du fer au cours de la grossesse	Nombre de femmes	Pourcentage accouchées par du personnel de santé ¹	Pourcentage d'accouchements dans un établissement de santé	Nombre de naissances
Age de la mère à la naissance							
<20	89,3	73,5	50,5	675	87,6	85,2	1 009
20-34	88,3	68,7	54,4	381	85,8	82,2	3 321
35+	86,1	62,4	48,4	514	86,0	77,5	619
Rang de naissance							
1	93,5	80,2	62,1	877	91,1	88,5	1 272
2-3	88,9	69,5	52,5	461	87,1	83,3	1 991
4-5	86,4	62,8	51,2	716	83,4	78,7	995
6+	79,4	55,0	39,9	515	78,5	72,4	691
Résidence							
Urbain	94,7	76,1	67,7	745	94,1	94,5	2 258
Rural	81,9	61,6	38,5	824	79,5	71,8	2 692
Région							
Brazzaville	96,9	81,9	74,8	033	96,7	96,2	1 323
Pointe Noire	92,4	67,8	61,5	525	91,9	96,0	680
Sud	81,8	63,2	39,3	303	79,4	72,1	1 889
Nord	83,9	60,3	39,2	708	81,5	73,7	1 058
Niveau d'instruction							
Aucun	67,0	51,6	28,5	293	67,2	61,4	444
Primaire	83,6	63,3	42,7	222	81,2	75,9	1 796
Secondaire I cycle	93,0	72,6	60,2	675	91,6	88,4	2 224
Secondaire II cycle ou plus	97,9	82,2	71,5	380	96,9	95,9	485
Ensemble	88,2	68,7	52,8	569	86,2	82,2	4 949

¹ Médecin, infirmière, sage-femme, matrone ou agent de santé communautaire

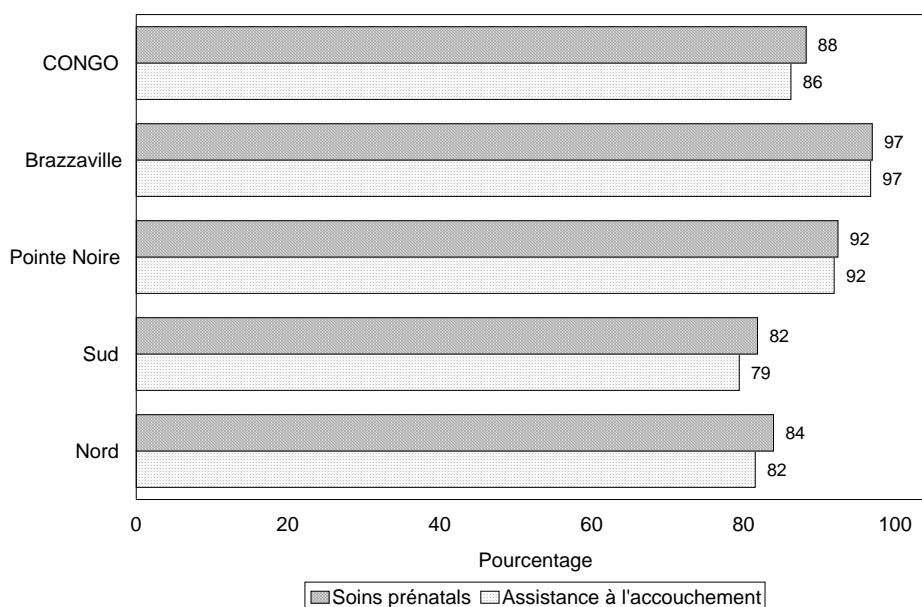
Les injections à l'anatoxine antitétanique (VAT) sont faites aux femmes enceintes pour prévenir le tétanos néonatal, une des causes les plus importantes de mortalité néonatale. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir au minimum deux injections antitétaniques pendant la grossesse ou une seule si elle a déjà reçu une injection lors de la grossesse précédente. Les femmes reçoivent aussi du sirop ou des tablettes de suppléments en fer pour réduire les risques d'anémie, celle-ci étant aussi considérée comme un facteur fréquent de mortalité maternelle et de mortalité néonatale.

Le tableau 6 indique que 69 % des femmes enceintes ont été vaccinées contre le tétanos au cours de leur grossesse la plus récente. On observe de faibles écarts selon l'âge de la femme. Cependant, les femmes résidant en milieu urbain (76 %) sont relativement mieux protégées que celles du milieu rural (62 %). Par ailleurs, les résultats font apparaître de fortes variations selon le niveau d'instruction de la mère : plus le niveau d'instruction est élevé, plus la femme est protégée. De 52 % de mères sans instruction vaccinées contre le tétanos, cette proportion passe à 63 % chez les femmes de niveau primaire et atteint 82 % chez celles ayant au moins un niveau secondaire 2nd cycle.

Un peu plus d'une femme sur deux (53 %) a pris des compléments de fer sous forme de sirop ou de tablettes au cours de la grossesse. Cependant, ce traitement préventif contre l'anémie ferriprive est encore peu répandu chez les femmes du milieu rural (39 %), celles vivant en dehors de Brazzaville et Pointe Noire (39 %) et surtout chez les femmes sans instruction (29 %).

Comme mentionné précédemment, pour toutes les naissances survenues au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, on a demandé aux mères le lieu d'accouchement et qui les avait assistées. L'EDSC-1 (tableau 6) révèle que 86 % des naissances ont été assistées par du personnel de santé² et presque exclusivement des sages-femmes, infirmières et médecins. Par ailleurs, 82 % des accouchements ont eu lieu en établissement sanitaire (hôpital, centre de santé et clinique privée). Que ce soit pour l'assistance ou le lieu d'accouchement, on n'observe qu'assez peu de variations selon les différentes caractéristiques sociodémographiques. Cependant, alors que 96 % des naissances des femmes de Brazzaville et des femmes ayant, au moins, un niveau d'instruction secondaire 2nd cycle, ont été assistées du personnel de santé et ont eu lieu dans un établissement médical, environ deux tiers seulement des naissances de femmes sans instruction ont bénéficié des mêmes conditions.

Graphique 3. Naissances dont la mère a bénéficié de soins prénatals et d'assistance à l'accouchement



Note : Soins prénatals et assistance par médecin, sage-femme, infirmière, matrone ou agent santé communautaire

EDS Congo 2005

2.7 Vaccination des enfants

Selon les recommandations de l'OMS, le Ministère de la Santé et de la Population a adopté depuis des années le Programme Elargi de Vaccination (PEV). D'après le PEV, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTCoq contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations devraient être administrées à l'enfant au cours de sa première année de vie. En outre, depuis plusieurs années, une première dose de vaccin contre la polio (Polio 0) est donnée à la naissance. Enfin, au Congo, le programme de vaccination recommande également que les enfants soient protégés contre la fièvre jaune.

² Le personnel de santé « formé » comprend : les médecins, sages-femmes, infirmières, matrones, aides-soignantes et les agents de santé communautaire.

Lors de l'EDSC-1, des informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient copiées à partir des carnets ou cartes de vaccination (ce qui permet d'établir avec justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit elles étaient enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque le carnet de l'enfant n'était pas disponible. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âge auquel ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV.

Il apparaît tout d'abord au tableau 7 que pour près des deux tiers des enfants de 12-23 mois (60 %) la couverture vaccinale a été établie d'après le carnet de vaccination, celui-ci ayant été montré à l'enquêtrice au cours de l'enquête.

Tableau 7. Vaccination par caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu une vaccination spécifique à n'importe quel moment avant l'enquête (selon la carte de vaccination ou selon les déclarations de la mère) et pourcentage dont la carte de vaccination a été vue pendant l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2005

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage d'enfants vaccinés											Carte de vaccination vue	Nombre d'enfants	
	BCG	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3	Polio 0 ¹	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Toutes ²	Aucune			Fièvre jaune
Sexe														
Masculin	88,8	83,4	76,7	67,5	71,8	92,3	83,5	70,0	63,7	51,3	4,3	31,4	60,2	475
Féminin	91,3	87,4	79,1	69,0	74,1	94,2	85,8	67,8	69,2	52,9	4,3	32,7	59,1	424
Rang de naissance														
1	95,6	90,9	84,1	74,0	75,9	96,6	89,0	73,5	72,1	56,6	0,5	35,8	64,6	228
2-3	88,6	83,9	78,5	67,2	74,6	92,4	84,6	68,1	63,1	50,2	5,1	29,6	59,7	345
4-5	87,1	81,0	75,1	70,8	71,1	91,4	84,5	73,7	71,3	61,0	6,2	36,0	62,3	197
6+	88,3	85,8	69,2	56,8	65,8	92,1	76,8	55,9	57,2	35,6	6,1	25,4	47,2	130
Résidence														
Urbain	97,6	93,9	90,2	82,6	86,0	95,9	89,8	78,8	76,2	63,9	1,8	41,7	72,6	438
Rural	82,8	77,2	66,1	54,5	60,5	90,6	79,6	59,6	57,0	40,9	6,7	22,7	47,5	462
Région														
Brazzaville	98,4	95,0	91,6	82,9	85,9	96,5	90,6	77,9	78,1	63,7	1,1	45,8	75,3	257
Pointe Noire	96,6	91,9	88,8	81,6	86,0	95,8	90,2	80,9	71,2	63,5	2,4	42,4	66,9	134
Sud	86,0	82,4	71,7	63,0	68,3	93,6	84,8	69,6	61,9	48,8	4,4	22,6	55,6	334
Nord	80,3	71,6	61,1	46,3	52,6	85,6	71,1	45,5	53,7	32,6	10,2	21,7	39,2	175
Niveau d'instruction														
Aucun	69,5	68,0	50,8	35,8	44,2	86,6	72,2	46,1	44,1	27,6	10,8	16,4	42,0	66
Primaire	87,7	79,8	70,5	58,9	67,4	90,2	78,5	62,0	58,6	42,8	4,9	25,2	51,4	346
Secondaire I cycle	93,6	90,1	84,9	75,9	77,9	95,8	89,7	75,9	72,5	60,5	3,2	36,0	66,2	405
Secondaire II cycle ou plus	98,3	98,3	95,9	95,0	93,9	98,1	95,0	82,0	85,9	69,1	1,7	53,0	76,5	83
Ensemble	90,0	85,3	77,9	68,2	72,9	93,2	84,6	68,9	66,3	52,1	4,3	32,0	59,7	900

¹ Polio 0 est la vaccination contre la polio donnée à la naissance.

² BCG, rougeole et les trois doses de chaque vaccination du DTCoq et de la polio (non compris la vaccination de la polio donnée à la naissance)

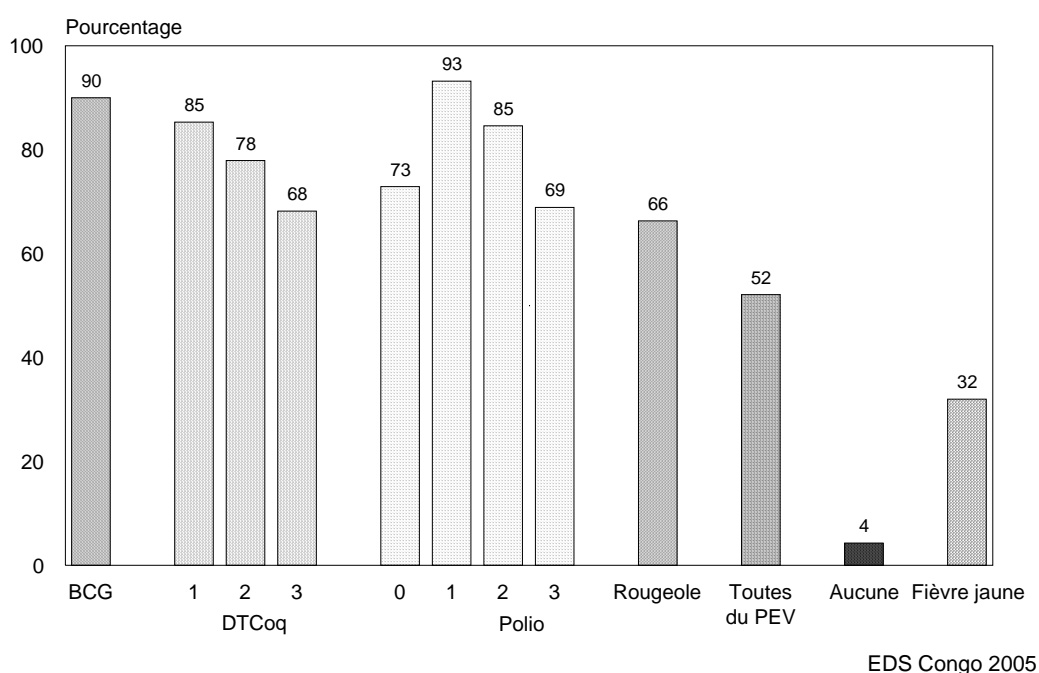
La couverture vaccinale est encore faible au Congo : d'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, seulement 52 % des enfants de 12-23 mois sont complètement vaccinés et 4 % n'ont reçu aucun vaccin (graphique 4). Les autres (44 %) ont été partiellement vaccinés. Si l'on considère les vaccins spécifiques, 90 % d'enfants ont reçu le BCG, 85 % la première dose de DTCoq et 93 % la dose de Polio 1. La couverture vaccinale pour les doses suivantes diminue rapidement ; elle n'est plus que de 68 % et 69 % pour, respectivement, la troisième dose du DTCoq et la troisième dose de polio. Ces résultats indiquent des taux de déperditions³ entre la première et la troisième doses de vaccin de 20 % pour le DTCoq et de 26 % pour la polio. La proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole n'est que de 66 %, soit approximativement le

³ Le taux de déperdition représente la proportion d'enfants qui ont reçu la première dose du vaccin mais qui n'ont pas continué jusqu'à la troisième.

même niveau que DTCoq3 et Polio3. La vaccination de la polio à la naissance (Polio 0) n'est pas encore très répandue puisque seulement 73 % des enfants ont reçu cette dose de vaccin alors que 82 % des naissances ont lieu en établissement sanitaire. Enfin, on constate que 32 % des enfants de 12-23 mois ont déjà été vaccinés contre la fièvre jaune.

La couverture vaccinale présente les mêmes types de variations que les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement selon des différentes caractéristiques sociodémographiques des enfants ou de leur mère. Ainsi, ce sont les enfants des femmes les plus instruites et ceux de Brazzaville et Pointe Noire qui sont les mieux couverts par le programme de vaccination (respectivement, 69 % et 64 % ont reçu toutes les vaccinations). À l'opposé ce sont les enfants du milieu rural et ceux ces femmes sans instruction qui sont le moins bien couverts (respectivement 41 % et 28 %).

Graphique 4. Couverture vaccinale par type de vaccin (enfants de 12-23 mois)



2.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Les infections respiratoires aiguës, la fièvre, la diarrhée et la déshydratation qui peut en résulter constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée, chaque fois qu'un enfant présente ce type de symptômes, est déterminante dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile.

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

Dans l'ensemble, 8 % d'enfants ont présenté des symptômes d'IRA et 23 % ont eu de la fièvre (données non présentées) : globalement 27 % des enfants ont souffert d'IRA ou de fièvre (tableau 8). Par ailleurs, 14 % des enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête.

Pour 44 % d'enfants qui ont souffert d'IRA et/ou de fièvre, la mère ou quelqu'un d'autre a

recherché des conseils ou un traitement auprès des services ou du personnel de santé (tableau 8). Des conseils ou traitement ont été recherché le plus fréquemment pour les enfants du milieu urbain (51 %) et surtout ceux de Brazzaville (57 %) et pour ceux dont la mère a au moins un niveau d'instruction secondaire 2nd cycle (56 %). À l'opposé, un traitement ou des conseils n'ont été recherché que pour 38 % des enfants du milieu rural.

De même, pour seulement 25 % d'enfants qui ont eu la diarrhée, la mère ou quelqu'un d'autre a recherché des conseils ou un traitement auprès des services ou du personnel de santé (tableau 8) : là encore, c'est pour les enfants malades dont la mère a au moins un niveau d'instruction secondaire 2nd cycle (41 %) que des conseils ou traitement ont été recherchés le plus fréquemment.

Par ailleurs, 18 % des enfants atteints de diarrhée ont reçu des sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et 53 % ont bénéficié d'une Thérapie de Réhydratation Orale (TRO), c'est-à-dire qu'ils ont reçu soit des SRO, soit une solution sucrée-salée maison, soit encore qu'ils ont reçu plus de liquide que d'habitude.

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

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de toux avec respiration courte et rapide (symptômes d'IRA) ou de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, et pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un service de santé ; pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un service de santé, pourcentage qui ont reçu des sachets de sel de réhydratation orale (SRO) et pourcentage qui ont suivi une thérapie de réhydratation orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2005

Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage d'enfants ayant eu des symptômes d'IRA ou de la fièvre	Nombre d'enfants de moins de cinq ans	Enfants atteints d'IRA ou de fièvre			Enfants ayant la diarrhée				
			Nombre d'enfants	Nombre d'enfants avec IRA/ fièvre	Pourcentage d'enfants ayant eu la diarrhée	Nombre d'enfants de moins de cinq ans	% pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un service de santé ¹	% ayant reçu des sachets de SRO	% ayant reçu une TRO ²	Nombre d'enfants ayant la diarrhée
Age en mois										
<6	20,5	546	39,1	112	8,3	546	29,1	23,2	51,8	46
6-11	39,9	505	48,2	202	25,8	505	32,4	20,8	54,8	130
12-23	36,3	900	48,7	326	25,1	900	24,0	19,6	59,0	226
24-35	24,5	931	40,8	228	13,1	931	20,4	10,7	44,4	122
36-47	22,8	844	39,9	192	6,6	844	16,3	18,3	45,7	56
48-59	17,3	792	40,3	137	5,2	792	(23,7)	(17,4)	(56,0)	41
Sexe										
Masculin	28,8	2 295	44,7	662	13,9	2 295	29,3	18,8	55,4	319
Féminin	24,0	2 222	42,8	534	13,5	2 222	19,9	17,4	51,2	301
Résidence										
Urbain	25,3	2 105	51,2	533	14,0	2 105	22,4	21,9	53,1	295
Rural	27,5	2 413	37,9	663	13,5	2 413	26,8	14,7	53,5	325
Région										
Brazzaville	26,6	1 233	56,6	328	15,6	1 233	25,9	28,9	58,2	192
Pointe Noire	23,0	637	46,4	147	11,2	637	11,3	8,9	38,8	71
Sud	24,4	1 699	36,2	414	12,7	1 699	26,6	15,1	63,6	216
Nord	32,4	949	39,2	308	14,8	949	27,0	12,6	38,2	140
Niveau d'instruction										
Aucun	25,0	390	44,4	97	14,2	390	30,6	13,9	42,2	55
Primaire	29,0	1 605	38,0	466	15,0	1 605	22,8	14,8	53,3	241
Secondaire I cycle	24,9	2 061	46,3	514	13,4	2 061	22,5	21,7	56,4	276
Secondaire II cycle ou plus	25,9	463	55,7	120	10,2	463	40,6	19,3	48,9	47
Ensemble	26,5	4 518	43,8	1 197	13,7	4 518	24,7	18,1	53,3	620

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

²Y compris SRO, fluide recommandé maison ou augmentation des fluides.

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

2.9 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel est le premier élément d'alimentation et constitue la source principale de nutriments pour l'enfant. Les enfants allaités exclusivement ne reçoivent que le lait maternel. L'allaitement exclusif est recommandé par l'OMS pour les six premiers mois de vie parce qu'il contient tous les éléments nutritifs nécessaires et de plus permet la transmission à l'enfant des anticorps de la mère. De plus, le lait maternel étant stérile et non contaminé il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, l'OMS recommande qu'à partir de six mois, l'âge auquel l'allaitement seul ne suffit plus pour garantir la meilleure croissance des enfants, soient introduits des aliments solides de complément.

Le tableau 9 présente les données sur la pratique d'allaitement des enfants de 0 à 35 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Age en mois	Allaitement et:						Total	Effectif des plus jeunes enfants	Pourcentage utilisant le biberon	Effectif d'enfants
	Non allaité	Allaitement exclusif	Eau seulement	Jus/autres liquides	Autre lait	Aliment de complément				
<2	0,0	33,5	50,1	4,7	4,8	6,8	100,0	143	6,0	144
2-3	2,2	18,3	45,1	7,5	5,5	21,4	100,0	211	10,3	211
4-5	3,1	9,6	14,8	15,3	4,5	52,6	100,0	187	11,6	191
6-7	4,5	2,7	6,3	7,0	2,8	76,7	100,0	199	5,4	201
8-9	6,9	3,6	6,9	1,7	1,6	79,3	100,0	167	3,5	169
10-11	16,2	5,2	3,6	0,5	0,0	74,5	100,0	133	3,7	135
12-15	18,4	0,9	1,1	0,8	3,0	75,7	100,0	308	5,7	317
16-19	43,9	1,0	0,9	0,7	1,0	52,5	100,0	262	3,3	275
20-23	78,9	0,0	0,0	0,2	0,0	20,9	100,0	273	2,8	308
24-27	92,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	100,0	307	2,3	373
28-31	96,2	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	100,0	235	3,7	315
32-35	97,2	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	100,0	149	1,7	242
<6	1,9	19,3	35,9	9,5	5,0	28,4	100,0	541	9,6	546
6-9	5,6	3,1	6,6	4,6	2,2	77,9	100,0	366	4,5	370

L'allaitement est presque universel et prolongé au Congo : plus de 98 % des enfants de moins de six mois sont allaités et, à 10-11 mois, 84 % des enfants sont encore au sein. Toutefois, la recommandation d'allaitement exclusif n'est pas du tout suivie. Seulement 19 % des enfants de 0-5 mois sont allaités selon les recommandations et reçoivent uniquement le sein. L'introduction d'autres liquides ou d'aliments de complément est très précoce. Par exemple, chez les nouveau-nés de moins de deux mois, la moitié (50 %) reçoit de l'eau en plus du sein, 5 % reçoivent du lait d'animal ou en boîte, 5 % reçoivent d'autres types de liquides et 7 % reçoivent des aliments solides ou semi-solides.

La recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de six mois semble être mieux respectée. Cependant, 3 % des enfants de 6-9 mois continuent d'être allaités exclusivement, 7 % ne reçoivent que le lait maternel et de l'eau, 2 % sont allaités et reçoivent d'autres types de lait et 5 % sont allaités et reçoivent d'autres types de liquides : ces enfants ne reçoivent pas une alimentation adéquate pour leur assurer une croissance optimale.

2.10 État nutritionnel des enfants

Au cours de l'EDSC-1, on a pris les mesures anthropométriques (poids et taille) des enfants de moins de cinq ans⁴. Ces données sur le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille), et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Ces indices sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart type par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts type en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts type en dessous de la médiane sont considérés sévèrement mal nourris. Le tableau 10 présente l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 10. Etat nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel : taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2005

Caractéristique Sociodémographique	Taille-pour-âge (Retard de croissance)		Poids-pour-taille (Émaciation)		Poids-pour-âge (Insuffisance pondérale)		Effectif d'enfants
	% en dessous de -3 ET	% en dessous de -2 ET ¹	% en dessous de -3 ET	% en dessous de -2 ET ¹	% en dessous de -3 ET	% en dessous de -2 ET ¹	
Age en mois							
<6	1,5	4,7	1,0	6,1	0,6	2,0	465
6-9	4,4	11,4	1,0	6,1	1,8	10,5	366
10-11	3,3	16,4	0,0	9,2	3,9	14,0	134
12-23	15,9	34,2	1,5	9,8	3,1	21,7	856
24-35	10,8	28,0	0,6	6,3	3,7	14,8	957
36-47	13,9	30,1	0,7	5,8	3,5	16,1	909
48-59	11,6	31,0	0,6	4,4	1,7	13,7	783
Sexe							
Masculin	12,3	27,5	1,0	7,0	2,2	14,9	2 279
Féminin	9,3	24,5	0,7	6,1	3,2	14,0	2 191
Résidence							
Urbain	9,2	22,2	0,8	6,3	1,5	9,6	2 045
Rural	12,2	29,3	0,9	6,8	3,8	18,5	2 425
Région							
Brazzaville	11,7	23,7	0,4	4,8	1,3	8,9	1 218
Pointe Noire	5,2	19,3	0,8	7,6	1,4	8,0	592
Sud	11,7	27,7	1,2	8,1	4,5	21,5	1 722
Nord	11,7	30,3	0,9	5,5	2,2	12,9	939
Niveau d'instruction de la mère²							
Aucun	19,5	33,7	0,4	5,7	8,6	21,0	382
Primaire	12,3	29,5	1,0	7,3	3,0	19,2	1 502
Secondaire I cycle	7,7	21,4	0,9	6,2	1,4	11,7	1 839
Secondaire II cycle ou plus	7,8	20,4	0,7	7,2	1,9	6,1	419
Âge de la mère²							
15-19	8,5	22,3	0,6	6,9	1,0	13,5	292
20-24	13,5	30,0	1,2	7,2	4,0	19,4	1 136
25-29	8,6	23,5	0,5	6,8	1,9	13,3	1 042
30-34	8,4	22,0	1,0	7,6	1,7	10,0	829
35-49	11,4	25,8	0,7	4,8	3,3	15,2	847
Situation de la mère							
Mère enquêtée	10,4	25,3	0,8	6,7	2,7	14,6	4 005
Mère non enquêtée mais dans le ménage	13,1	27,6	1,3	6,3	2,3	16,3	140
Mère non enquêtée, pas dans le ménage ³	15,7	34,0	1,0	5,7	3,5	11,5	321
Ensemble	10,8	26,0	0,9	6,6	2,7	14,5	4 470

⁴ Les résultats des mesures anthropométriques des femmes seront présentés dans le rapport final.

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage. Chaque indice est exprimé en unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la population de référence internationale des NCHS/CDC/WHO. Le pourcentage d'enfants qui se situent à moins de trois ou moins de deux écarts-type en dessous de la médiane de la population de référence internationale (-3 ET et -2 ET) sont présentés selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Le tableau est basé sur les enfants qui ont une date de naissance valable (mois et année) et des mesures de poids et taille valables.

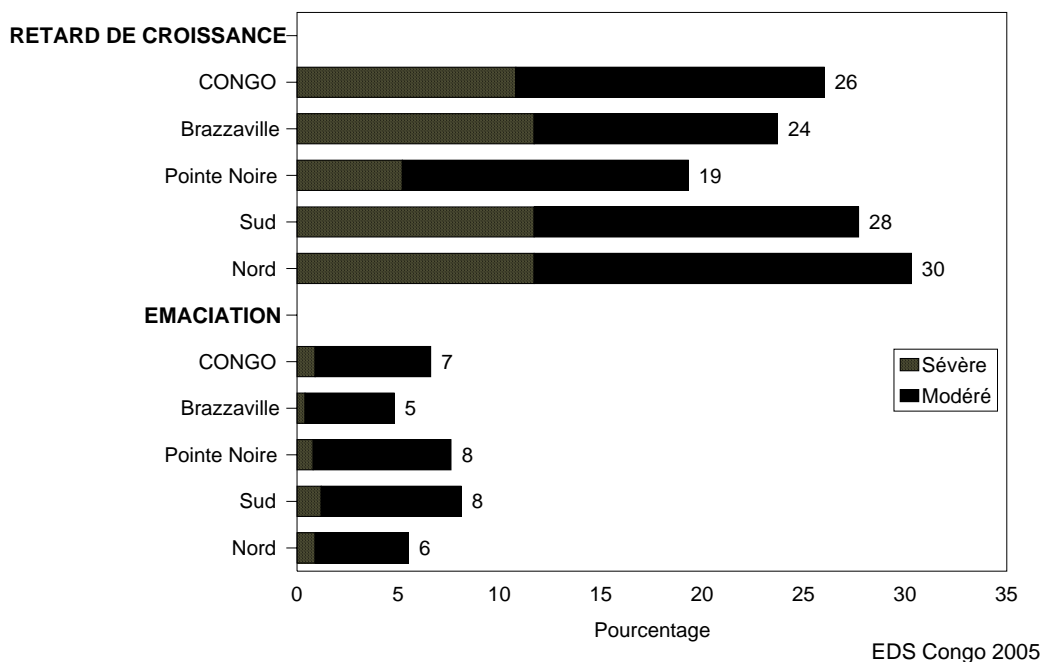
¹ Y compris les enfants au dessous de -3 ET

² Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, l'information est prise à partir du questionnaire ménage. Les enfants dont les mères n'existent pas dans le questionnaire ménage ne sont pas inclus.

³ Y compris les enfants dont la mère est décédée

Les enfants dont la taille-pour-âge est en dessous à moins de deux écarts type de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un *retard de croissance*. Un retard de croissance est le signe d'une malnutrition *chronique*, et reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (e.g., paludisme). Plus d'un enfant sur quatre (26 %) souffrent de malnutrition chronique, dont un peu moins de la moitié (11 %) sous une forme sévère. Les niveaux du retard de croissance augmentent rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum à 12-23 mois (34 %) et se stabilisent ensuite autour de 30 %. Le niveau du retard de croissance est le plus élevé concerne les enfants du Nord (30 %) (graphique 5), ceux dont la mère est sans instruction (34 %) et ceux dont la mère ne vit pas avec l'enfant dans le ménage (y compris les enfants dont la mère est décédée) (34 %).

Graphique 5. Prévalence de la sous-nutrition chez les enfants de moins de 5 ans



Les enfants dont le poids-par-taille est en dessous à moins de deux écarts type de la médiane de la population de référence sont atteints d'*émaciation ou de maigreur*. Cette forme de malnutrition *aiguë* est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation, elle peut être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée ou une détérioration rapide des conditions d'alimentation. Les résultats montrent que 7 % des enfants sont émaciés, dont un sur sept (1 %) sous une forme sévère. Le niveau d'émaciation est le plus élevé pour les enfants de 10-23 mois (plus de 9 %), correspondant à la période d'intensification du sevrage et de plus grande exposition de l'enfant aux maladies infectieuses. L'émaciation est particulièrement élevée chez les enfants du Sud et de Pointe Noire (8 % dans les deux cas).

Les enfants dont le poids-pour-âge est en dessous à moins de deux écarts type de la médiane de la population de référence présentent une *insuffisance pondérale*. Cet indice reflète les deux

précédentes formes de malnutrition, *chronique et aiguë*. Quinze pour cent des enfants congolais présentent une insuffisance pondérale, dont un sur cinq (3 %) sous sa forme sévère.

2.11 Prévalence de l'anémie

L'anémie qui est souvent la conséquence d'un manque de fer est un problème important partout dans le monde et surtout dans les pays en développement où l'on considère que près de la moitié des femmes et des enfants sont anémiés. L'anémie est un grave problème de santé publique pour plusieurs raisons. Pour les enfants, par exemple, l'anémie empêche la bonne performance mentale et physique et constitue un sérieux handicap pour l'apprentissage de la langue et les performances scolaires. De même, pour les femmes, l'anémie provoque la fatigue et réduit la résistance aux infections ; les mères anémiques courent plus de risque de décéder lors de l'accouchement, et de mettre au monde un enfant de faible poids à la naissance. Le risque de décès est plus élevé chez un enfant de mère anémique.

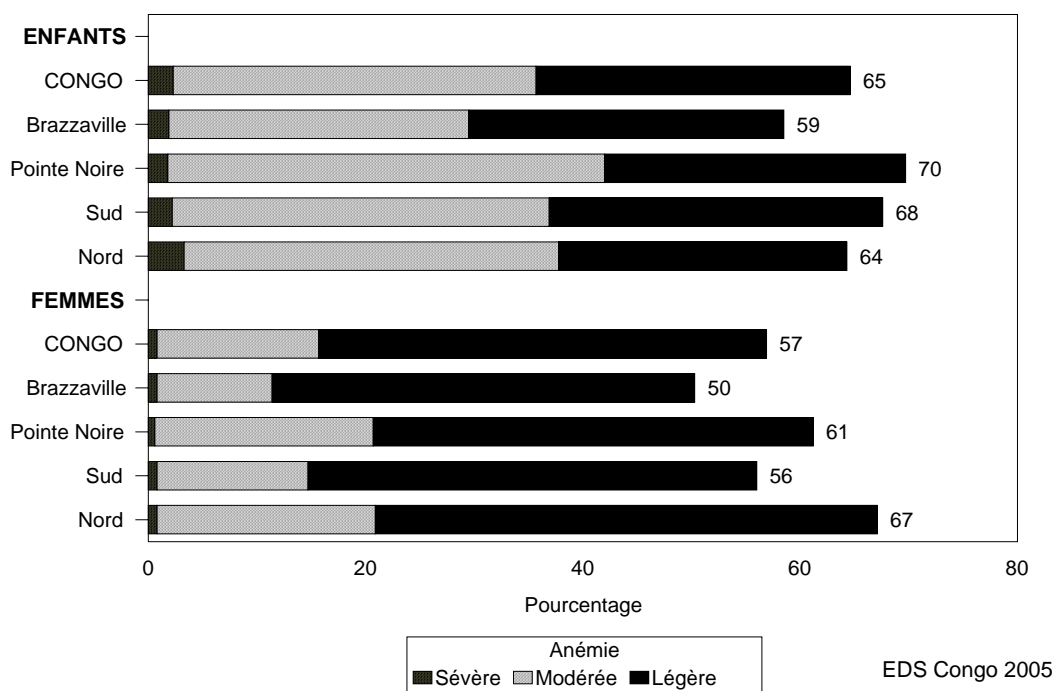
Tableau 11. Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes					
Pourcentage d'enfants de 6-59 mois et de femmes de 15-49 ans considérés comme atteints d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2005					
Caractéristique sociodémographiques	Pourcentage anémié (toutes les formes)	Pourcentage atteint d'anémie :			Effectif
		Légère	Modérée	Sévère	
ENFANTS					
Résidence					
Urbain	62,5	28,8	31,9	1,9	910
Rural	66,4	29,1	34,6	2,7	1 144
Région					
Brazzaville	58,6	29,0	27,6	1,9	555
Pointe Noire	69,7	27,7	40,2	1,8	251
Sud	67,6	30,7	34,7	2,2	788
Nord	64,4	26,5	34,5	3,3	458
Ensemble	64,7	28,9	33,4	2,3	2 054
FEMMES					
Résidence					
Urbain	53,9	39,6	13,6	0,7	1 779
Rural	60,4	43,1	16,5	0,9	1 487
Région					
Brazzaville	50,3	38,9	10,6	0,8	1 091
Pointe Noire	61,3	40,5	20,1	0,6	532
Sud	56,0	41,3	13,9	0,8	1 091
Nord	67,1	46,2	20,1	0,8	552
Ensemble	56,9	41,2	14,9	0,8	3 266
Note : Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage. Les femmes et les enfants ayant <7.0 g/dl d'hémoglobine ont une anémie sévère, les femmes et les enfants ayant 7.0-9.9 g/dl ont une anémie modérée, les femmes non enceintes ayant 10.0-11.9 g/dl et les enfants et les femmes enceintes ayant 10.0-10.9 g/dl ont une anémie légère.					

Un test d'hémoglobine a été inclus à l'EDSC-1 afin d'estimer la prévalence de l'anémie au Congo. Dans les ménages sélectionnés, le test d'hémoglobine a été effectué auprès de toutes les femmes de 15-49 ans qui ont accepté volontairement de se soumettre au test. De plus, tous les enfants de moins de 5 ans présents dans ces ménages ont été également testés, à condition que l'un des parents ou un adulte responsable ait autorisé le test. Pour effectuer le test, on a prélevé sur chaque individu éligible une goutte de sang prise au bout du doigt. Cette goutte était placée dans une microcuvette qui était alors placée dans photomètre (système HemoCue). Après quelques secondes, le résultat du test (niveau d'hémoglobine) apparaissait sur la machine HemoCue et était communiqué immédiatement à l'enquête.

Le tableau 11 présente la prévalence de l'anémie selon son niveau (légère, modérée ou sévère) pour les enfants et les femmes. Au niveau national, 65 % des enfants de moins de cinq ans sont atteints d'anémie : 29 % souffrant d'anémie légère (niveau d'hémoglobine de 10.0-10.9 g/dl), 33 % souffrant d'anémie modérée (niveau d'hémoglobine de 7.0-9.9 g/dl) et 2 % d'anémie sévère (niveau d'hémoglobine <7 g/dl). Les enfants des zones rurales (66 %) sont plus fréquemment atteints d'anémie que ceux des zones urbaines (63 %). La prévalence de l'anémie est également plus élevée à Pointe Noire (70 %) et dans le Sud (68 %) que dans le Nord (64 %) et surtout qu'à Brazzaville (59 %) (graphique 6).

En général, les femmes sont légèrement moins touchées par l'anémie que les enfants. Au niveau national, 57 % des femmes souffrent d'anémie : 41 % souffrent d'anémie légère, 15 % d'anémie modérée et 1 % d'anémie sévère. Comme chez les enfants, la prévalence de l'anémie est plus élevée chez les femmes des zones rurales (60 %) que chez celles des zones urbaines (54 %). Par contre les femmes du Nord (67 %) souffrent plus fréquemment d'anémie que celles du Sud (56 %) (graphique 6).

Graphique 6. Prévalence de l'anémie
(enfants de 6-59 mois et femmes de 15-49 ans)



2.12 Mortalité des enfants

L'estimation de la mortalité infantile et juvénile constituait l'un des principaux objectifs de l'EDSC-1. Ce calcul se base sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés : 1) le quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire ; 2) le quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire ; 3) le quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure globalement la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire ; les composantes de la mortalité infantile que sont ; 4) le quotient de mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance ; et 5) le quotient de mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois.

Chacun de ces quotients est exprimé pour 1000 naissances vivantes (sauf pour la mortalité

juvénile qui est exprimé pour 1000 enfants survivants à douze mois) et a été calculé pour trois périodes quinquennales précédant l'enquête.

Le tableau 12 et le graphique 7 présentent les différents quotients pour trois périodes quinquennales précédant 2005. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDSC-1 (période 2001-2005), le risque de mortalité infantile est évalué à 75 décès pour 1 000 naissances vivantes et le risque de décéder entre 1 et 5 ans s'établit à 44 ‰. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 32 ‰ pour la mortalité néonatale et à 43 ‰ pour la mortalité post-néonatale.

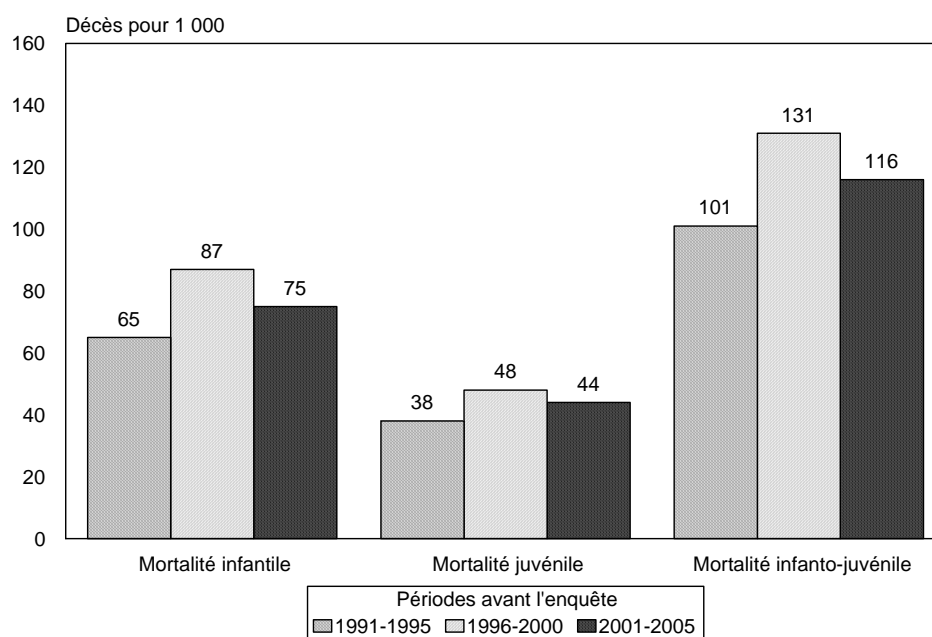
Globalement, en naissant, un enfant congolais court un risque de décéder de 116 ‰ avant son cinquième anniversaire : en d'autres termes, un enfant sur neuf n'atteindra pas les 5 ans.

Nombre d'années précédant l'enquête	Période	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité Infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	2001-2005	32	43	75	44	116
5-9	1996-2000	38	49	87	48	131
10-14	1991-1995	29	35	65	38	101

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

Le graphique 7 semble indiquer que la mortalité des enfants aurait augmenté de façon importante entre 1991-1995 et 1996-2000, la mortalité infanto-juvénile passant de 101 ‰ à 131 ‰, soit une augmentation de 30 ‰, pour diminuer au cours de la période la plus récente (116 ‰) sans pour autant retrouver le niveau de 1991-1995. Cette augmentation de la mortalité au cours de la période 1996-2000 est très certainement la conséquence des années de guerre (1997 et 1998). Cependant, le fait que le niveau de mortalité de la période la plus récente se situe au-dessus de ce qu'il était il y a 10-14 ans pourrait laisser envisager que la mortalité de la période 1991-1995 a été légèrement sous-estimée. Si cette hypothèse se confirmait, cela signifierait que l'augmentation de la mortalité observée entre les périodes 1991-1995 et 1996-2000 a été moins importante qu'il n'apparaît ici. Une analyse plus approfondie des résultats sera nécessaire pour confirmer cette hypothèse.

Graphique 7. Tendence de la mortalité des enfants



EDS Congo 2005

2.13 Connaissance du VIH/sida

Le questionnaire de l'EDSC-1 comprenait une série de questions sur la connaissance du VIH/sida et ses modes de transmission et de prévention, ainsi que sur les comportements sexuels.

D'après le tableau 13, la presque totalité des femmes et des hommes ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH/sida (99 % pour les deux sexes) et on ne constate que très peu de variations selon les différentes caractéristiques sociodémographiques. Mis à part les hommes de 15-19 ans, les hommes d'instruction primaire et les femmes sans instruction dont « seulement » 97 % ont entendu parler du VIH/sida, le niveau de connaissance varie de 98 % à 100 % pour toutes les autres catégories d'hommes et de femmes.

Tableau 13. Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes ayant entendu parler du sida selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2005

Caractéristiques sociodémographiques	Femmes		Hommes	
	A entendu parler de sida	Effectif	A entendu parler de sida	Effectif
Age				
15-24	99,4	3 060	97,8	1 180
- 15-19	99,2	1 566	96,5	677
- 20-24	99,5	1 493	99,7	503
25-29	99,2	1 238	99,7	475
30-39	99,3	1 764	99,6	770
40-49	99,0	990	99,6	499
Etat matrimonial				
Célibataire	99,3	2 082	98,0	1 312
- A déjà eu des rapports sexuels	99,6	1 487	99,3	1 061
- N'a jamais eu de rapports sexuels	98,4	595	92,6	251
En union	99,2	3 978	99,6	1 397
Divorcé/séparé/veuf/veuve	99,7	991	99,8	215
Résidence				

Urbain	99,7	3 990	99,5	1 739
Rural	98,7	3 061	98,1	1 185
Région				
Brazzaville	99,8	2 447	99,5	1 049
Pointe Noire	99,9	1 189	99,4	545
Sud	98,9	2 233	99,4	816
Nord	98,3	1 182	96,4	513
Niveau d'instruction				
Aucun	97,4	511	(93,9)	41
Primaire	98,7	2 139	96,9	671
Secondaire I cycle	99,7	3 408	99,5	1 303
Secondaire II cycle ou plus	100,0	994	99,8	910
Ensemble 15-49 ans	99,3	7 051	98,9	2 924
Ensemble 15-59 ans	NA	NA	98,7	3 146
NA: Non applicable				
() Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.				

La connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du virus du sida. On a donc demandé aux enquêtés ce qui pouvait être fait pour éviter de contracter ce virus. À cette question, près de trois femmes sur quatre (72 %) et une proportion plus élevée d'hommes (84 %) ont déclaré qu'on pouvait limiter ses risques de contracter le VIH/sida en utilisant des condoms (tableau 14). En outre, 81 % des femmes et 87 % des hommes ont cité la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté comme moyen de prévention du VIH/sida. Globalement, 65 % des femmes et 77 % des hommes ont cité ces deux moyens de prévention. On ne constate qu'assez peu de variation de connaissance de ces deux moyens de prévention selon les diverses caractéristiques sociodémographiques. Ce sont les femmes de 15-19 ans (58 %), celles qui n'ont jamais eu de rapports sexuels (50 %), celles du Nord (56 %) et celles sans instruction (43 %) qui connaissent le moins bien ces moyens de prévention. Signalons aussi que pour 76 % des femmes et 83 % des hommes, l'abstinence sexuelle est considéré comme un moyen de prévention du VIH/sida.

Tableau 14. Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes qui, en réponse une question déterminée, déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms, en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, et en s'abstenant de rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes					Hommes				
	Utiliser condoms	limiter rapports sexuels à un seul partenaire fidèle	Utiliser condoms et limiter rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	S'abstenir de rapports sexuels	Effectif de femmes	Utiliser condoms	limiter rapports sexuels à un seul partenaire fidèle	Utiliser condoms et limiter rapports sexuels à un seul partenaire non infecté	S'abstenir de rapports sexuels	Effectif d'hommes
Age										
15-24	69,9	77,8	61,6	72,9	3 060	81,8	80,0	72,6	77,0	1 180
- 15-19	67,1	75,0	58,2	72,0	1 566	77,5	75,5	68,0	72,4	677
- 20-24	72,8	80,8	65,2	73,8	1 493	87,5	85,9	78,9	83,0	503
25-29	76,6	83,8	69,9	78,6	1 238	87,5	88,8	79,7	85,2	475
30-39	72,8	83,7	66,7	77,6	1 764	85,6	92,1	81,3	86,5	770
40-49	71,8	82,1	66,9	76,4	990	83,3	91,1	80,1	88,7	499
Etat matrimonial										
Célibataire	69,6	78,1	62,2	73,8	2 082	82,5	81,2	73,7	79,0	1 312
- A déjà eu des rapports sexuels	74,2	81,7	67,3	76,0	1 487	86,4	84,5	77,5	81,8	1 061
- N'a jamais eu de rapports sexuels	58,3	69,2	49,5	68,4	595	65,8	67,4	57,7	67,0	251
En union	73,0	82,4	66,2	76,6	3 978	85,3	91,8	81,3	86,0	1 397
Divorcé/séparé/veuf/veuve	73,5	81,2	66,6	75,0	991	84,7	84,3	73,8	85,6	215

Résidence										
Urbain	75,3	83,7	68,8	76,4	3 990	84,0	88,2	77,6	82,1	1 739
Rural	67,9	77,4	60,2	74,5	3 061	83,9	83,9	76,9	83,9	1 185
Région										
Brazzaville	73,4	82,9	66,5	72,7	2 447	82,8	88,1	75,9	79,4	1 049
Pointe Noire	80,4	86,7	74,1	83,7	1 189	88,1	91,6	83,9	88,5	545
Sud	69,7	77,5	63,4	72,1	2 233	81,6	79,4	71,7	83,0	816
Nord	65,6	77,7	56,2	79,9	1 182	85,7	89,2	82,3	83,4	513
Niveau d'instruction										
Aucun	48,6	71,1	42,7	68,6	511	(64,6)	(72,1)	(46,8)	(72,2)	41
Primaire	66,5	76,3	58,3	70,5	2 139	74,9	75,8	65,3	76,6	671
Secondaire I cycle	76,4	83,4	69,9	77,1	3 408	86,5	89,0	80,8	81,7	1 303
Secondaire II cycle ou plus	81,5	87,6	74,8	84,8	994	87,9	91,5	82,6	89,5	910
Ensemble 15-49 ans	72,1	80,9	65,1	75,6	7 051	84,0	86,5	77,3	82,8	2 924
Ensemble 15-59 ans	NA	NA	NA	NA	NA	83,6	86,5	77,2	82,7	3 146
NA: Non applicable () Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.										

Les conceptions erronées sur l'infection à VIH et le sida conditionnent les attitudes et les comportements vis-à-vis de cette infection. Au cours de l'enquête, une série de propositions ont été soumises aux enquêtés pour mesurer leur niveau de connaissance correcte concernant la transmission et la prévention du virus. Les résultats sont présentés aux tableaux 15.1 et 15.2.

On constate que plus des trois-quarts des femmes (79 %) savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir le virus du sida. En outre, un peu plus de la moitié (53 %) savent que le sida ne peut pas être transmis par les moustiques. Pour plus d'une femme sur quatre (27 %), le sida ne se transmet pas par la sorcellerie et, dans près des trois-quarts des cas (71 %), les femmes ont déclaré qu'une personne ne peut pas être infectée en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du sida.

Tableau 15.1 Idées erronées à propos du sida et connaissance "complète" du sida : Femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, rejettent des idées locales erronées à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, et pourcentage qui ont une connaissance « complète » du sida selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes qui savent que:				% rejetant les 2 idées erronées les plus courantes ¹ et sachant qu'une personne en bonne santé peut avoir le virus du sida	% ayant une connaissance complète ² du sida	Effectif de femmes
	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Le sida ne peut pas être transmis par la sorcellerie	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas			
Age							
15-24	75,5	52,4	28,6	71,2	14,6	10,0	3 060
- 15-19	70,7	51,8	30,8	69,5	15,2	10,2	1 566
- 20-24	80,5	53,0	26,2	73,0	14,0	9,8	1 493
25-29	85,0	52,2	24,8	75,7	15,3	11,2	1 238
30-39	80,8	52,4	26,0	68,9	14,9	11,2	1 764
40-49	76,4	53,8	29,5	69,4	18,6	13,8	990
Etat matrimonial							
Célibataire	77,3	54,8	30,6	71,6	16,8	11,6	2 082
- A déjà eu des rapports sexuels	82,5	55,1	29,7	73,9	17,4	12,6	1 487
- N'a jamais eu de rapports sexuels	64,1	54,0	32,9	65,7	15,3	9,2	595
En union	78,8	51,0	26,8	71,2	14,9	10,9	3 978
Divorcé/séparé/veuve	80,4	53,9	23,1	70,3	14,1	10,5	991
Résidence							
Urbain	86,5	57,9	25,7	76,9	16,3	11,6	3 990
Rural	68,3	45,5	29,6	63,7	14,2	10,3	3 061
Région							
Brazzaville	85,3	61,7	28,9	78,8	19,1	13,5	2 447
Pointe Noire	90,5	52,5	17,8	74,9	10,6	7,7	1 189
Sud	68,3	44,5	28,2	64,1	12,6	9,3	2 233
Nord	72,0	48,8	32,3	65,1	17,6	12,7	1 182
Niveau d'instruction							
Aucun	52,3	36,0	25,8	49,7	7,7	4,8	511
Primaire	68,5	41,5	25,6	59,1	9,9	6,6	2 139
Secondaire I cycle	84,3	55,8	26,3	77,7	16,0	11,7	3 408
Secondaire II cycle ou plus	94,4	73,7	36,0	85,9	28,6	21,5	994
Ensemble 15-49 ans	78,6	52,5	27,4	71,2	15,4	11,0	7 051

¹ Les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par la sorcellerie et par les moustiques.

² Sont considérées comme ayant une connaissance « complète », les femmes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida.

Globalement, seulement 15 % des femmes rejettent les deux idées erronées les plus courantes sur la transmission, à savoir qu'on ne peut ni contracter le virus du sida par sorcellerie, ni par des piqûres de moustiques, et savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida. L'avant-dernière colonne du tableau présente les proportions de femmes qui ont une connaissance considérée comme complète du VIH/sida. En d'autres termes, elles savent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté. En plus, elles rejettent les idées erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida. Un peu plus d'une femme sur dix (11 %) peut être considérée comme ayant une bonne connaissance générale concernant le sida et cette proportion varie d'un minimum de 5 % chez les femmes sans instruction à 22 % chez celles ayant, au moins, un niveau secondaire.

Les résultats concernant les hommes (tableau 15. 2) montrent d'une part que les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir une connaissance correcte de la transmission du VIH/sida : huit hommes sur dix (83 %) savent qu'une personne en bonne santé

peut néanmoins avoir le sida ; plus de la moitié savent que le sida ne peut pas être transmis par les moustiques (57 %) et rejettent l'idée erronée selon laquelle le sida peut se transmettre par sorcellerie (52 %) et 79 % rejettent l'idée selon laquelle le sida peut se transmettre en partageant le repas d'une personne infectée. Globalement, 30 % des hommes rejettent les idées erronées les plus courantes et savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir le sida.

Tableau 15.2 Idées erronées à propos du sida et connaissance "complète" du sida : Hommes

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, rejettent des idées locales erronées à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, et pourcentage qui ont une connaissance « complète » du sida selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2005

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage d'hommes qui savent que:				% rejetant les 2 idées erronées les plus courantes ¹ et sachant qu'une personne en bonne santé peut avoir le virus du sida	% ayant une connaissance complète ² du sida	Effectif d'hommes
	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Le sida ne peut pas être transmis par la sorcellerie	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas			
Age							
15-24	75,9	58,0	50,5	77,6	27,3	22,0	1 180
- 15-19	70,7	58,2	50,9	75,0	26,3	20,6	677
- 20-24	82,9	57,6	50,0	81,0	28,7	23,8	503
25-29	86,7	58,5	53,5	83,2	33,7	29,6	475
30-39	87,3	57,7	51,3	78,8	30,5	26,7	770
40-49	88,7	52,8	54,7	79,6	33,2	27,8	499
Etat matrimonial							
Célibataire	78,1	62,5	53,0	79,0	31,3	25,7	1 312
- A déjà eu des rapports sexuels	81,9	63,4	53,5	80,4	32,5	27,0	1 061
- N'a jamais eu de rapports sexuels	62,0	58,6	51,3	73,4	26,0	20,2	251
En union	87,2	51,7	51,7	79,1	29,5	25,6	1 397
Divorcé/séparé/veuf	83,4	59,6	46,3	80,0	28,2	23,0	215
Résidence							
Urbain	87,7	61,7	50,4	83,6	32,8	27,6	1 739
Rural	75,6	50,3	54,2	72,6	26,3	22,3	1 185
Région							
Brazzaville	88,7	64,9	51,3	84,1	35,4	29,4	1 049
Pointe Noire	89,4	55,7	46,7	82,5	28,4	25,9	545
Sud	76,9	55,6	54,4	78,0	29,1	22,5	816
Nord	73,3	45,1	54,7	67,2	23,2	21,5	513
Niveau d'instruction							
Aucun	(59,3)	(43,2)	(48,3)	(38,1)	(19,0)	(12,0)	41
Primaire	70,1	41,0	42,8	65,6	16,8	13,6	671
Secondaire I cycle	82,2	53,4	50,5	79,8	26,1	22,4	1 303
Secondaire II cycle ou plus	94,3	74,9	60,8	90,1	46,5	39,1	910
Ensemble 15-49 ans	82,8	57,1	51,9	79,2	30,2	25,4	2 924
Ensemble 15-59 ans	82,6	56,1	51,9	78,5	30,0	25,0	3 146

¹ Les deux idées erronées les plus courantes sont la transmission par la sorcellerie et par les moustiques.

² Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les hommes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida.

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

Un quart des hommes (25 %) ont une connaissance considérée comme complète du VIH/sida, soit une proportion plus de deux fois plus élevée que celle observée chez les femmes (11 %). Les hommes les mieux informés sont ceux de Brazzaville (29 %) et ceux qui ont, au moins, un niveau d'instruction secondaire 2nd cycle (39 %).

2.14 Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom

L'utilisation du condom, particulièrement en situation de rapports sexuels à hauts risques, est l'un des moyens les plus efficaces pour éviter la propagation du VIH/sida. Pour cette raison, on a

Tableau 16. Rapports sexuels à hauts risques et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques

Parmi les femmes et les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles/ceux qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant (rapports à hauts risques) au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et, parmi ces femmes et ces hommes, pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2005

Caractéristique sociodémographique	Femmes				Hommes			
	% ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif sexuel-lement actives au cours des 12 derniers mois	% ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois	% ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	Effectif sexuel-lement actifs au cours des 12 derniers mois	% ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques	Effectif ayant eu des rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois
Age								
15-24	58.0	2,266	20.2	1,314	93.6	830	37.5	777
- 15-19	78.4	915	19.5	718	98.6	389	32.5	384
- 20-24	44.2	1,350	21.1	597	89.2	441	42.4	393
25-29	29.3	1,112	26.2	326	65.4	449	41.6	294
30-39	21.0	1,573	22.4	330	44.2	723	55.6	320
40-49	14.3	762	16.8	109	31.1	483	50.7	150
Etat matrimonial								
Célibataire	99.1	1,260	20.7	1,248	99.8	918	37.1	916
- A déjà eu des	99.1	1,260	20.7	1,248	99.8	918	37.1	916
En union	7.2	3,787	24.8	274	32.3	1,372	56.7	443
Divorcé/séparé/veu(ve)	83.6	666	21.1	557	92.9	195	42.3	181
Résidence								
Urbain	40.3	3,240	25.5	1,307	65.9	1,455	49.5	959
Rural	31.2	2,473	14.2	772	56.5	1,030	33.2	581
Région								
Brazzaville	39.7	1,958	24.7	778	64.9	876	50.7	569
Pointe Noire	43.0	985	29.0	424	69.9	458	48.3	320
Sud	32.4	1,820	15.7	589	53.4	712	29.4	380
Nord	30.4	951	12.5	289	61.9	439	41.5	272
Niveau d'instruction								
Aucun	20.1	411	9.4	83	(35.4)	29	*	10
Primaire	35.0	1,704	10.8	597	66.1	521	24.7	344
Secondaire I cycle	37.7	2,763	24.5	1,040	62.6	1,099	43.9	687
Secondaire II cycle ou	43.1	835	32.3	360	59.6	836	55.8	499
Ensemble 15-49 ans	36.4	5,713	21.3	2,079	62.0	2,485	43.3	1,540
Ensemble 15-59 ans	NA	NA	NA	NA	59.0	2,689	43.6	1,587

NA: Non applicable

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

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

demandé aux enquêtés ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois si ces rapports sexuels avaient eu lieu avec des partenaires non maritaux et non cohabitants, considérés comme étant des rapports sexuels à risques. De plus, on a cherché à savoir si, au cours des derniers rapports sexuels à risques, un condom avait été utilisé (tableau 16).

Plus d'un tiers des femmes (36 %) ont eu des rapports sexuels à risques au cours des 12 derniers mois. Chez les hommes, cette proportion est beaucoup plus élevée puisqu'elle atteint 62 %. Chez les femmes, il va de soi que la fréquence des rapports sexuels à risque est particulièrement élevée parmi les célibataires (99 %) et parmi les femmes en rupture d'union (84 %). À 15-19 ans, plus de deux filles sur trois (78 %) a eu des rapports sexuels à risques. À Pointe Noire (43 %), à Brazzaville (40 %), et parmi les femmes de niveau d'instruction au moins secondaire 2nd cycle (43 %), ces comportements sexuels à risque sont plus répandus que dans les autres groupes de femmes. Parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels à risques, 21 % seulement ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels. Les résultats montrent que c'est parmi les femmes qui ont déclaré le plus fréquemment avoir eu des rapports sexuels à risques que l'on constate les proportions les plus élevées de celles ayant utilisé un condom, c'est-à-dire les femmes de Brazzaville et Pointe Noire (respectivement, 25 % et 29 %) et celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire 2nd cycle (32 %). Par contre, parmi les femmes en union, qui ont le moins fréquemment des comportements sexuels à risques, la proportion de celles ayant utilisé un condom est plus élevée (25 %) que parmi les célibataires (21 %).

Proportionnellement, les hommes ont eu plus fréquemment que les femmes des rapports sexuels à risques (62 % contre 36 %). En outre, plus de deux hommes sur cinq (43 %) ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à risques. Comme chez les femmes, ce sont les jeunes de 15-19 ans (99 %), les hommes célibataires (100 %) et ceux en rupture d'union (93 %) qui ont le plus fréquemment des rapports sexuels à hauts risques. Par ailleurs, comme chez les femmes, parmi les hommes en union, qui ont le moins fréquemment des comportements sexuels à risques, la proportion de ceux ayant utilisé un condom est plus élevée (57 %) que parmi les célibataires (37 %).