

*Dominique KIMPOUNI*

## 1.1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS

### 1.1.1 Aspects géographiques et climatiques

Située en Afrique centrale, la République du Congo s'étend au sud-ouest sur 11 degrés de longitude est et 5 degrés de latitude sud, et au nord-est sur 18 degrés de longitude est et 4 degrés de latitude nord.

Le pays couvre une superficie de 342 000 km<sup>2</sup> et possède une façade maritime de 170 km sur l'Océan Atlantique. Il est limité au nord par la République du Cameroun et la République Centrafricaine, au sud par la République Démocratique du Congo et la République d'Angola (enclave du Cabinda), au sud-ouest par l'Océan Atlantique, à l'est par le fleuve Congo et son affluent l'Oubangui qui le séparent de la République Démocratique du Congo et à l'ouest par la République du Gabon.

Le relief du Congo est essentiellement constitué du bassin sédimentaire du fleuve Congo et des roches anciennes. Le point le plus élevé est le Mont Nabemba culminant à 1 040 m dans le Département de la Sangha.

Le Congo est traversé par deux types de végétation :

- la forêt, qui couvre près des deux tiers du territoire national (65 %), est localisée au sud (massifs du Chaillu et du Mayombe), au nord-est (forêt inondée) et au nord-ouest (forêt exondée) ;
- la savane, qui s'étend de la vallée du Niari au Plateau Central, occupe le tiers du territoire national.

Située à cheval sur l'Équateur, la République du Congo a un climat chaud et humide. Le nord du pays a un climat de type équatorial avec des pluies étalées tout au long de l'année. Le sud-ouest a un climat tropical humide caractérisé par une saison sèche de trois mois tandis que la partie centrale du pays a une position intermédiaire avec un climat sub-équatorial.

Le Congo bénéficie d'un réseau hydrographique important. Il est arrosé particulièrement par le fleuve Congo qui, avec un débit de 40 000 m<sup>3</sup>, est le plus puissant au monde après l'Amazone (Amérique du Sud).

### 1.1.2 Contexte politique et administratif

Ancienne colonie française, la République du Congo est un état souverain, indépendant depuis le 15 Août 1960. Une dizaine d'années après son accession à la souveraineté nationale, la République du Congo a été appelée « République Populaire du Congo » par le régime du parti unique, le Parti Congolais du Travail (PCT), qui a dirigé le pays jusqu'à l'instauration de la démocratie pluraliste en 1992. Le retour au multipartisme, qui a restauré le nom de la « République du Congo », s'est accompagné de troubles, en 1993 puis entre 1997-1999, qui ont occasionné des préjudices au sein de la population et la destruction

d'une partie du tissu économique du pays. Toutefois, grâce aux efforts du Gouvernement de la République et au soutien multiforme des partenaires nationaux et internationaux, la paix et la sécurité sont restaurées dans la quasi-totalité du territoire national.

L'actuelle constitution du pays, promulguée le 20 janvier 2002, fait du Congo un état de droit à trois pouvoirs :

- Le pouvoir exécutif dirigé par un Président de la République, Chef de l'État, Chef du Gouvernement, élu pour 7 ans au suffrage universel ;
- Le pouvoir législatif composé de deux chambres : l'Assemblée Nationale et le Sénat ;
- Le pouvoir judiciaire exercé par la Cour Suprême, la Cour des Comptes et de Discipline Budgétaire, les cours d'appel et les autres juridictions nationales.

Le découpage administratif du Congo subdivise le pays en douze départements à savoir : Kouilou, Niari, Bouenza, Lékoumou, Pool, Plateaux, Cuvette, Cuvette-Ouest, Sangha, Likouala, Brazzaville et Pointe-Noire.

Le pays compte six communes qui sont les principales villes du pays. Il s'agit de : Brazzaville (capitale politique), Pointe-Noire (capitale économique), Dolisie, Nkayi, Mossendjo et Ouesso.

La langue officielle du Congo est le Français ; les langues nationales sont le Lingala et le Kituba.

Le Congo est membre des institutions sous-régionales, régionales et internationales suivantes : Communauté Économique des États d'Afrique Centrale (CEEAC), Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC), Union Africaine (UA), Organisation des Nations Unies (ONU), Observatoire Économique et Statistique d'Afrique Subsaharienne (AFRISTAT), Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires (OHADA).

### **1.1.3 Évolution récente de l'économie**

Au sortir des conflits armés de la période 1997-1999, le Gouvernement du Congo s'est investi dans la mise en place des bases de la relance effective de l'économie nationale en s'inscrivant dans la double dynamique (i) du sommet de Copenhague (1996) visant la réduction de moitié de la pauvreté d'ici à l'an 2015, conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et (ii) de l'initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTE).

En 2005, le Gouvernement de la République a créé les conditions nécessaires à l'accession du pays au point de décision conformément aux exigences du programme appuyé par la Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance (FRPC) signé en décembre 2004 avec les Institutions de Bretton Woods. L'objectif fondamental demeure l'atteinte du point d'achèvement en 2007 grâce au Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) en cours d'élaboration, qui circonscrit parfaitement les politiques de consolidation du cadre macroéconomique et de relance des secteurs clés de l'économie nationale.

C'est ainsi qu'à la fin de l'année 2005, la situation macroéconomique du Congo s'est caractérisée par :

- a) la consolidation de la croissance économique (6,8 % contre 4,2 % en 2004) grâce à la forte montée de la production pétrolière. Le PIB à prix courants a enregistré une hausse de 64,9 %

en 2005 contre 20,9 % l'année précédente, passant de 2307,8 milliards de FCFA en 2004 à 3 157,8 milliards de FCFA en 2005 ;

- b) l'amélioration des finances publiques : les recettes budgétaires ont enregistré une hausse de 61 %, s'établissant à 1247,0 milliards en 2005 contre 737,9 milliards en 2004. Par ailleurs, les dépenses budgétaires ont été engagées à hauteur de 682,8 milliards contre 636,9 milliards en 2004, soit une progression de 7,2 %. En définitive, l'exécution du budget en 2005, s'est soldée par un excédent global, base engagement hors dons de 564,1 milliards, soit 18,5 % du PIB, contre un excédent de 101,1 milliards (4,4 % du PIB) en 2004. Les dépenses d'investissement ont été arrêtées à la somme de 212,0 milliards (dont 153,1 milliards sur ressources propres) contre 189,2 milliards en 2004 ;
- c) le redressement des comptes extérieurs symbolisé notamment par un excédent de 216,2 milliards du solde global de la balance des paiements, grâce au réaménagement de la dette extérieure de 126,2 milliards dans le cadre des allègements obtenus après la signature du programme appuyé par la FRPC ;
- d) la baisse des prix à la consommation comme le montre la variation du niveau général des prix pour l'ensemble des deux seules villes (Pointe-Noire et Brazzaville) dans lesquelles les prix ont été observés : le taux d'inflation est de 2,1% en 2005 contre 3,5 % l'année précédente ;
- e) la consolidation de la situation monétaire comme le prouve l'accroissement de 34,4 % de la masse monétaire, qui a été portée à 443,4 milliards en 2005 contre 330,0 milliards en décembre 2004.

#### 1.1.4 Situation démographique

La connaissance de l'effectif et des caractéristiques de la population du Congo demeure très préoccupante du fait de la non réalisation des opérations de collecte d'envergure nationale.

En effet, suite à l'invalidation des résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1996 (RGPH 96) par le Gouvernement de la République, les données démographiques actuellement disponibles à l'échelon national sont caduques puisqu'elles sont issues des Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1974 et 1984 (tableau 1.1).

Indicateurs	RGPH 15/02/1974	RGPH 31/12/1984	RGPH 01/07/1996
Population totale	1 319 790	1 909 248	2 590 811 <sup>a</sup>
Taux brut de natalité (p.1 000)	41,0	45,2	*
Indice Synthétique de Fécondité	7,0	6,3	*
Taux brut de mortalité (p.1 000)	17,9	11,7	*
Taux de mortalité infantile (p.1 000)	100,6	71,5	*
Espérance de vie (e <sub>0</sub> , en années)	46,7	50,9	*

<sup>a</sup> Résultats des travaux cartographiques  
\* Non disponible

D'après les estimations des travaux cartographiques du RGPH 1996, l'effectif de la population du Congo se chiffrait à cette période à 2 590 811 habitants ; ceci correspond à un taux d'accroissement de 2,69 % dans la période 1984-1996 contre 3,45 % entre 1974 et 1984. Cette population était inégalement répartie sur le territoire national : les six communes du pays abritaient près de 57 % de la population totale du pays ; en particulier, un habitant sur trois résidait à Brazzaville.

Les résultats des deux recensements menés à terme révèlent que la population du Congo est relativement jeune et à prédominance féminine. En 1984, la population âgée de moins de 15 ans représentait 45 % de la population totale contre 51 % pour les 15-59 ans et 4 % pour les personnes âgées de plus de 60 ans. Les femmes représentaient 51 % de la population totale du pays.

### 1.1.5 Politique de santé

Abritant le siège régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la République du Congo se trouve prédisposée à souscrire aux déclarations et actes internationaux majeurs relatifs à la santé en Afrique. La loi n° 014-92 du 29 avril 1992 portant institutionnalisation du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) démontre parfaitement l'intérêt des autorités congolaises pour ce secteur vital.

L'application de cette loi s'est d'abord traduite par la mise en œuvre d'un premier PNDS 1992-1996 qui a permis un certain nombre de réalisations ayant considérablement modifié le paysage sanitaire du Congo. Il s'agit essentiellement :

- du découpage du territoire national en circonscriptions socio sanitaires ;
- de la mise en place, par décret n°95-3 du 04 janvier 1995, du Comité Technique de Suivi du PNDS (CTS/PNDS), cadre de développement d'une approche participative et intersectorielle dans l'analyse des problèmes de santé, la définition des stratégies et le suivi de la mise en œuvre ;
- de la rationalisation de l'organisation et du fonctionnement des Centres de Santé Intégrés (CSI) ;
- de l'implication des communautés dans la planification et la mise en œuvre des activités des zones de santé ;
- de la formation des cadres, notamment des médecins.

Ces acquis ont abouti à l'adoption, en mai 2000, d'une Politique Nationale de Santé (PNS) dont l'objectif global est d'améliorer l'état de santé des populations afin de promouvoir leur participation au développement socio-économique du pays.

Le Politique Nationale de Santé (PNS) vise ainsi à :

- promouvoir et protéger la santé des individus et des collectivités sur l'ensemble du territoire ;
- garantir l'accessibilité des populations aux services et aux soins de santé de qualité ;
- renforcer les capacités nationales de gestion du système de santé.

Le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) 2005-2009, actuellement en cours d'exécution dans le pays, est une émanation de cette Politique Nationale de Santé (PNS). Il repose sur quatre fondements cardinaux à savoir :

- le droit de l'ensemble des Congolais à la santé ;
- l'équité dans l'accès à l'offre de soins et à des prestations de qualité ;
- la solidarité de l'ensemble de la nation congolaise face à la maladie et à la santé ;
- l'exercice démocratique du droit à la santé : l'homme doit être acteur et bénéficiaire du développement sanitaire.

Les axes prioritaires d'action du PNDS 2005-2009 sont essentiellement:

- le découpage en circonscription socio sanitaire ;
- la décentralisation du système de santé et le renforcement des Circonscriptions Socio Sanitaires (CSS) ;
- le renforcement des programmes de lutte contre les maladies et de promotion de la santé ;
- le développement des ressources humaines par le biais des formations initiale et continue des cadres ;
- la réforme de la politique du médicament en mettant en place un instrument performant pour l'approvisionnement et la distribution des médicaments essentiels génériques ainsi que pour la promotion et l'usage rationnel des médicaments ;
- le développement du système national d'information sanitaire visant la production d'un annuaire des statistiques sanitaires nationales, l'élaboration de la carte sanitaire nationale et la mise en place d'un observatoire de la santé ;
- le renforcement de la qualité des soins et des services dans les formations sanitaires ;
- la réforme du système de financement de la santé.

Pour améliorer la santé de la population congolaise, le Ministère en charge de la Santé exécute 11 programmes spécifiques dont certains, comme la santé de la reproduction, la vaccination, la lutte contre le paludisme et les maladies diarrhéiques, sont intégrés dans les activités quotidiennes des CSI, tandis que d'autres, comme le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), développent des structures et des actions spécifiques de plus en plus décentralisées.

### **1.1.6 Politique de population**

L'intérêt du Gouvernement du Congo pour l'élaboration d'une Politique Nationale de Population (PNP) s'est concrètement manifesté dans le second Programme de coopération (1991-1994) signé avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). L'un des objectifs majeurs de ce programme était, en effet, de formuler une Politique Nationale de Population (PNP) et de veiller à faire une place aux questions de population dans le plan national de développement.

Malheureusement, le contexte national, caractérisé par l'absence de données démographiques récentes et fiables, n'a pas, jusqu'à aujourd'hui, permis de doter le pays de ce cadre de référence nécessaire à la promotion du bien-être de la population.

Toutefois, dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et conformément à la vision du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) ainsi qu'aux recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) et de la conférence de Beijing sur les femmes, le Gouvernement du Congo œuvre à l'amélioration de la qualité de vie de la population par la réduction de la pauvreté. Le Document de Stratégie de Réduction de

la Pauvreté (DSRP), en cours de finalisation, s'inscrit dans cette logique. Dans le même ordre d'idée, le troisième programme pays de coopération (2004-2008) signé le 17 mai 2004 avec l'UNFPA contribue, en particulier, à favoriser l'accès aux services de qualité en santé de la reproduction et à promouvoir l'intégration effective des questions de population et de genre dans le processus de développement.

Les résultats de l'EDSC-1, complétés par ceux du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006, devraient alimenter les réflexions relatives à l'élaboration de la politique nationale de la population.

## 1.2 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

### 1.2.1 Cadre institutionnel

La première Enquête Démographique et de Santé du Congo (EDSC-1) a été exécutée par le Centre National de la Statistique et des Études Économiques (CNSEE) conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel n° 5629 du 21 juin 2004 portant institution et organisation de cette investigation.

Cette enquête faisant partie du Programme International des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS) de ORC Macro, Calverton, Maryland (U.S.A), a été réalisée avec l'appui technique de ORC Macro International grâce à l'assistance financière du Gouvernement du Congo et du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) par le biais d'un financement de l'Agence Internationale de Développement (IDA – Banque Mondiale). Le projet EDSC-1 a également bénéficié d'un soutien financier et matériel du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

La coordination de l'enquête a fait appel aux linguistes de la chaîne nationale de télévision et au personnel de la Santé pour traduire en Lingala et en Kituba, les deux langues nationales du Congo, 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) de sorte qu'au cours de l'enquête, les enquêtrices et enquêteurs 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.

### 1.2.2 Objectifs de l'enquête

L'objectif global de la première Enquête Démographique et de Santé du Congo (EDSC-1) est de disposer des indicateurs démographiques et de santé indispensables à la mise en place des politiques et des programmes 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).

De manière spécifique, cette enquête, réalisée auprès d'un échantillon national de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans, vise à atteindre un certain nombre d'objectifs dont les principaux sont :

- collecter, à l'échelle nationale et par milieu de résidence, des données permettant de calculer divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité et de mortalité infantile et juvénile ;
- mesurer le niveau de mortalité maternelle au plan national ;
- analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, telles que les structures du mariage et l'utilisation de la contraception ;

- identifier les catégories de femmes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- mesurer les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques sociodémographiques des femmes et des hommes ;
- analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité ;
- recueillir des données détaillées sur la santé maternelle et infantile : visites prénatales, assistance à l'accouchement, allaitement, vaccinations, supplémentation en Vitamine A, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ;
- évaluer le niveau de consommation de sel iodé ;
- déterminer l'état nutritionnel des mères et des enfants de moins de cinq ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille) ;
- recueillir des données détaillées sur la connaissance, les opinions et attitudes des femmes et des hommes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;
- recueillir des données sur le travail des enfants.

Par ailleurs, les données de l'EDSC-1, dans la mesure où elles ont été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans de nombreux autres pays ayant participé au programme DHS, font partie de ce fait, d'une base de données utilisables et comparables au niveau international.

Enfin, la réalisation de cette enquête contribue à renforcer les capacités techniques, matérielles et organisationnelles du Centre National de la Statistique et des Études Économiques (CNSEE) pour entreprendre la collecte et l'analyse de données démographiques, socio-économiques et sanitaires.

### 1.2.3 Questionnaires

Au regard des objectifs assignés à l'enquête, trois types de questionnaires ont été utilisés pour la collecte des données :

- le questionnaire ménage ;
- le questionnaire individuel pour les femmes de 15-49 ans ;
- le questionnaire individuel pour les hommes de 15-59 ans.

Ces trois supports de collecte ont été élaborés en adaptant aux spécificités et aux besoins du Congo les questionnaires standard développés dans le cadre du programme international DHS.

#### 1.2.3.1 Questionnaire ménage

Ce support de collecte a permis:

(i) de recueillir, pour chaque membre du ménage et pour chaque visiteur, un certain nombre d'informations telles que : le nom, le lien de parenté avec le chef de ménage, le sexe, la situation de résidence, l'âge, la survie et la résidence des parents (pour les personnes âgées de moins de 18 ans), le

niveau d'instruction (pour les personnes âgées de 6-24 ans) et la possession d'un acte de naissance ou l'enregistrement de la naissance à l'état civil (pour les personnes âgées de 0-9 ans) ;

(ii) de collecter des informations sur le travail des enfants résidants âgés de 5-17 ans ;

(iii) de recueillir des informations sur les caractéristiques des logements des ménages (approvisionnement en eau, type de toilettes, etc.) afin d'évaluer les conditions environnementales dans lesquelles vivent les personnes enquêtées ;

(iv) d'enregistrer, dans un ménage sur deux, pour les femmes de 15-49 ans et les enfants âgés de moins de 6 ans, les mesures anthropométriques ( poids et taille) et ceux du niveau d'hémoglobine obtenu par test direct à partir d'un prélèvement sanguin.

Cependant, le but premier du questionnaire ménage est d'établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement. Il permet aussi de déterminer les populations de référence pour le calcul de certains indicateurs démographiques.

### **1.2.3.2 Questionnaire femme**

Ce questionnaire destiné aux femmes âgées de 15-49 ans comporte les neuf sections suivantes :

- **caractéristiques sociodémographiques des enquêtées.** Cette section est consacrée aux informations sur le lieu de résidence, l'âge et la date de naissance, la scolarisation, l'alphabétisation, l'accès aux médias, la religion et l'ethnie ;
- **reproduction.** Cette section permet de recueillir des informations sur (i) les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie ainsi que sur leur état de survie au moment de l'enquête, (ii) l'état de grossesse au moment de l'enquête et (iii) la connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel ;
- **planification familiale.** cette section est destinée à collecter des informations sur la connaissance et l'utilisation antérieure et actuelle des diverses méthodes contraceptives disponibles dans le pays, ainsi que sur leurs sources d'approvisionnement. Elle porte également sur le lieu et la date de la stérilisation féminine, ainsi que sur les raisons de la non utilisation de la contraception ;
- **santé des enfants :** cette section concerne les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête. Elle est composée de deux sous sections :
  - **grossesse, soins postnatals et allaitement :** cette première sous-section est composée de deux parties. La première permet d'obtenir des informations sur la période de la grossesse, les soins prénatals incluant la vaccination antitétanique, le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté la femme pendant l'accouchement, le retour des règles et la reprise des rapports sexuels après la naissance de l'enfant. La deuxième partie concerne l'allaitement et les questions posées portent sur sa fréquence et sa durée, sur le type d'allaitement (maternel ou artificiel), ainsi que sur l'utilisation de différents compléments nutritionnels ;
  - **vaccination, santé et nutrition :** cette sous-section porte sur les vaccinations incluses dans le Programme Élargi de Vaccinations (PEV). Elle comporte aussi des questions sur la santé des enfants de moins de cinq ans en vue notamment d'estimer la prévalence de la fièvre, de la toux et de la diarrhée chez ces enfants au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête ;



- **mariage et activité sexuelle.** Cette section permet de recueillir des informations sur l'état matrimonial, le régime de mariage (monogamie ou polygamie), l'âge aux premiers rapports sexuels ainsi que sur l'activité sexuelle ;
- **préférences en matière de fécondité.** Dans cette section, les informations recueillies concernent le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle souhaité entre les naissances et l'opinion concernant la taille de la famille ;
- **caractéristiques du conjoint et travail de la femme.** Les questions de cette section concernent : les caractéristiques socioprofessionnelles du conjoint des femmes en union, l'activité professionnelle des femmes et le pouvoir de décision concernant l'argent que gagnent ces femmes ;
- **VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles.** Cette section a permis d'obtenir des informations sur la connaissance des modes de transmission et de prévention du VIH/sida et des autres Infections Sexuellement Transmissibles ;
- **mortalité maternelle.** Dans cette section, on a enregistré des informations sur l'âge et l'état de survie des frères et sœurs de l'enquêtée. Pour les sœurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, des questions supplémentaires ont permis de déterminer si le décès était en rapport avec la maternité.

### 1.2.3.3 Questionnaire homme

Destiné aux hommes âgés de 15-59 ans, ce questionnaire comprend les cinq sections suivantes :

- caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ;
- reproduction ;
- mariage et activité sexuelle ;
- VIH/Sida et Infections Sexuellement Transmissibles ;
- mortalité maternelle.

## 1.2.4 Échantillonnage

L'échantillon de L'EDSC-I est représentatif au niveau national, et stratifié à deux degrés. Les 12 départements du pays ont été regroupés en quatre domaines<sup>1</sup> 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, 225 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.

<sup>1</sup> Deux autres domaines ont été constitués aux moments de la tabulation et de l'analyse ; il s'agit :

- du milieu urbain, composé des six communes du pays, à savoir Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, Nkayi, Ouesso et Mossendjo ;
- et du milieu rural composé des toutes les autres localités qui ne sont pas des communes.

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.

Toutes les 225 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont pu être enquêtées. Par contre, sur les 6 012 ménages sélectionnés, 5 926 ménages ont été identifiés et trouvés au moment de l'enquête. Parmi les ménages identifiés, 5 879 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 % (tableau 1.2).

Tableau 1.2 Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle						
Nombre de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse, selon le milieu de résidence, Congo 2005						
Résultat	Résidence					Ensemble
	Brazzaville	Pointe-Noire	Autres villes	Urbain	Rural	
<b>Enquête ménages</b>						
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
<b>Enquête individuelle femmes</b>						
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
<b>Enquête individuelle hommes</b>						
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 étant 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.

### **1.2.5 Test d'hémoglobine**

Dans un ménage sur deux, les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de cinq ans étaient éligibles pour le test d'hémoglobine en vue de diagnostiquer l'anémie. Ce test était effectué en utilisant le système HemoCue. Un consentement éclairé était lu à la personne éligible ou au parent/adulte responsable de l'enfant. Ce consentement expliquait l'objectif du test, informait l'individu éligible (ou le parent/personne responsable) que les résultats seraient communiqués immédiatement à l'issue du test, et sollicitait sa permission pour le test.

Avant de prélever le sang, le doigt était nettoyé avec un tampon imbibé d'alcool et séché à l'air. Ensuite, le bout du doigt (ou du talon des enfants de moins de six mois ou de moins d'un an et très maigre) était piqué avec une lancette rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang était récupérée dans une micro cuvette et ensuite introduite dans le photomètre HemoCue qui indiquait le niveau d'hémoglobine. Ces résultats étaient enregistrés dans le Questionnaire Ménage et communiqués à la personne testée, ou au parent/adulte responsable, en expliquant la signification des résultats. Si la personne présentait une anémie sévère (un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl pour les enfants et les femmes non enceintes, et inférieur à 9 g/dl pour les femmes enceintes), l'enquêteur lui fournissait une fiche de référence pour rechercher des soins auprès des services de santé.

### **1.2.6 Déroulement des activités de l'EDSC-I**

#### ***Cartographie***

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 et un agents cartographes et énumérateurs, préalablement formés en une semaine à Brazzaville, ont été déployés sur l'ensemble du pays : pour déterminer avec exactitude les limites des grappes, et établir ensuite leur plan de situation et faire leur croquis, indiquer les positions relatives de chaque structure occupée par les ménages et dresser la liste de ces ménages.

#### ***Enquête pilote***

Un pré-test des questionnaires a été effectué du 10 novembre au 10 décembre 2004 : vingt agents ont été recrutés, formés et déployés en zone urbaine (Arrondissements 2 et 5 de Brazzaville), en zone semi urbaine (localité d'Ignié) 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 pour le personnel de collecte.

#### ***Enquête principale***

La formation pour l'enquête principale s'est déroulée du 14 juin au 7 juillet 2005. Quatre-vingt-sept personnes ayant, au minimum, un niveau de fin d'études secondaires ont été présélectionnées pour suivre cette formation qui consistait, (i) en des exposés théoriques concernant les techniques d'interview et d'enregistrement des informations, (ii) des exercices sur la façon de remplir les questionnaires, (iii) la pratique de terrain dans les zones hors échantillon et (iv) la pratique des mesures anthropométriques et

celle du test d'anémie dans les centres de santé intégrés de Brazzaville. En outre, des spécialistes dans les domaines respectifs de la santé de la reproduction, la vaccination, la nutrition, de la protection sociale et du VIH/sida ont donné aux enquêteurs des informations complémentaires nécessaires à l'exécution de leurs futures tâches.

Cette formation a été essentiellement dispensée en français avec des compléments donnés en langues nationales (lingala et kituba) en utilisant le lexique finalisé lors du pré-test.

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.

Les personnes sélectionnées en qualité de chefs d'équipes et contrôleuses ont suivi une formation supplémentaire de trois jours leur permettant d'assumer efficacement leurs rôles.

La collecte des données sur l'ensemble du territoire national a débuté le 8 juillet 2005 et s'est achevée le 23 novembre 2005. Des missions de supervision ont été organisées régulièrement dans le but d'évaluer les conditions de travail de chaque équipe, de contrôler la qualité du travail, de résoudre les problèmes éventuels rencontrés par les équipes, de les ravitailler en matériel, de payer les salaires et de rapporter à Brazzaville les questionnaires remplis.

### ***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 États-Unis, le Programme DHS et le Serpro S.A. Quatre personnes ont été 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.

### ***Analyse***

L'analyse des données de l'EDSC-I a été effectuée en collaboration avec ORC Macro. Sur les quatorze chapitres du rapport principal, neuf ont été rédigés par les cadres nationaux et les cinq autres par les experts de ORC Macro. Un séminaire d'harmonisation et de pré finalisation du rapport final, d'une durée de 6 jours, a été organisé à Nkayi (Département de la Bouenza). Ce séminaire, qui a regroupé les auteurs des différents chapitres (à l'exception de ceux de ORC Macro) et les personnes ressources, a permis aux participants de formuler des observations et de proposer des amendements susceptibles d'améliorer le rapport d'analyse. La finalisation du rapport principal et du rapport de synthèse de l'EDSC-I a été effectuée au siège de ORC Macro par trois cadres nationaux assistés des experts de Macro.