

Enquête Démographique et de Santé du Congo EDSC-II 2011-2012

Rapport Préliminaire

Centre National de la Statistique
et des Études Économiques



ICF International



Ce rapport présente les résultats préliminaires de la deuxième Enquête Démographique et de Santé du Congo (EDSC-II). L'EDSC-II a été réalisée de septembre 2011 à février 2012 par le Centre National de la Statistique et des Études Économiques (CNSEE) (Ministère de l'Économie, du Plan, de l'Aménagement du Territoire et de l'Intégration), en collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Population. L'EDSC-II a été financée par le Gouvernement du Congo, le Programme de Développement des Services de Santé (PDSS) sous financement de la Banque Mondiale, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). En outre, ICF International a fourni l'assistance technique dans le cadre du projet DHS.

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

Pour obtenir des informations sur le projet DHS, contactez ICF International, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA ; Téléphone : 301-572-0200, Fax : 301-572-0999 ; Email : reports@measuredhs.com ; Internet : www.measuredhs.com.

RÉPUBLIQUE DU CONGO

- Unité - Travail - Progrès -

**Ministère de l'Économie, du Plan, de l'Aménagement du Territoire et de
l'Intégration**

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE
ET DE SANTÉ DU CONGO
(EDSC-II) 2011-2012**

Rapport préliminaire

Avril 2012

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



et

ICF International, Calverton, Maryland



LA BANQUE MONDIALE
Euvrer pour un monde sans pauvreté



TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	v
1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE	2
2.1 Objectifs de l'enquête	2
2.2 Questionnaires.....	3
2.3 Échantillonnage.....	4
2.4 Cartographie et collecte des données	4
2.5 Traitement des données.....	5
3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES	6
3.1 Couverture de l'échantillon.....	6
3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	6
3.3 Fécondité.....	8
3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)	10
3.5 Utilisation de la contraception	10
3.6 Soins prénatals et accouchement	12
3.7 Vaccination des enfants	15
3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance.....	16
3.9 Indicateurs du paludisme	18
3.10 Allaitement et alimentation de complément	20
3.11 État nutritionnel des enfants.....	21
3.12 Prévalence de l'anémie chez les femmes et les enfants	24
3.13 Connaissance du VIH/sida.....	25
3.14 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom	27

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1.	Résultat de l'interview ménage et de l'interview individuelle.....	6
Tableau 2.	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	7
Tableau 3.	Fécondité actuelle	8
Tableau 4.	Préférences en matière de fécondité	10
Tableau 5.	Utilisation actuelle de la contraception.....	11
Tableau 6.	Indicateurs de santé maternelle.....	13
Tableau 7.	Vaccination des enfants	16
Tableau 8.	Traitement des infections respiratoires aiguës, de la fièvre et de la diarrhée	17
Tableau 9.	Indicateurs du paludisme	19
Tableau 10.	Allaitement selon l'âge de l'enfant	20
Tableau 11.	État nutritionnel des enfants.....	22
Tableau 12.	Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes	24
Tableau 13.	Connaissance du sida	26
Tableau 14.	Connaissance des moyens de prévention du VIH.....	27
Tableau 15.1	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois: Femmes	28
Tableau 15.2	Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes	29
Graphique 1 :	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence	9
Graphique 2 :	Taux de fécondité générale selon l'EDSC-I 2005 et l'EDSC-II 2011-12	9
Graphique 3 :	Prévalence contraceptive (femmes en union), EDSC-I 2005 et EDSC-II 2011-12	12
Graphique 4 :	Indicateurs de santé maternelle, EDSC-I 2005 et EDSC-II 2011-12.....	14
Graphique 5 :	Prévalence des maladies des enfants de moins de 5 ans et recherche de traitement.....	18
Graphique 6 :	Alimentation des enfants de moins de 6 mois	21
Graphique 7 :	Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans.....	23

1. INTRODUCTION

Par arrêté ministériel n° 985/MEPATI-CAB du 27 janvier 2011, le Gouvernement de la République du Congo a prescrit au Centre National de la Statistique et des Études Économiques (CNSEE) l'exécution de la deuxième Enquête Démographique et de Santé du Congo (EDSC-II).

L'EDSC-II a été financée par le Gouvernement du Congo, le Programme de Développement des Services de Santé (PDSS) sous financement de la Banque Mondiale, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA).

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

En organisant cette deuxième EDS, 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 de programmes et plus particulièrement à la finalisation du deuxième Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-II) 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-II. 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.

2. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

2.1 Objectifs de l'enquête

La deuxième Enquête Démographique et de Santé du Congo (EDSC-II) a pour objectif principal de produire de nombreux indicateurs socio-économiques, démographiques, sanitaires et nutritionnels aux niveaux de l'ensemble de la population et 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-II 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 à la pratique des avortements clandestins ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité des enfants ;
- les 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.

2.2 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 notamment les caractéristiques du ménage, des membres du ménage et du logement. Il comprend les différentes parties suivantes :

- Tableau ménage qui permet de collecter, entre autres informations, l'âge, le sexe, le niveau d'instruction des membres du ménage ;
- Caractéristiques du logement (type de toilettes, eau, mur du logement, etc.) ;
- Moustiquaires ;
- Travail et discipline des enfants ;
- Test de sel pour la teneur en iode ;
- Poids, taille et test d'hémoglobine des enfants de moins de 5 ans ;
- Poids, taille et test d'hémoglobine des femmes.

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.

2) **Questionnaire femme.** Il comprend les douze sections suivantes :

1. Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
2. Reproduction ;
3. Contraception ;
4. Grossesse et soins postnatals ;
5. Vaccination des enfants, santé et nutrition;
6. Mariage et activité sexuelle;
7. Préférences en matière de fécondité ;
8. Caractéristiques du conjoint et travail de la femme ;
9. VIH/sida ;
10. Autres problèmes de santé ;
11. Mortalité maternelle ;
12. Développement et éveil de l'enfant.

3) **Questionnaire homme.** Il s'agit également d'un questionnaire individuel comprenant les huit sections suivantes :

1. Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté ;
2. Reproduction ;
3. Contraception ;
4. Mariage et activité sexuelle ;
5. Préférences en matière de fécondité ;
6. Emploi et rôle des sexes
7. VIH/sida ;
8. Autres problèmes de santé.

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 à certains thèmes 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 Kituba, les deux langues nationales du Congo de façon à ce qu'au cours de l'enquête, les enquêtrices traduisent les questions le plus fidèlement possible.

2.3 Échantillonnage

L'échantillon de l'EDSC-II est un échantillon représentatif au niveau national, basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. Contrairement à l'EDSC-I qui avait regroupé le pays en quatre domaines d'étude (Brazzaville, Pointe-Noire, le Sud et le Nord), l'EDSC-II a retenu comme domaine d'étude, chacun des douze départements du pays (Kouilou, Niari, Lékoumou, Bouenza, Pool, Plateaux, Cuvette, Cuvette-Ouest, Sangha, Likouala, Brazzaville et Pointe-Noire).

Trois départements comportant des zones urbaines et rurales (Niari, Bouenza et Sangha) ont été subdivisés en urbain et rural pour constituer ainsi 15 strates et l'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Compte tenu des écarts très importants de taille des différents départements, un échantillon auto-pondéré n'aurait pas permis d'obtenir suffisamment de cas dans les départements les moins peuplés. On a donc sur-échantillonné les départements de faible taille et sous-échantillonné les départements les plus peuplés. Les données ont ensuite été pondérées pour redonner à chaque département son poids réel dans la population du Congo. Au premier degré, 384 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'Habitation (RGPH) de 2007. 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, 11 727 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 et pesés et, dans un ménage sur deux, ils 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.

2.4 Cartographie et collecte des données

L'opération de cartographie et de dénombrement des 384 grappes de l'échantillon s'est effectuée sur le terrain du 15 mai au 30 juillet 2011, soit en deux mois et demi. Trente agents cartographes et énumérateurs, préalablement formés, étaient chargés de ce travail.

Un pré-test des questionnaires a été effectué du 23 au 28 juin 2011 : trente agents ont été recrutés, formés et déployés en zone urbaine (Brazzaville) et en zone rurale (localités d'Ignié et de Goma Tsé-Tsé). 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 08 août au 08 septembre 2011. Cent cinq personnes ayant, au moins, un niveau de fin d'études secondaires ont suivi la formation. À l'issue de la formation, les 96 meilleurs candidats ont été retenus pour la collecte et répartis en seize 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 10 septembre 2011 et s'est achevée le 10 février 2012.

2.5 Traitement des données

La saisie des données a débuté le 19 septembre 2011, soit environ une semaine après le démarrage de l'enquête sur le terrain, en utilisant le logiciel CPro, développé conjointement par le Bureau du Recensement des Etats-Unis et le Programme DHS. Deux personnes étaient chargées de la réception et la vérification des questionnaires. La saisie a été réalisée par vingt opérateurs, assistés de cinq contrôleurs et deux superviseurs. 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 antérieures similaires.

3. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 Couverture de l'échantillon

Au cours de l'EDSC-II 2011-2012, un échantillon de 384 grappes a été sélectionné. Au total, 11 727 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 11 653 ménages occupés ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 11 653 ménages, 11 632 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse très proche de 100 % (Tableau 1). Les taux de réponses sont quasiment identiques en milieu rural et en milieu urbain.

Tableau 1. Résultat de l'interview ménage et de l'interview individuelle			
Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse selon le milieu de résidence (non pondéré), Congo 2011-2012			
Résultat	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Interview des ménages			
Ménages sélectionnés	3 193	8 534	11 727
Ménages occupés	3 165	8 488	11 653
Ménages interviewés	3 150	8 482	11 632
Taux de réponse des ménages ¹	99,5	99,9	99,8
Interview des femmes de 15-49 ans			
Effectif de femmes éligibles	3 634	7 408	11 042
Effectif de femmes éligibles interviewées	3 549	7 270	10 819
Taux de réponse des femmes éligibles ²	97,7	98,1	98,0
Interview des hommes de 15-59 ans			
Effectif d'hommes éligibles	1 769	3 547	5 316
Effectif d'hommes éligibles interviewés	1 710	3 435	5 145
Taux de réponse des hommes éligibles ²	96,7	96,8	96,8

¹ Ménages interviewés/Ménages occupés
² Enquêtes interviewés/Enquêtés éligibles

Dans les 11 632 ménages enquêtés, 11 042 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et, pour 10 819 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès, soit un taux de réponse de 98 %. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : 5 316 hommes étaient éligibles et 5 145 ont été interviewés (taux de réponses de 97 %). Les taux de réponse enregistrés en milieu urbain sont pratiquement les mêmes que ceux obtenus en milieu rural tant chez les femmes que chez les hommes.

3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire celles en âge de procréer, et les hommes de 15-59 ans constituent les populations-cibles de l'EDSC-II. Le tableau 2 présente la répartition des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, la religion, l'ethnie, l'état matrimonial, le milieu de résidence, le département et le niveau d'instruction. Pour chaque catégorie, le tableau présente l'effectif non pondéré, c'est-à-dire le nombre de femmes ou d'hommes effectivement enquêtés dans chaque catégorie, ainsi que l'effectif pondéré correspondant, c'est-à-dire le nombre de femmes ou d'hommes à qui on a redonné son poids réel dans la population totale du Congo. Bien que l'enquête ait porté sur les hommes de 15-59 ans, dans ce tableau et tous les tableaux suivants, les résultats détaillés par caractéristiques sociodémographiques sont limités aux hommes de 15-49 ans de façon à pouvoir les comparer directement aux femmes de ce même groupe d'âges.

La répartition par âge met en évidence une forte proportion de jeunes. En effet, 20 % de femmes et 21 % d'hommes sont âgés de 15-19 ans ; environ 19 % de femmes et 15 % d'hommes appartiennent au groupe d'âges 20-24 ans. Au fur et à mesure que l'âge augmente, on constate une diminution des proportions. Globalement, ces caractéristiques reflètent la structure d'une population jeune.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2011-2012

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15-19	20,3	2 198	2 163	21,2	999	1 005
20-24	18,8	2 029	1 800	15,3	724	609
25-29	18,7	2 019	1 964	15,5	730	635
30-34	14,4	1 558	1 524	14,6	690	712
35-39	12,6	1 358	1 441	14,0	662	673
40-44	8,4	912	1 066	10,8	512	579
45-49	6,9	746	861	8,6	405	450
Religion						
Catholique	31,4	3 396	2 710	33,1	1 565	1 236
Protestant	21,6	2 337	2 514	13,4	635	718
Musulman	1,2	135	102	3,5	167	122
Kimbanguiste	1,1	118	80	1,2	56	57
Armée du salut	1,9	204	250	1,3	61	71
Zéphirin/matsouaniste/ngunza	4,5	486	743	2,6	122	198
Adventiste/jehova	0,8	84	94	1,8	85	91
Animiste	0,3	36	52	0,2	10	20
Eglise de réveil	33,4	3 618	3 686	28,3	1 335	1 385
Autre	0,7	78	87	1,2	57	56
Aucune	3,0	325	497	13,3	627	707
Manquant	0,0	2	4	0,1	5	2
Ethnie						
Kongo	54,2	5 862	4 403	53,9	2 547	1 864
Punu	4,7	505	513	2,8	134	157
Duma	1,0	112	164	1,0	46	66
Mbéré/Mbéli/Kélé	1,8	190	499	1,8	86	183
Téké	13,3	1 438	1 771	13,5	640	850
Mbochi	11,3	1 226	1 409	11,3	534	625
Sangha	2,8	303	684	2,6	124	188
Kota	0,4	40	62	0,7	31	42
Makaa	0,3	31	76	0,7	33	120
Oubangiens	0,9	94	175	0,8	40	65
Pygmée	0,7	71	180	0,6	26	65
Etranger	8,4	910	854	9,6	451	422
Autre	0,3	32	24	0,6	31	16
Manquant	0,0	4	5	0,0	0	0
État matrimonial						
Célibataire	25,9	2 804	2 464	43,3	2 047	1 838
En union	58,1	6 290	6 750	48,7	2 298	2 467
Divorcé(e)/séparé(e)	14,1	1 525	1 378	7,7	363	339
Veuve/veuf	1,9	201	227	0,3	15	19
Milieu de résidence						
Urbain	68,6	7 422	3 549	70,4	3 327	1 589
Rural	31,4	3 397	7 270	29,6	1 396	3 074
Département						
Kouilou	2,4	263	909	2,3	108	380
Niari	5,4	587	930	5,1	239	379
Lekoumou	1,8	198	743	1,6	77	300
Bouenza	10,3	1 112	1 003	8,8	416	383
Pool	5,8	630	994	5,3	250	398
Plateaux	3,0	322	724	3,4	159	357
Cuvette	3,1	336	769	3,2	152	360
Cuvette - Ouest	1,3	144	685	1,3	61	311
Sangha	1,7	188	733	1,5	72	292
Likouala	4,0	430	914	3,6	168	369
Brazzaville	35,9	3 879	1 180	36,9	1 741	539
Pointe-Noire	25,2	2 730	1 235	27,1	1 279	595
Niveau d'instruction						
Aucun	5,8	624	901	2,6	123	135
Primaire	23,8	2 575	3 619	16,0	756	1 041
Secondaire 1 ^{er} cycle	49,8	5 387	5 016	44,7	2 110	2 247
Secondaire 2 nd cycle	15,4	1 670	1 023	24,1	1 138	886
Supérieur	5,2	563	260	12,6	595	354
Ensemble 15-49	100,0	10 819	10 819	100,0	4 723	4 663
50-59	na	na	na	na	422	482
Ensemble 15-59	na	na	na	na	5 145	5 145

 Note: Les niveaux d'instruction correspondent au plus haut niveau atteint, qu'il soit achevé ou non.
 na = Non applicable

Les femmes sont essentiellement de trois religions : 33 % fréquentent les Églises de réveil, 31 % sont catholiques et 22 % protestantes. Chez les hommes, 33 % sont catholiques, 28 % fréquentent les Églises de réveil, 13 % sont protestants, et 13 % se sont déclarés sans religion. L'ethnie Kongo regroupe plus de la moitié de la population (54 % des femmes et des hommes), suivie par l'ethnie Téké (13 % de chaque sexe) et l'ethnie Mbochi (11 % de chaque sexe).

En ce qui concerne l'état matrimonial, on relève que 58 % de femmes et 49 % d'hommes étaient en union au moment de l'enquête. Du fait que les hommes ont tendance à se marier plus tard que les femmes, la proportion de célibataires est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (43 % contre 26 %). À l'inverse, la proportion de personnes en rupture d'union (divorce, séparation ou veuvage) est nettement plus élevée chez les femmes (16 %) que chez les hommes (8 %).

La répartition selon le milieu de résidence montre que 69 % de femmes et 70 % d'hommes résident en milieu urbain dont la grande majorité dans les villes de Brazzaville et Pointe-Noire. La répartition géographique de la population reflète bien le poids démographique respectif de chaque département. Ainsi, le tableau 2 révèle que plus du tiers de femmes et des hommes résident à Brazzaville (respectivement, 36 % et 37 %) et plus d'un quart à Pointe-Noire (respectivement, 25 % et 27 %) ; avec 10 % de femmes et 9 % d'hommes, le département de la Bouenza vient en troisième position.

On constate que globalement, les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, 81 % d'hommes contre 70 % de femmes ont atteint un niveau d'instruction secondaire ou plus ; à l'opposé, proportionnellement plus de femmes que d'hommes ont seulement un niveau d'instruction primaire (24 % contre 16 %) ou sont sans instruction (6 % contre 3 %).

3.3 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 réduire les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est mesurée par 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.

Le tableau 3 indique que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à, en moyenne, 5,1 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (en moyenne, 6,5 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,5 enfants, en moyenne). On observe également qu'à tous les âges, les taux de fécondité sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain (Graphique 1). Les courbes de fécondité urbaine et rurale suivent une tendance similaire, c'est-à-dire, qu'elles augmentent rapidement pour atteindre un maximum à 25-29 ans (232 ‰) avant de baisser de façon régulière avec l'âge. En milieu urbain, c'est dans

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 des trois années précédant l'enquête, par milieu de résidence, Congo 2011-2012

Groupe d'âges	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
15-19	125	204	147
20-24	201	283	222
25-29	212	279	232
30-34	192	234	205
35-39	122	183	145
40-44	38	96	61
45-49	7	13	9
ISF (15-49)	4,5	6,5	5,1
TGFG	163	223	182
TBN	40,6	42,8	41,4

Note: Les taux sont exprimés pour 1000 femmes. Les taux pour le groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'enquête.

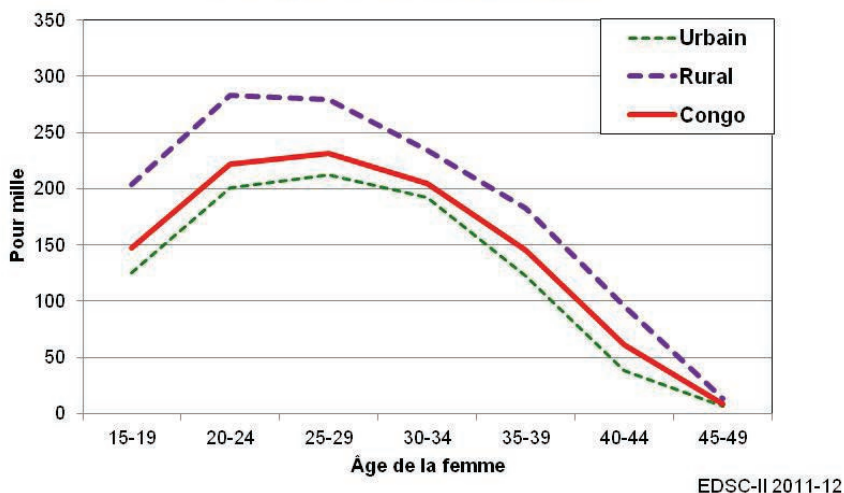
ISF : Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme

TGFG : Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15-44 ans

TBN : Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus

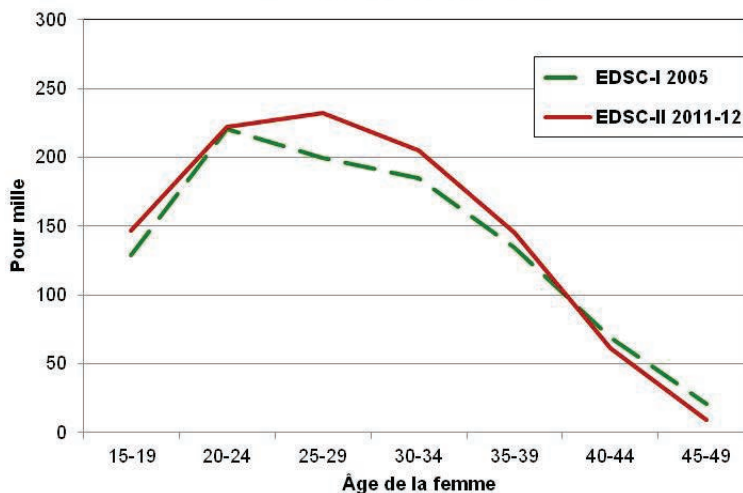
le groupe d'âges 25-29 ans que le taux de fécondité maximum est atteint (212 ‰) alors qu'il est atteint à 20-24 ans en milieu rural (283 ‰). Les données révèlent également une fécondité plus précoce en milieu rural qu'urbain. Ainsi, si les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour 14 % à la fécondité totale du milieu urbain, elles contribuent pour 16 % à la fécondité du milieu rural.

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



En 2005, l'ISF avait été estimé à 4,8 enfants par femme (3,8 en urbain et 6,1 en rural), contre 5,1 en 2011-2012 (4,5 en urbain et 6,5 en rural). Il semblerait donc qu'il y ait eu une légère augmentation des niveaux de fécondité entre les deux enquêtes. Cependant, la comparaison des taux par âge (Graphique 2) montre que l'allure de la courbe de 2005 présentait un léger creux assez inhabituel au groupe d'âges 25-29 ans, alors que la courbe de 2011-2012 est beaucoup plus régulière avec, comme on s'y attendait, le maximum de fécondité atteint à 25-29 ans. Il se pourrait donc que la fécondité des femmes de ce groupe d'âges ait été légèrement sous-estimée en 2005 et donc que l'augmentation de la fécondité totale constatée aujourd'hui soit artificielle : en réalité les niveaux de fécondité n'auraient pas changé (ou très peu) entre les deux enquêtes.

Graphique 2. Taux de fécondité générale selon l'EDSC-I 2005 et l'EDSC-II 2011-12



3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes actuellement en union, 18 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (supplémentaires). À l'opposé, 70 % des femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant : 18 % ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant dans les deux années à venir, et 47 % souhaiteraient cet enfant plus tard (après deux ans) c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certain espacement des naissances (Tableau 4). Par ailleurs, 5 % des femmes voudraient un enfant ou un enfant supplémentaire mais elles ne savent pas quand. Par rapport aux données de l'EDSC-I 2005, on constate que la proportion de femmes qui ne veulent plus d'enfant n'a pratiquement pas changé (19 % contre 18 %) ; par contre, la proportion de femmes qui souhaitent espacer leur prochaine naissance est passée de 40 % à 47 %.

Tableau 4. Préférences en matière de fécondité								
Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants (supplémentaires), selon le nombre d'enfants vivants, Congo 2011-2012								
Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt ²	77,0	25,1	19,3	18,4	11,6	5,9	2,7	17,9
Veut un autre plus tard ³	9,4	62,1	63,0	52,0	46,8	31,4	15,2	47,1
Veut un autre, NSP quand	5,2	4,0	5,1	4,9	5,4	6,1	1,0	4,5
Indécise	0,1	3,3	4,0	8,1	8,9	8,8	10,7	6,5
Ne veut plus d'enfant	0,0	1,6	5,2	11,9	23,3	37,4	55,0	17,7
Stérilisée	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,2	0,0	0,1
S'est déclarée stérile	8,2	3,9	3,4	4,2	4,0	9,8	15,0	6,0
Manquant	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,5	0,4	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	251	1 119	1 377	1 176	940	676	750	6 289

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle
² Veut une autre naissance dans les deux ans
³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance augmente de façon importante avec le nombre d'enfants vivants : de 2 % chez les femmes ayant un seul enfant vivant, la proportion passe à 5 % chez celles ayant deux enfants vivants, 12 % chez celles ayant trois enfants vivants, et atteint un maximum de 55 % chez les femmes ayant six enfants ou plus. Cependant, la proportion de femmes qui veulent espacer leurs naissances (attendre deux ans ou plus avant le prochain enfant) est élevée quel que soit le nombre d'enfants vivants, sauf chez les femmes sans enfant (9 %) et celles ayant six enfants ou plus (15 %).

3.5 Utilisation de la contraception

L'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans en union est élevée : 45 % ont déclaré utiliser une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête (Tableau 5), mais la plupart utilise une méthode traditionnelle (25 % contre 20 % pour les méthodes modernes). Cette tendance est la même qu'en 2005, on observe cependant une nette amélioration de la prévalence contraceptive moderne aux dépens de la prévalence contraceptive traditionnelle. En effet, entre les deux enquêtes, la prévalence contraceptive moderne a augmenté, passant de 13 % à 20 % (Graphique 3), du fait essentiellement d'une augmentation d'utilisation du condom masculin (passant de 9 % à 12 %), tandis que celle des méthodes traditionnelles a régressé de 7 points (32 % en 2005 contre 25 % en 2011-2012). Le condom masculin (12 %) et la continence périodique (17 %) sont respectivement les méthodes contraceptives moderne et traditionnelle les plus utilisées.

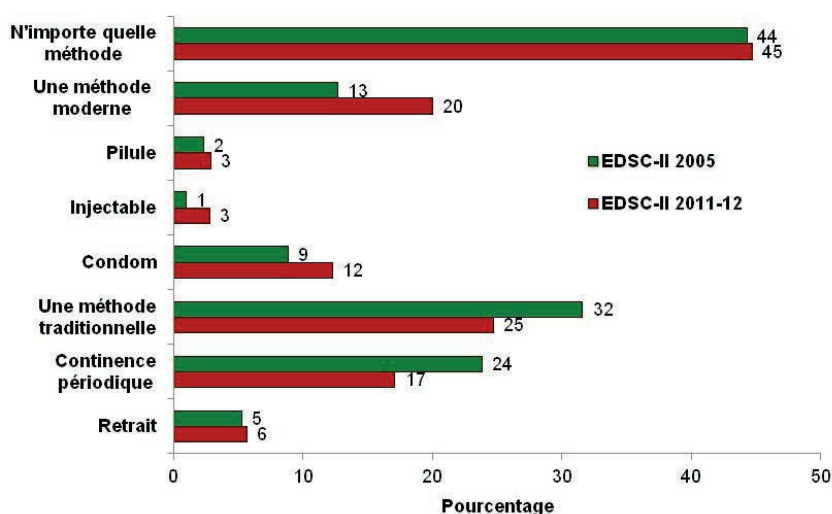
Tableau 5. Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2011-2012

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Méthode moderne				Méthode traditionnelle				N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes			
		Une méthode moderne	Sérilisation féminine		Condom		Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle							
			Pilule	Injectable	Implant	masculin		féminin	Autre				Retrait	Autre	
Groupe d'âges															
15-19	36,2	26,3	0,0	3,7	0,0	0,0	19,5	0,0	9,8	4,7	2,8	2,3	63,8	100,0	413
20-24	45,9	23,0	0,0	2,6	1,1	0,0	15,4	0,0	22,8	15,2	5,7	2,0	54,1	100,0	1 083
25-29	48,5	22,9	0,0	4,9	2,1	0,2	14,2	0,0	25,6	16,8	5,9	2,9	51,5	100,0	1 434
30-34	49,6	20,8	0,0	3,0	3,3	0,0	13,7	0,0	28,8	20,1	6,8	2,0	50,4	100,0	1 163
35-39	49,0	20,0	0,3	1,5	6,3	0,0	10,1	0,3	29,0	20,7	6,7	1,6	51,0	100,0	1 053
40-44	41,3	14,5	0,2	2,5	3,9	0,3	7,1	0,0	26,8	19,7	6,3	0,7	58,7	100,0	633
45-49	23,2	5,3	0,2	1,2	0,7	0,9	1,8	0,0	17,9	14,5	1,8	1,5	76,8	100,0	512
Milieu de résidence															
Urbain	46,3	24,6	0,0	4,1	3,7	0,2	14,4	0,1	21,7	15,7	4,1	1,9	53,7	100,0	4 032
Rural	41,9	11,7	0,2	0,9	1,2	0,0	8,5	0,0	30,2	19,6	8,4	2,1	58,1	100,0	2 257
Département															
Kouilou	27,9	9,7	0,2	4,3	2,1	0,1	2,3	0,1	18,2	8,8	5,8	3,6	72,1	100,0	186
Niari	52,8	18,5	0,0	1,9	1,4	0,0	13,6	0,0	34,2	22,0	10,9	1,3	47,2	100,0	360
Lékoumou	46,2	23,6	0,0	0,7	1,0	0,0	21,3	0,0	22,6	13,4	8,3	0,9	53,8	100,0	115
Bouenza	51,1	13,7	0,5	0,3	1,5	0,0	10,3	0,0	37,4	23,6	10,2	3,6	48,9	100,0	653
Pool	45,7	16,1	0,0	1,6	1,2	0,0	11,7	0,0	29,6	12,9	11,7	4,9	54,3	100,0	431
Plateaux	38,1	9,4	0,2	0,0	1,2	0,0	6,9	0,2	28,7	20,6	7,9	0,3	61,9	100,0	239
Cuvette	36,1	10,7	0,3	0,3	1,1	0,0	8,4	0,0	25,3	19,1	5,3	0,9	63,9	100,0	231
Cuvette-Ouest	30,1	5,5	0,0	0,2	0,0	0,0	5,0	0,0	24,6	23,6	1,0	0,0	69,9	100,0	90
Sangha	48,6	15,3	0,2	1,0	1,0	0,0	12,9	0,0	33,3	27,5	2,8	3,0	51,4	100,0	115
Likouala	42,2	12,9	0,2	1,0	1,8	0,0	9,0	0,0	29,3	25,4	2,9	1,1	57,8	100,0	268
Brazzaville	41,2	22,4	0,0	4,5	5,0	0,4	11,0	0,1	18,8	13,2	3,4	2,2	58,8	100,0	2 000
Pointe-Noire	49,5	27,1	0,0	4,2	2,5	0,1	17,2	0,0	22,4	17,2	4,3	0,9	50,5	100,0	1 602
Niveau d'instruction															
Aucun	33,6	10,5	0,3	1,6	0,9	0,0	7,2	0,0	23,1	12,5	8,7	1,9	66,4	100,0	450
Primaire	43,1	15,7	0,1	2,0	2,1	0,1	9,4	0,0	27,4	15,8	8,5	3,2	56,9	100,0	1 680
Secondaire 1 ^{er} cycle	45,4	20,7	0,1	2,9	3,2	0,2	12,2	0,1	24,7	18,2	4,9	1,7	54,6	100,0	3 096
Secondaire 2 nd cycle ou plus	49,9	28,7	0,0	5,1	3,6	0,2	19,0	0,0	21,2	17,9	2,2	1,1	50,1	100,0	1 063
Nombre d'enfants vivants															
0	14,4	7,6	0,0	0,0	0,0	0,0	7,2	0,0	6,8	5,9	0,8	0,1	85,6	100,0	396
1-2	45,3	23,5	0,0	3,9	1,2	0,1	16,0	0,0	21,8	15,9	4,2	1,7	54,7	100,0	2 548
3-4	48,5	20,6	0,2	3,1	3,5	0,0	12,1	0,2	27,9	18,5	6,5	2,8	51,5	100,0	2 016
5+	47,1	16,1	0,1	1,8	5,6	0,5	6,8	0,0	31,0	20,5	8,7	1,7	52,9	100,0	1 328
Ensemble	44,7	20,0	0,1	2,9	2,8	0,1	12,3	0,1	24,7	17,1	5,7	2,0	55,3	100,0	6 289

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

Graphique 3. Prévalence contraceptive (femmes en union), EDSC-I 2005 et EDSC-II 2011-12



En outre, les résultats mettent en évidence des écarts importants d'utilisation de la contraception. Du point de vue du milieu de résidence, c'est en milieu urbain que l'utilisation de la contraception est la plus fréquente : 25 % des femmes en union utilisent actuellement une méthode moderne contre 12 % en milieu rural. En urbain, 14 % de femmes utilisent le condom masculin, 4 % la pilule et 4 % les injectables. Sur le plan départemental, c'est à Pointe-Noire que la prévalence contraceptive moderne est plus élevée (27 %) ; tandis que dans la Cuvette-Ouest seulement 6 % de femmes en union utilisent une méthode moderne.

Le niveau d'instruction des femmes constitue un autre facteur différentiel important. La prévalence contraceptive est très fortement associée au niveau d'instruction : chez les femmes ayant au moins un niveau d'instruction secondaire 2nd cycle, 29 % utilisent actuellement une méthode moderne, contre 21 % chez les femmes de niveau secondaire 1^{er} cycle, 16 % chez celles ayant un niveau primaire et 11 % chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction.

Par ailleurs, on relève que la prévalence de la contraception moderne varie selon le groupe d'âges de la femme, d'un minimum de 5 % à un maximum de 26 %. La plus forte proportion d'utilisatrices se situe à 15-19 ans, âges correspondant à la période d'entrée en vie sexuelle et féconde. C'est chez les femmes de 45 ans ou plus que les taux sont plus faibles (5 %).

On note également que le niveau d'utilisation de la contraception moderne varie en fonction du nombre d'enfants vivants de la femme. Les femmes ayant un ou deux enfant(s) sont celles qui utilisent le plus fréquemment la contraception moderne (24 %), essentiellement le condom (16 %).

3.6 Soins prénatals et accouchement

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la mère et à son enfant une bonne santé. Au cours de l'EDSC-II, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant ont été posées à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté, si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes leurs naissances survenues au cours des cinq dernières années, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

Tableau 6. Indicateurs de santé maternelle

Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé pour la dernière naissance vivante et pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ; parmi toutes les naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé et pourcentage de celles qui ont eu lieu dans un établissement de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2011-2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé ¹	Pourcentage de femmes dont la naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé ³	Pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance						
<20	92,1	68,6	1 072	93,7	92,4	1 589
20-34	93,3	74,4	3 897	93,8	91,5	5 505
35+	90,2	75,3	913	92,3	89,7	1 075
Milieu de résidence						
Urbain	95,9	72,0	3 725	98,2	97,4	4 953
Rural	86,8	76,2	2 157	86,4	82,4	3 217
Département						
Kouilou	84,0	75,2	177	85,3	82,7	260
Niari	89,0	80,1	360	84,6	74,2	515
Lékoumou	80,2	77,3	123	77,4	71,3	179
Bouenza	80,7	76,8	628	87,1	82,0	894
Pool	95,3	80,6	401	94,9	94,1	583
Plateaux	86,7	76,4	219	86,9	84,5	319
Cuvette	94,4	78,0	211	91,4	89,3	309
Cuvette-Ouest	92,3	74,7	93	87,1	84,1	134
Sangha	84,0	77,7	110	81,4	79,3	157
Likouala	89,3	74,4	274	88,5	85,9	455
Brazzaville	95,7	74,4	1 862	99,4	99,4	2 487
Pointe-Noire	97,9	65,0	1 425	97,9	96,9	1 877
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	72,7	65,9	376	76,8	73,1	599
Primaire	87,4	72,5	1 698	89,4	85,5	2 518
Secondaire 1 ^{er} cycle	96,5	74,1	2 856	97,0	95,7	3 847
Secondaire 2 nd cycle ou plus	98,0	76,5	951	99,4	99,4	1 206
Ensemble	92,6	73,5	5 882	93,6	91,5	8 170

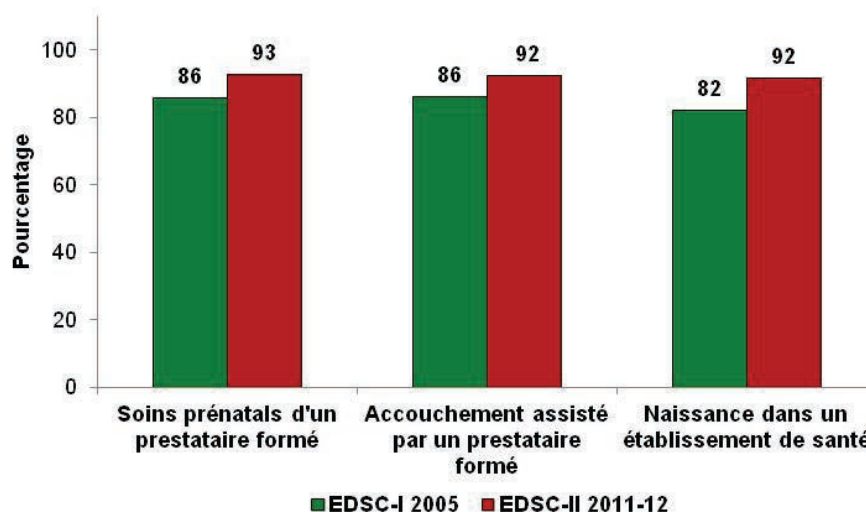
¹ Les médecins, les infirmières, les sages-femmes ou les assistants sont considérés ici comme des prestataires formés pour les soins prénatals.

² Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante

³ Les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les assistants, les matrones ou les agents de santé communautaire sont considérés comme des prestataires formés pour l'assistance à l'accouchement.

Dans l'ensemble, 93 % de femmes ont consulté un professionnel de santé durant la grossesse de leur naissance la plus récente (Tableau 6) et cette proportion a progressé de cinq points environ depuis l'EDSC-I de 2005 (88 %) (Graphique 4). Le recours aux consultations prénatales varie peu par rapport à l'âge de la femme. Cependant, on observe un écart important entre les milieux de résidence : en effet, les femmes vivant en milieu urbain (96 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (87 %). Des disparités non négligeables de cette proportion sont aussi observées selon les départements. La Lékoumou (80 %) et la Bouenza (81 %) se distinguent par les taux de consultation prénatale les plus faibles. Les départements de Brazzaville (96 %) et de Pointe-Noire (98 %) sont ceux dont les proportions de femmes ayant consulté un professionnel de santé durant la grossesse sont les plus élevées. La consultation prénatale par un agent de santé est fortement influencée par le niveau d'instruction de la mère. Les femmes sans niveau d'instruction (73 %) ont moins bénéficié que les autres de soins prénatals au cours de la grossesse de leur dernier-né. Par contre, cette proportion dépasse 87 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire et 98 % lorsque la mère a un niveau d'instruction secondaire 2nd cycle ou supérieur.

**Graphique 4. Indicateurs de santé maternelle,
EDSC-I 2005 et EDSC-II 2011-12**



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, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou encore, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

Le tableau 6 montre que la couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos est relativement élevée : près des trois quarts des femmes (74 %) ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néonatal. Par ailleurs, les nouveau-nés des mères résidant en milieu rural (76 %) sont plus fréquemment protégés que ceux des mères résidant en milieu urbain (72 %). Par rapport aux départements, on note des écarts non moins importants de couverture en VAT ; celle-ci atteint ou dépasse 74 % dans tous les départements, à l'exception de Pointe-Noire (65 %). Les départements du Niari (80 %) et du Pool (81 %) demeurent les mieux couverts en VAT. La proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos néonatal augmente avec le niveau d'instruction de la mère. Ces proportions passent de 66 % quand la mère est sans niveau d'instruction à 77 % quand elle a atteint au moins le niveau secondaire 2nd cycle.

Comme on l'a déjà mentionné, pour toutes les naissances survenues au cours des cinq dernières années, on a demandé où la mère avait accouché et qui l'avait assistée à ce moment-là. Les résultats de l'EDSC-II révèlent que plus de neuf naissances sur dix (92 %) ont eu lieu dans un établissement de santé, contre 86 % en 2005 (Graphique 4). Le pourcentage de naissances survenues dans un établissement de santé varie légèrement avec l'âge et oscille entre 90 % et 92 %. Il se dégage un écart non négligeable entre le milieu urbain (97%) et le milieu rural (82%) même si le niveau de couverture reste très élevé.

Les différences entre départements sont très importantes. Le pourcentage de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé est inférieur à 75% dans les départements de la Lékoumou (71 %) et du Niari (74 %) alors qu'il dépasse 99 % à Brazzaville. Enfin, les proportions de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé varient positivement et de façon significative avec le niveau d'instruction : de 73 % chez les femmes sans niveau d'instruction, le pourcentage passe à 86 % chez les femmes de niveau primaire, à 96 % chez celles ayant un niveau secondaire 1^{er} cycle, et à 99 % chez les mères de niveau d'instruction secondaire 2nd cycle ou plus.

En ce qui concerne l'assistance à l'accouchement, on observe qu'environ 92 % des femmes ont bénéficié de l'assistance d'un personnel de santé formé lors de l'accouchement : cette proportion a augmenté depuis 2005 date à laquelle elle était estimée à 82 % (Graphique 4). L'assistance à l'accouchement par du personnel de santé formé présente les mêmes variations selon les caractéristiques sociodémographiques que celles observées pour l'accouchement en formation sanitaire.

3.7 Vaccination des enfants

Dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère de la Santé et de la Population et conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTCoq¹ 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 doivent avoir été administrées à l'enfant au cours de sa première année.

Lors de l'EDSC-II, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient relevées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit 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, âges auxquels ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV. Il apparaît au tableau 7 que pour 57 % des enfants de 12-23 mois, un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

D'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, 46 % d'enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 4 % n'ont reçu aucun vaccin. Les autres (51 %) ont été partiellement vaccinés. De manière spécifique, 94 % des enfants ont reçu le BCG ; dans 89 % des cas, les enfants ont reçu la première dose de DTCoq ; dans 87 % des cas, ils ont reçu la première dose de polio et 75 % des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été reçue par près de huit enfants sur dix (77 %).

Pour le DTCoq et surtout la Polio, les déperditions sont importantes entre la première et la troisième dose. De 89 % pour la première dose de DTCoq, la couverture tombe à 83 % pour la deuxième et à 72 % pour la troisième, soit un taux de déperdition de 19 %. En ce qui concerne la Polio, les pourcentages respectifs sont 87 %, 77 % et 57 %, soit un taux de déperdition très élevé de 34 %.

La couverture vaccinale complète varie énormément d'un département à un autre. Dans deux départements, Niari (63 %) et Pointe-Noire (60 %), plus de six enfants de 12-23 mois sur dix ont été complètement vaccinés. À l'opposé, dans le département des Plateaux, seulement 14 % des enfants de 12-23 mois ont reçu une vaccination complète. C'est aussi dans ce département et celui de la Likouala que l'on trouve les proportions les plus élevées d'enfants de 12-23 mois n'ayant reçu aucun vaccin (respectivement 12 % et 13 %). L'instruction de la mère a aussi un effet positif sur la vaccination des enfants, principalement lorsque la mère a, au moins, atteint le niveau secondaire 1^{er} cycle : il y a très peu de différence quand la mère est sans instruction ou lorsqu'elle a un niveau primaire (respectivement 41 % et 40 %), mais le taux de couverture vaccinale complète passe à 49 % chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire 1^{er} cycle, et à 52 % chez ceux dont la mère a au moins un niveau secondaire 2nd cycle.

¹ Il faut noter que les enfants qui, d'après le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère, avaient reçu des doses de Pentacoq ont été comptabilisés ici comme ayant reçu les doses correspondantes de DTCoq.

Tableau 7. Vaccination des enfants

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête par source d'information (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère), et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2011-2012

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTCoq ¹				Polio			Rougeole	Tous les vaccins ³	Aucun vaccin	Pourcentage ayant présenté un carnet de vaccination	Effectif d'enfants
		1	2	3	0 ²	1	2	3					
Sexe													
Masculin	94,5	90,4	84,4	72,3	79,5	87,5	76,6	57,6	74,5	47,5	3,0	58,4	831
Féminin	93,4	88,2	81,1	71,4	73,7	86,4	78,3	56,8	75,3	43,6	4,3	56,0	847
Milieu de résidence													
Urbain	97,4	94,4	89,3	79,9	81,2	86,9	78,4	58,5	83,6	49,3	1,7	63,9	1 022
Rural	88,6	81,2	72,4	59,3	69,3	87,0	76,0	55,3	61,3	39,7	6,7	46,6	656
Département													
Kouilou	91,0	91,3	83,6	65,0	54,4	96,3	83,8	59,9	70,3	39,0	2,6	42,2	52
Niari	98,5	95,9	91,7	82,8	86,9	91,5	88,2	76,9	80,5	62,7	1,5	65,4	100
Lékoumou	92,1	83,5	72,9	64,0	75,9	89,1	78,0	61,5	63,1	49,1	5,7	46,8	41
Bouenza	90,8	80,1	75,0	61,1	73,8	85,9	73,4	56,3	51,1	41,8	8,3	51,4	187
Pool	91,8	86,2	83,2	78,3	87,1	89,8	82,6	66,4	79,5	59,8	4,7	69,7	107
Plateaux	72,8	60,2	47,0	27,7	45,9	80,8	65,3	35,7	41,9	14,2	11,8	25,4	68
Cuvette	96,0	89,1	76,9	64,7	76,7	84,0	75,3	57,2	75,4	43,4	3,0	52,1	67
Cuvette-Ouest	91,6	81,8	64,9	44,5	59,6	88,8	75,6	47,0	64,2	25,7	2,1	37,1	24
Sangha	93,5	69,6	62,4	48,9	68,0	88,9	77,9	44,3	52,0	31,6	2,7	37,2	27
Likouala	78,4	73,5	62,6	49,6	62,4	79,5	66,8	47,3	57,0	32,9	13,2	43,8	92
Brazzaville	96,6	94,0	87,0	79,3	80,2	81,3	72,2	49,0	81,3	37,7	2,3	57,3	512
Pointe-Noire	98,9	97,3	93,4	81,5	80,6	94,3	86,0	67,4	88,7	60,2	0,1	69,1	403
Niveau d'instruction													
Aucun	86,1	76,5	69,1	59,6	63,5	76,5	66,1	51,9	57,8	40,6	10,1	50,2	131
Primaire	90,3	84,4	75,7	62,9	68,7	89,3	77,2	56,5	64,8	39,6	5,4	52,0	552
Secondaire 1 ^{er} cycle	96,5	93,4	87,4	78,6	82,6	86,9	78,5	57,8	79,8	48,7	2,1	58,3	745
Secondaire 2 nd cycle ou plus	98,6	94,3	91,3	77,9	82,9	87,2	80,6	60,1	91,5	51,6	1,0	68,7	250
Ensemble	93,9	89,3	82,7	71,9	76,5	86,9	77,4	57,2	74,9	45,5	3,6	57,2	1 678

¹ DTCoq ou Pentacoq.

² Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance

³ BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq (ou Pentacoq) et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance).

3.8 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), la fièvre et la déshydratation induite par des diarrhées sévères 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 ces symptômes est cruciale et déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Pour obtenir les informations sur la prévalence et le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a demandé aux mères si, dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, l'enfant avait souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë) et/ou de la fièvre et s'il avait eu de la diarrhée ; de plus, dans chaque cas, on a demandé ce qui avait été fait pour traiter l'enfant.

Dans l'ensemble, 5 % des enfants ont présenté des symptômes d'IRA (Graphique 5). Parmi les enfants qui ont eu une IRA au cours des deux semaines avant l'enquête, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 52 % d'entre eux (Tableau 8). Les enfants de moins de 12 mois, ceux de sexe féminin et ceux du milieu urbain, en particulier de Pointe-Noire, sont ceux pour lesquels on a le plus fréquemment recherché des soins.

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

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé; parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé ; parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu une solution préparée à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) et pourcentage qui ont été traité avec n'importe quel type de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2011-2012

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Enfants avec la fièvre		Enfants avec la diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Effectif avec la fièvre	Pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement/ prestataire de santé ²	Pourcentage à qui on a donné une solution à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO)	Pourcentage ayant été traité avec une TRO ³	Effectif avec la diarrhée
Groupe d'âges en mois								
<6	60,0	44	59,6	161	40,3	18,0	18,0	73
6-11	63,0	57	49,0	291	45,0	36,8	38,1	225
12-23	52,8	99	47,7	504	33,0	38,2	40,9	571
24-35	52,1	83	43,6	387	35,8	37,0	37,4	299
36-47	37,6	72	45,3	343	35,9	22,4	28,2	188
48-59	(52,5)	24	39,4	238	38,8	38,1	39,2	120
Sexe								
Masculin	46,7	171	48,7	918	39,9	35,9	37,8	753
Féminin	56,6	207	44,7	1 007	33,2	33,5	35,9	721
Milieu de résidence								
Urbain	57,3	230	49,7	1 221	38,8	38,2	40,8	1 016
Rural	44,0	149	41,3	704	31,9	27,0	28,1	459
Département								
Kouilou	41,4	19	41,3	96	28,8	26,2	26,2	41
Niari	(24,6)	20	36,0	66	15,9	23,3	24,1	90
Lékoumou	32,1	15	41,3	52	24,2	10,8	10,8	38
Bouenza	*	26	27,3	133	17,7	25,9	27,3	92
Pool	*	7	51,4	71	41,3	33,4	34,3	54
Plateaux	(38,6)	16	37,8	105	36,5	19,0	20,8	55
Cuvette	45,9	21	41,2	86	27,4	27,3	27,3	55
Cuvette-Ouest	(47,7)	11	48,2	38	28,7	29,9	29,9	25
Sangha	*	2	43,3	29	47,7	40,4	43,3	21
Likouala	60,7	40	47,0	151	45,4	33,6	36,7	82
Brazzaville	*	54	46,8	580	40,2	49,7	52,5	469
Pointe-Noire	67,3	146	56,3	518	41,5	29,3	31,9	453
Niveau d'instruction de la mère								
Aucun	(31,0)	26	34,7	106	29,8	24,1	26,4	74
Primaire	45,9	120	41,5	590	29,1	27,9	32,8	414
Secondaire 1 ^{er} cycle	52,5	183	46,7	902	36,1	32,4	33,4	705
Secondaire 2 nd cycle ou plus	(76,5)	49	59,4	327	50,8	53,4	54,5	281
Ensemble	52,1	378	46,6	1 925	36,6	34,7	36,9	1 475

¹ Les symptômes d'IRA (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou à des difficultés respiratoires associés à des problèmes de congestion dans la poitrine) sont considérés comme des indicateurs de la pneumonie.

² Non compris les pharmacies, les vendeurs ambulants, et les boutiques.

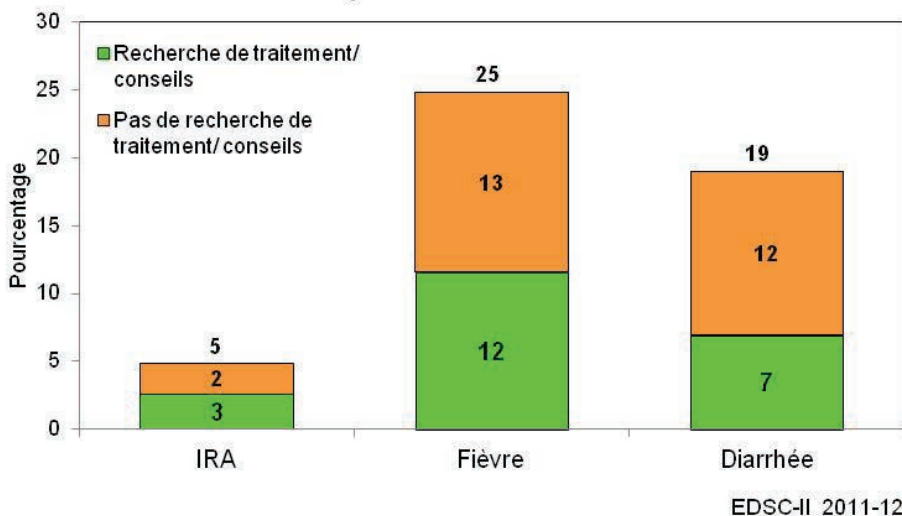
³ Comprend les sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et les solutions maison recommandées.

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

Dans l'ensemble, 25 % des enfants ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête (Graphique 5). Parmi ces enfants, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé pour 47 % d'entre eux (Tableau 8). Les enfants du milieu rural (41 %), ceux de la Bouenza (27 %), et ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (35 %) sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché des soins en cas de fièvre. Le sexe de l'enfant ne semble pas influencer

de façon importante la décision de recherche d'un traitement (49 % pour les garçons contre 45 % pour les filles).

Graphique 5. Prévalence des maladies des enfants de moins de cinq ans et recherche de traitement



Par ailleurs, 19 % des enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux dernières semaines avant l'enquête (Graphique 5). Un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour seulement 37 % de ces enfants (Tableau 8). Par ailleurs, 35 % des enfants malades ont reçu une solution de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et 37 % ont reçu une Thérapie de Réhydratation Orale (TRO, à savoir soit une SRO, soit une solution maison sucrée salée). C'est en milieu urbain que la recherche de traitement auprès d'un établissement de santé et le recours à la TRO sont les plus élevées : respectivement, 39 % et 41 % contre 32 % et 28 % en milieu rural.

3.9 Indicateurs du paludisme

L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement de la fièvre chez les enfants par des antipaludéens, et la prise préventive d'antipaludéens par la femme enceinte constituent les moyens les plus efficaces de lutte contre le paludisme.

Les données obtenues à l'EDSC-II permettent d'évaluer les proportions de ménages disposant de moustiquaires, en particulier les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) et leur utilisation par les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Il ressort du tableau 9, qu'au Congo, plus de quatre ménages sur cinq possèdent, au moins, une moustiquaire, qu'elle ait été traitée ou non (84 %). Cette proportion est plus élevée en milieu urbain (86 %) qu'en milieu rural (80 %). En ce qui concerne les MILDA, la situation précédente est inversée : 40 % des ménages du milieu rural en possède au moins une, contre 19 % en milieu urbain. Dans l'ensemble, 27 % des ménages possèdent au moins une moustiquaire de ce type.

La proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant passé la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire, quelle qu'elle soit, est de 81 % : elle varie de 84 % en milieu urbain à 77 % en milieu rural. Étant donné que la possession de MILDA est encore limitée, la proportion d'enfants ayant dormi sous une MILDA n'est que de 26 % (17 % en milieu urbain et 40 % en milieu rural). Par ailleurs, si on se limite aux seuls enfants qui vivent dans un ménage possédant au moins une MILDA, on constate que seulement 75 % d'entre eux ont dormi sous ce type de moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Ce taux d'utilisation des MILDA varie de 80 % en milieu rural à 69 % en milieu urbain.

Tableau 9. Indicateurs du paludisme

Possession et utilisation de moustiquaires, traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse et traitement des enfants ayant de la fièvre avec des antipaludéens, selon le milieu de résidence, Congo 2011-2012

Indicateur du paludisme	Milieu de résidence				Ensemble	
	Urbain		Rural		Pourcentage	Effectif
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif		
Moustiquaires						
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire (imprégnée ou non)	86,4	7 352	79,6	4 280	83,9	11 632
Pourcentage de ménages possédant au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) ¹	18,9	7 352	39,7	4 280	26,6	11 632
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	83,8	5 199	76,8	3 521	80,9	8 720
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MILDA la nuit ayant précédé l'enquête	17,1	5 199	40,0	3 521	26,4	8 720
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dans les ménages ayant une MILDA qui ont dormi sous une MILDA, la nuit ayant précédé l'enquête ¹	69,0	1 292	79,6	1 767	75,1	3 059
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non) la nuit ayant précédé l'enquête	81,4	724	73,2	398	78,5	1 123
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MILDA la nuit ayant précédé l'enquête ¹	14,4	724	32,2	398	20,7	1 123
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages ayant une MILDA qui ont dormi sous une MILDA la nuit ayant précédé l'enquête ¹	64,3	162	76,9	167	70,7	329
Traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse						
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a pris des antipaludéens à titre préventif au cours de la grossesse	86,2	2 105	68,8	1 321	79,5	3 426
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a reçu un Traitement Préventif Intermittent (TPI) au cours d'une visite prénatale ²	22,6	2 105	21,4	1 321	22,2	3 426
Traitement de la fièvre						
Pourcentage d'enfants avec de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête	26,1	4 687	23,0	3 064	24,8	7 751
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête pourcentage de ceux qui ont pris :						
Un antipaludéen quelconque	28,8	1 221	18,3	704	25,0	1 925
Combinaison Artésunate-Amodiaquine	19,3	1 221	5,3	704	14,2	1 925
Autre antipaludéen	10,3	1 221	13,1	704	11,3	1 925
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris le même jour/jour suivant l'apparition de la fièvre :						
Un antipaludéen quelconque	14,8	1 221	12,0	704	13,8	1 925
Combinaison Artésunate-Amodiaquine	9,3	1 221	3,0	704	7,0	1 925
Autre antipaludéen	5,9	1 221	9,0	704	7,0	1 925

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) est soit une moustiquaire pré-imprégnée permanente qui ne demande aucun traitement.

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

Quant aux femmes enceintes ayant passé la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire, imprégnée ou non, c'est en milieu urbain que le taux est plus élevé (81 %) contre 73 % en milieu rural. Dans l'ensemble, près de quatre femmes sur cinq ont dormi sous une moustiquaire (79 %). La proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une MILDA n'est que de 21 % (14 % en milieu urbain et 32 % en milieu rural). Par ailleurs le taux d'utilisation des MILDA par les femmes enceintes, c'est-à-dire la proportion de femmes enceintes vivant dans un ménage ayant une MILDA et ayant dormi sous ce type de moustiquaire, est de 71 %. Cette proportion est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain (respectivement 77 % et 64 %).

Pour réduire le paludisme pendant la grossesse, il est recommandé que les femmes enceintes non seulement dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide mais aussi prennent, à titre préventif, des antipaludéens pendant la grossesse. Au cours de l'EDSC-II, on a donc demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance pendant les cinq dernières années si, durant la grossesse la plus récente, elles avaient pris des antipaludiques et, dans le cas d'une réponse positive, de quels antipaludéens il s'agissait.

Pour seulement 80 % des dernières naissances survenues au cours des deux années ayant précédé l'enquête, la mère a pris, à titre préventif, des antipaludéens au cours de la grossesse : 86 % en milieu urbain et 69 % en milieu rural. Par contre, la proportion de femmes ayant suivi, comme recommandé, un Traitement Préventif Intermittent (TPI), à savoir deux doses de SP/Fansidar au cours des visites prénatale n'est que de 22 % et ne présente que peu de variation selon le milieu de résidence (23 % en milieu urbain et 21 % en milieu rural).

Pendant la collecte des données, on a également demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et, dans ce cas, quels antipaludéens avaient été pris par cet enfant. Parmi les enfants de moins de cinq ans, un sur quatre (25 %) avait eu de la fièvre dans les deux semaines précédentes. Cette proportion est légèrement plus importante en milieu urbain (26 %) par rapport au milieu rural (23 %). Parmi ces enfants, un quart (25 %) a pris des antipaludéens, dont la majorité une Combinaison d'Artésunate-Amodiaquine (14 %). La prise d'antipaludéens est plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural (29 % contre 18 %) et, en particulier la prise de Combinaison d'Artésunate-Amodiaquine (19 % contre 5 %). Par ailleurs, on constate que seulement 14 % des enfants avec la fièvre ont pris un antipaludéen quelconque le jour même ou le jour suivant l'apparition de la fièvre.

3.10 Allaitement et alimentation de complément

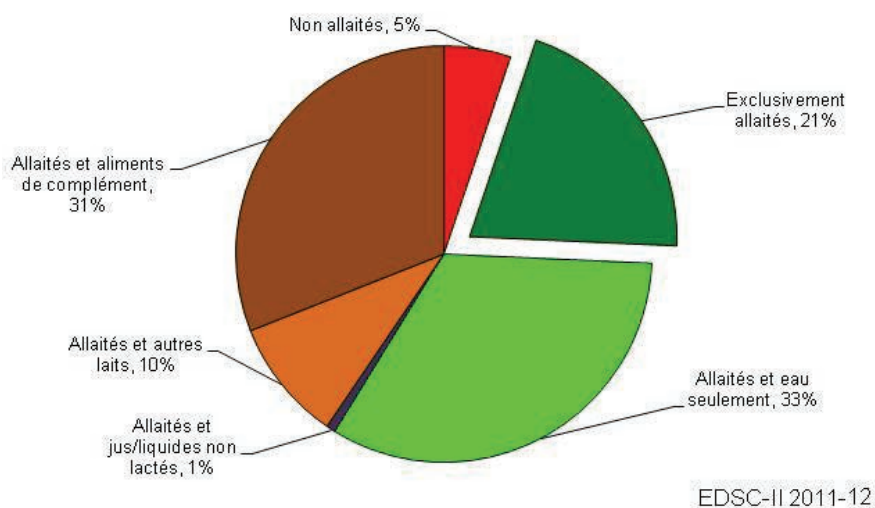
Le lait maternel est la principale source de nutriments pour l'enfant. Pendant les six premiers mois, l'allaitement exclusif, c'est-à-dire sans aucun autre ajout, est recommandé par l'OMS parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une croissance optimale à l'enfant, on introduise dans son alimentation des aliments solides de complément. Le tableau 10 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Tableau 10. Allaitement selon l'âge de l'enfant											
Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère par type d'allaitement, pourcentage actuellement allaités et pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon, selon l'âge en mois, Congo 2011-2012											
Groupe d'âge en mois	Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement							Pourcentage actuellement allaité	Effectif de derniers-nés de moins de 2 ans	Pourcentage utilisant un biberon	Effectif d'enfants de moins de 2 ans
	Non allaités	Exclusivement allaités	Allaités et eau seulement	Allaités et jus/liquides non-lactés	Allaités et autres laits	Allaités et aliments de complément	Total				
0-1	3,7	34,0	42,9	0,0	12,9	6,5	100,0	96,3	209	12,4	214
2-3	3,2	22,4	44,8	1,0	6,7	21,9	100,0	96,8	280	10,4	281
4-5	7,7	10,5	17,2	0,9	9,7	53,9	100,0	92,3	337	15,1	350
6-8	4,6	1,2	6,2	0,2	1,6	86,3	100,0	95,4	513	12,7	517
9-11	13,4	0,1	2,3	0,4	1,0	82,9	100,0	86,6	377	12,2	379
12-17	38,0	0,1	1,0	0,3	0,0	60,7	100,0	62,0	837	5,6	871
18-23	78,7	0,0	0,1	0,0	0,0	21,2	100,0	21,3	713	5,6	807
0-3	3,4	27,4	44,0	0,5	9,4	15,3	100,0	96,6	489	11,3	496
0-5	5,2	20,5	33,1	0,7	9,5	31,0	100,0	94,8	826	12,8	846
6-9	6,8	1,0	5,5	0,3	1,4	85,1	100,0	93,2	633	13,3	638
12-15	24,4	0,1	1,3	0,4	0,1	73,8	100,0	75,6	547	6,5	564
12-23	56,7	0,0	0,6	0,2	0,0	42,5	100,0	43,3	1 550	5,6	1 678
20-23	83,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17,0	100,0	17,0	434	5,7	512

Note: Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de « 24 heures » (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités et eau seulement », « Jus/liquides non lactés », « Autre lait », et « Aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100 %. Ainsi les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides non lactés et qui ne reçoivent pas d'autre laits et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « Liquides non lactés » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

L'allaitement est une pratique quasi universelle au Congo et durant une période assez longue. En effet, les résultats de l'enquête montrent que 95 % des enfants de moins de six mois sont allaités et, de plus, 87 % des enfants de 9-11 mois le sont encore. Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois n'est pas bien suivie. En effet, dans le groupe d'âges 0-5 mois, seulement un enfant sur cinq (21 %) n'a reçu que le lait maternel, c'est-à-dire qu'il a été exclusivement allaité au sein. Dans 74 % des cas, les enfants ont déjà reçu autre chose en plus d'être allaités, essentiellement de l'eau (33 %) ; 10% ont reçu d'autres laits et 31 % ont reçu des suppléments solides ou semi-solides (Graphique 6). Par rapport aux recommandations internationales en matière d'alimentation des jeunes enfants, l'introduction d'autres liquides ou suppléments a donc lieu à un âge trop jeune. Les résultats montrent aussi que, à l'inverse, la recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de l'âge de six mois n'est pas encore complètement suivie : en effet, seulement 85 % des enfants de 6 à 9 mois reçoivent, en plus du lait maternel, des aliments de complément. Par ailleurs, une proportion non négligeable d'enfants sont nourris avec un biberon (13 % des enfants de 0-5 mois).

Graphique 6. Alimentation des enfants de moins de 6 mois



3.11 État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité ; en outre, la malnutrition affecte le développement mental de l'enfant. L'état nutritionnel des enfants est évalué sur la base de mesures anthropométriques. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDSC-II. 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 des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts-types en dessous de la médiane de la population de référence, sont considérés comme mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts-types en dessous de la médiane sont considérés comme étant sévèrement mal nourris. Le tableau 11 présente l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Les enfants dont la taille-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts-types 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 ; il 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 (paludisme par exemple).

Tableau 11. État nutritionnel des enfants

Pourcentage des enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2011-2012

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge ¹		Poids-pour-taille			Poids-pour-âge			Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de +2 ET	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage en dessous de +2 ET	
Groupe d'âges en mois									
<6	2,8	8,8	3,4	8,5	5,9	0,9	6,6	3,0	464
6-8	2,6	12,4	1,1	8,8	3,6	2,2	10,5	0,9	282
9-11	10,2	21,1	3,8	9,7	1,4	5,9	19,7	2,9	230
12-17	6,3	23,4	2,4	7,8	2,7	1,8	10,5	2,0	559
18-23	14,9	37,3	1,0	5,1	3,2	3,6	15,5	0,9	461
24-35	9,0	29,9	1,2	5,6	2,1	3,9	11,3	0,1	907
36-47	8,6	27,7	0,6	1,8	3,9	1,0	10,2	0,6	937
48-59	7,5	21,5	1,1	6,7	3,7	2,0	12,7	1,5	750
Sexe									
Masculin	8,1	25,1	1,5	6,2	3,4	2,5	13,2	1,2	2 284
Féminin	7,9	23,7	1,6	5,6	3,3	2,3	9,9	1,2	2 307
Milieu de résidence									
Urbain	5,9	20,3	1,5	6,0	3,6	1,7	8,9	1,4	2 726
Rural	11,0	30,4	1,6	5,8	2,9	3,4	15,5	1,0	1 865
Département									
Kouilou	10,3	32,5	2,4	7,3	1,3	2,7	17,7	0,2	158
Niari	9,3	26,9	1,0	4,9	3,7	3,3	11,2	1,0	306
Lékoumou	16,3	38,6	1,4	6,3	5,9	4,6	19,3	1,3	103
Bouenza	7,9	22,8	4,6	12,4	1,6	3,0	15,2	1,1	538
Pool	8,6	28,5	2,4	7,8	3,9	3,4	14,6	0,6	339
Plateaux	13,0	36,1	2,2	7,3	2,8	5,1	19,1	0,5	184
Cuvette	8,4	24,0	0,8	2,0	2,3	0,6	8,6	0,3	173
Cuvette-Ouest	10,4	29,2	0,5	5,0	2,5	3,0	16,5	1,0	71
Sangha	16,2	35,4	0,6	2,5	7,2	1,6	10,6	0,8	88
Likouala	13,0	28,9	1,0	3,1	4,1	3,4	13,7	1,6	253
Brazzaville	4,7	18,9	1,1	5,7	3,9	1,3	7,0	1,9	1 220
Pointe-Noire	7,2	22,7	0,6	3,9	3,1	2,2	10,8	1,1	1 156
Niveau d'instruction de la mère³									
Aucun	11,7	26,8	2,6	6,0	2,6	3,6	13,2	0,4	311
Primaire	10,7	29,7	1,8	5,7	3,1	3,6	15,1	0,5	1 389
Secondaire 1 ^{er} cycle	6,4	22,2	1,4	6,0	3,1	1,4	9,9	1,5	1 995
Secondaire 2 nd cycle ou plus	2,3	12,0	1,0	5,9	4,7	1,0	6,4	2,1	593
Interview de la mère									
Mère interviewée	7,6	23,3	1,6	5,6	3,3	2,2	11,2	1,2	4 138
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	7,5	31,5	0,3	13,4	1,9	2,9	14,8	0,4	152
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage ⁴	13,1	35,9	1,4	6,5	4,2	5,3	14,5	1,4	301
Ensemble	8,0	24,4	1,5	5,9	3,3	2,4	11,6	1,2	4 591

Note: Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en termes de nombre d'unités d'écart-type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les indices présentés dans ce tableau ne sont PAS comparables à ceux basés sur les normes NCHS/CDC/OMS de 1977 utilisées précédemment. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valables.

¹ Les enfants de moins de 2 ans et de moins de 85 cm sont mesurés en position allongée; les autres enfants sont mesurés en position debout.

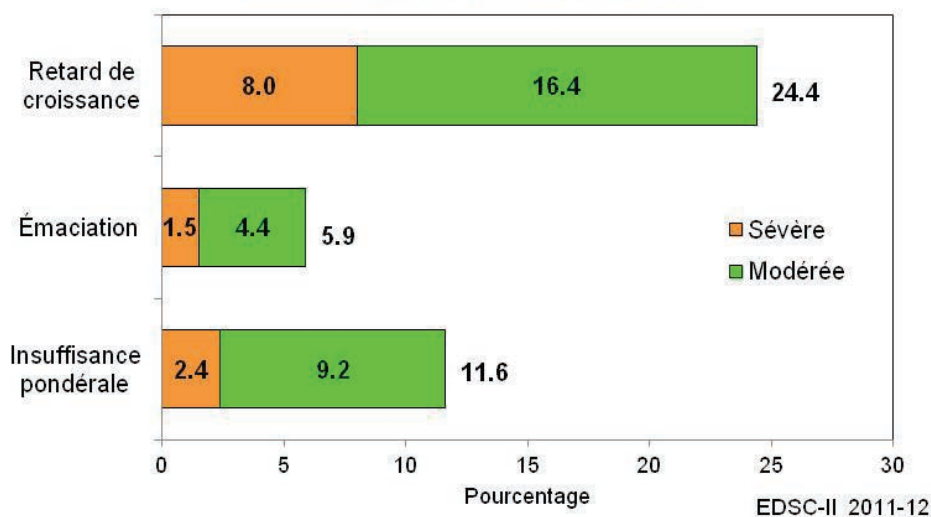
² Y compris les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant.

³ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations proviennent du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'a pas été listée dans le Questionnaire Ménage.

⁴ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

Dans l'ensemble, 24 % des enfants souffrent de malnutrition chronique dont près d'un tiers (8 %) sous la forme sévère (Graphique 7). Le niveau du retard de croissance augmente rapidement avec l'âge : de 9 % chez les enfants de moins de 6 mois, il passe à 21 % chez ceux de 9-11 mois, puis continue d'augmenter pour atteindre un maximum de 37 % à 18-23 mois, pour décroître ensuite légèrement. Les enfants du milieu rural accusent plus fréquemment un retard de croissance que ceux du milieu urbain (30 % contre 20 %). La prévalence de la malnutrition chronique varie d'un minimum de 19 % à Brazzaville à un maximum de 39 % dans la Lékoumou. Par ailleurs, les résultats montrent que le niveau de malnutrition chronique est nettement influencé par le niveau d'instruction de la mère : de 27 % chez les enfants de mère sans instruction, et de 30 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire, la proportion d'enfants atteints de malnutrition chronique passe à 22 % parmi les enfants dont la mère a un niveau secondaire 1^{er} cycle, et à 12 % chez ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire 2nd cycle ou plus.

Graphique 7. Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans



Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous de moins de deux écarts-types 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 et elle peut aussi être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée. Les résultats montrent que 6 % des enfants sont émaciés dont environ un tiers (2 %) sous la forme sévère (Graphique 7). Les résultats indiquent que les enfants de moins de 12 mois ont les niveaux d'émaciation les plus élevés (9 % et plus). Le niveau de malnutrition aiguë varie selon le département de résidence : en effet, dans la Bouenza, la prévalence de la malnutrition aiguë atteint 12 % alors qu'elle n'est que de 3 % ou moins dans les départements de la Likouala, de la Sangha et de la Cuvette.

Le surpoids et l'obésité concernent de plus en plus d'enfants dans les pays en développement, ce qui pourrait constituer dans l'avenir un nouveau problème de santé publique. Le pourcentage d'enfants dont le poids-pour-taille se situe au-dessus de deux écarts-types de la médiane de la population de référence sont en situation de surpoids ou sont atteints d'obésité. Alors que 6 % des enfants souffrent d'émaciation, à l'opposé, 3 % d'enfants sont trop gros. C'est dans les départements de la Lékoumou (6 %) et de la Sangha (7 %) que la proportion d'enfants présentant un surpoids ou sont obèses est la plus élevée.

Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts-types de la médiane de la population de référence présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Au Congo, environ 12 % des enfants présentent une insuffisance pondérale dont environ un sur cinq sous sa forme sévère (Graphique 7). L'insuffisance pondérale est plus fréquente chez les garçons que chez les filles (13 % contre 10 %), et en milieu rural

qu'en milieu urbain (16 % contre 9 %). Enfin, il faut signaler que dans les départements de la Lékoumou et des Plateaux, 19 % des enfants sont touchés par l'insuffisance pondérale.

3.12 Prévalence de l'anémie chez les femmes et les enfants

Un test d'hémoglobine a été inclus à l'EDSC-II afin d'estimer la prévalence de l'anémie. Dans un ménage sélectionné sur deux, le test d'hémoglobine a été effectué auprès de toutes les femmes de 15-49 ans qui ont accepté volontairement de s'y prêter. De plus, tous les enfants de 6-59 mois de ces ménages ont également été testés, à condition que l'un des parents ou l'adulte responsable ait autorisé le test. On a prélevé une goutte de sang qui a été testée en utilisant le système HemoCue (photomètre et microcuvette) et les résultats du test ont été immédiatement communiqués à ces personnes.

Tableau 12. 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 étant atteints d'anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2011-2012					
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage atteint d'anémie	Pourcentage atteint d'anémie			Effectif
		Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	
ENFANTS					
Milieu de résidence					
Urbain	67,9	32,4	35,0	0,5	2 429
Rural	65,1	32,1	31,3	1,7	1 660
Département					
Kouilou	73,4	27,2	44,4	1,7	143
Niari	63,4	36,4	25,5	1,6	274
Lékoumou	58,7	29,9	28,3	0,6	95
Bouenza	67,8	31,9	33,7	2,2	485
Pool	59,4	33,4	25,6	0,4	296
Plateaux	63,7	35,5	27,7	0,5	171
Cuvette	68,3	32,5	34,6	1,2	149
Cuvette-Ouest	71,7	25,0	42,2	4,4	62
Sangha	59,9	27,2	30,1	2,6	85
Likouala	69,5	31,9	35,6	2,1	221
Brazzaville	61,3	32,1	28,8	0,4	1 077
Pointe-Noire	74,6	32,5	41,7	0,4	1 032
Ensemble	66,7	32,3	33,5	1,0	4 089
FEMMES					
Milieu de résidence					
Urbain	56,4	44,2	12,0	0,2	3 560
Rural	49,8	39,4	10,1	0,3	1 804
Département					
Kouilou	61,3	44,8	16,1	0,4	151
Niari	50,8	40,0	10,8	0,0	299
Lékoumou	46,8	38,6	7,6	0,5	100
Bouenza	50,0	39,9	10,0	0,1	606
Pool	49,3	39,1	10,0	0,3	328
Plateaux	44,4	36,9	7,1	0,4	166
Cuvette	62,0	48,0	13,2	0,8	175
Cuvette-Ouest	58,1	39,8	17,9	0,4	67
Sangha	49,5	39,4	10,1	0,0	96
Likouala	47,4	36,0	11,0	0,4	225
Brazzaville	53,5	41,3	12,2	0,0	1 700
Pointe-Noire	59,6	48,0	11,1	0,5	1 451
Ensemble	54,2	42,6	11,3	0,3	5 364
Note: Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. La prévalence de l'anémie, basée sur le niveau d'hémoglobine, est ajustée en fonction du fait de fumer ou non (pour les femmes) en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les femmes et les enfants sont considérés comme atteints d'anémie sévère si le niveau d'hémoglobine est <7,0 g/dl et d'anémie modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl ; l'anémie est considérée comme légère chez les femmes non enceintes si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl ; chez les enfants et les femmes enceintes, l'anémie est considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0-10,9 g/dl.					

Le tableau 12 présente les résultats sur la prévalence de l'anémie par niveau d'anémie pour les enfants et les femmes. Au niveau national, 67 % des enfants de 6-59 mois sont anémiés : 32 % souffrent

d'anémie légère, 34 % souffrent d'anémie modérée, et 1 % d'anémie sévère. Les enfants des zones urbaines (68 %) sont plus fréquemment atteints d'anémie que ceux des zones rurales (65 %). Par contre, la prévalence de l'anémie sévère dans les zones rurales (2 %) est légèrement plus élevée que celle observée dans les zones urbaines (moins de 1 %). C'est dans le département de la Cuvette-Ouest que la prévalence de l'anémie sévère est la plus élevée (4 %).

En général, les femmes sont moins touchées par l'anémie que les enfants. Au niveau national, 54 % des femmes souffrent d'anémie : 43 % souffrent d'anémie légère, 11 % d'anémie modérée et moins de 1 % d'anémie sévère. Comme pour les enfants, les femmes des zones urbaines (56 %) sont plus fréquemment atteintes d'anémie que celles des zones rurales (50 %).

3.13 Connaissance du VIH/sida

Au cours de l'EDSC II, on a posé aux femmes et aux hommes une série de questions sur la connaissance du VIH/sida, sur ses modes de transmission et de prévention ainsi que sur les comportements sexuels.

A la lecture du tableau 13, on constate que, dans l'ensemble, pratiquement toutes les femmes (99 %) et tous les hommes (plus de 99 %) ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida et ces proportions ne varient que très peu selon les différentes caractéristiques sociodémographiques.

La majorité des femmes et des hommes savent, à la fois, que l'utilisation d'un condom à chaque rapport sexuel et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté permettent d'éviter de contracter le virus (71 %) (Tableau 14) ; chez les hommes, cette proportion est plus importante (79 %). Les hommes sont donc légèrement mieux informés que les femmes sur certains moyens d'éviter l'infection. Cependant, il faut noter que ces niveaux de connaissance ont augmenté aussi bien chez les femmes que chez les hommes depuis l'EDSC-I de 2005, passant respectivement de 65 % à 71 % et de 77 % à 79 %).

Tableau 13. Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques Congo 2011-2012

Caractéristique sociodémographique	Femme		Homme	
	A entendu parler du sida	Effectif de femmes	A entendu parler du sida	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-24	98,7	4 227	99,0	1 723
15-19	98,5	2 198	98,5	999
20-24	99,0	2 029	99,7	724
25-29	99,4	2 019	99,9	730
30-39	98,8	2 916	99,8	1 352
40-49	99,3	1 658	99,6	917
État matrimonial				
Célibataire	98,9	2 804	99,2	2 047
A déjà eu des rapports sexuels	99,4	1 961	99,5	1 620
N'a jamais eu de rapports sexuels	97,8	843	97,7	426
En union	98,8	6 289	99,7	2 298
En rupture d'union	99,5	1 726	100,0	378
Milieu de résidence				
Urbain	99,4	7 422	99,8	3 327
Rural	98,1	3 397	98,8	1 396
Département				
Kouilou	99,8	263	100,0	108
Niari	99,4	587	99,3	239
Lékoumou	96,8	198	99,3	77
Bouenza	99,2	1 112	97,8	416
Pool	99,7	630	99,8	250
Plateaux	97,1	322	99,2	159
Cuvette	99,7	336	99,1	152
Cuvette-Ouest	95,0	144	97,5	61
Sangha	91,1	188	98,1	72
Likouala	97,3	430	100,0	168
Brazzaville	99,5	3 879	100,0	1 741
Pointe-Noire	99,0	2 730	99,4	1 279
Niveau d'instruction				
Aucun	94,3	624	92,6	123
Primaire	97,7	2 575	98,7	756
Secondaire 1 ^{er} cycle	99,6	5 387	99,7	2 110
Secondaire 2 nd cycle ou plus	100,0	2 233	100,0	1 734
Ensemble 15-49	99,0	10 819	99,5	4 723
50-59	na	na	100,0	422
Ensemble 15-59	na	na	99,5	5 145

na: Non applicable

Le tableau 14 montre par ailleurs que la connaissance des moyens d'éviter le virus est fortement liée au niveau d'instruction, cela tant chez les femmes que chez les hommes. Cependant, même chez les femmes et chez les hommes ayant le niveau d'instruction le plus élevé, le niveau de connaissance des deux moyens de prévention est loin d'être universel (respectivement 75 % et 83 %). On constate aussi que les femmes et les hommes du milieu urbain connaissent un peu plus fréquemment ces deux méthodes de prévention que ceux du rural (respectivement 72 % contre 69 % et 89 % contre 87 %). Au niveau départemental, ce sont les femmes et les hommes du Kouilou qui sont les moins bien informés (respectivement 47 % et 51 %), suivis des femmes de la Lékoumou (48 %).

Tableau 14. Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2011-2012

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en :				Pourcentage d'hommes ayant déclaré que le risque de contracter de VIH pouvait être réduit en :			
	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ¹²	Effectif de femmes	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ²	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire non infecté ¹²	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
15-24	76,2	81,8	68,1	4 227	87,3	86,4	78,1	1 723
15-19	74,1	79,3	66,2	2 198	84,8	83,8	74,6	999
20-24	78,5	84,5	70,1	2 029	90,6	89,9	82,9	724
25-29	77,7	85,8	71,1	2 019	88,3	87,0	80,0	730
30-39	81,5	85,9	74,7	2 916	85,3	90,1	78,8	1 352
40-49	77,9	84,9	70,7	1 658	87,5	90,2	81,4	917
État matrimonial								
Célibataire	75,5	81,3	67,3	2 804	86,4	86,1	77,6	2 047
A déjà eu des rapports sexuels	79,4	83,8	70,6	1 961	88,3	87,4	79,4	1 620
N'a jamais eu de rapports sexuels	66,5	75,3	59,8	843	79,1	80,9	70,6	426
En union	78,8	85,6	72,0	6 289	87,1	90,3	80,9	2 298
En rupture d'union	80,0	83,5	71,9	1 726	88,8	87,7	78,2	378
Milieu de résidence								
Urbain	79,6	84,9	71,9	7 422	88,6	88,7	80,1	3 327
Rural	75,1	82,4	68,5	3 397	82,9	87,2	77,3	1 396
Département								
Kouilou	55,5	77,0	47,0	263	54,1	92,3	51,3	108
Niari	85,3	87,9	80,9	587	85,7	88,8	77,3	239
Lékoumou	60,1	68,2	48,1	198	93,2	92,7	88,8	77
Bouenza	82,9	85,0	76,9	1 112	89,1	90,1	82,8	416
Pool	81,3	85,4	73,3	630	81,6	79,2	71,7	250
Plateaux	70,2	77,4	60,7	322	80,6	81,7	70,0	159
Cuvette	63,9	78,2	56,8	336	85,9	88,0	82,2	152
Cuvette-Ouest	73,4	76,9	65,0	144	74,8	90,2	72,8	61
Sangha	80,0	82,9	76,3	188	83,1	82,2	80,1	72
Likouala	76,4	90,0	74,4	430	94,4	95,3	94,4	168
Brazzaville	77,3	83,8	69,4	3 879	87,3	88,2	78,1	1 741
Pointe-Noire	81,7	86,1	73,8	2 730	90,1	89,0	82,4	1 279
Niveau d'instruction								
Aucun	64,5	72,9	58,8	624	66,2	70,7	62,4	123
Primaire	73,8	80,0	66,2	2 575	82,7	86,4	75,2	756
Secondaire 1 ^{er} cycle	79,4	85,9	72,5	5 387	86,9	88,1	78,5	2 110
Secondaire 2 nd cycle ou plus	84,2	87,8	75,4	2 233	90,2	90,6	83,1	1 734
Ensemble 15-49	78,2	84,1	70,8	10 819	86,9	88,3	79,3	4 723
50-59	na	na	na	na	86,8	90,3	80,8	422
Ensemble 15-59	na	na	na	na	86,9	88,4	79,4	5 145

na = Non applicable

¹ En utilisant un condom à chaque rapport sexuel

² Partenaire sexuel qui n'a pas d'autres partenaires sexuels

3.14 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

Le multipartenariat dans les rapports sexuels accroît le risque de contracter le VIH. Ce risque est d'autant plus important que l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible. Au regard du tableau 15.1, on constate que 4 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires

sexuels au cours des 12 derniers mois : cette proportion a baissé par rapport à l'Enquête de Séroprévalence et sur les Indicateurs du Sida du Congo (ESISC-I) de 2009 (7 %). Comparativement aux femmes en union (2 %), les femmes en rupture d'union (8 %) et les femmes célibataires (6 %) ont eu plus fréquemment des partenaires multiples au cours des 12 derniers mois. Ce comportement est sensiblement le même en milieu urbain qu'en milieu rural (4 % contre 3 %) et il est d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction augmente, passant de 1 % chez les femmes sans instruction à 4 % chez celles ayant atteint le niveau secondaire 2nd cycle ou plus. Au niveau départemental, ce comportement varie d'un minimum de moins de 1 % dans le Pool à un maximum de 8 % dans la Sangha.

Tableau 15.1 Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois: Femmes

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels; et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2011-2012

Caractéristique sociodémographique	Parmi toutes les femmes :		Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-24	4,4	4 227	44,9	188	3,2	3 379
15-19	3,4	2 198	45,5	74	2,4	1 406
20-24	5,6	2 029	44,5	114	3,7	1 974
25-29	4,9	2 019	34,1	99	4,4	1 988
30-39	2,9	2 916	28,8	86	4,5	2 842
40-49	1,1	1 658	(47,2)	18	4,2	1 599
État matrimonial						
Célibataire	5,6	2 804	51,1	156	3,6	1 939
En union	1,6	6 289	13,4	101	3,8	6 183
En rupture d'union	7,7	1 726	43,5	133	5,0	1 687
Milieu de résidence						
Urbain	3,8	7 422	44,0	286	4,0	6 663
Rural	3,1	3 397	24,5	106	3,9	3 146
Département						
Kouilou	2,0	263	*	5	3,5	254
Niari	4,7	587	(47,1)	28	4,8	547
Lékoumou	4,6	198	(66,8)	9	5,2	185
Bouenza	4,8	1 112	(27,7)	53	3,8	1 015
Pool	0,5	630	*	3	3,2	592
Plateaux	3,2	322	*	10	3,7	297
Cuvette	2,8	336	*	9	4,5	299
Cuvette-Ouest	4,4	144	(13,3)	6	4,5	135
Sangha	8,0	188	27,2	15	5,5	172
Likouala	2,5	430	*	11	4,1	395
Brazzaville	3,1	3 879	(43,7)	119	3,6	3 433
Pointe-Noire	4,4	2 730	44,4	121	4,3	2 486
Niveau d'instruction						
Aucun	1,1	624	*	7	3,2	596
Primaire	3,4	2 575	25,8	87	3,9	2 378
Secondaire 1 ^{er} cycle	3,8	5 387	35,0	204	4,1	4 823
Secondaire 2 nd cycle ou plus	4,2	2 233	59,8	94	3,9	2 011
Ensemble	3,6	10 819	38,7	391	4,0	9 809

¹ Les femmes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas prises en compte dans le calcul de la moyenne.

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

Parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, 39 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de leurs derniers rapports sexuels. Cette proportion est en

nette augmentation par rapport aux résultats de l'ESISC-I (29 %). C'est parmi les femmes qui ont eu le plus fréquemment des partenaires multiples que la proportion des femmes ayant utilisé un condom est aussi la plus élevée : 51 % chez les célibataires et 44 % chez les femmes en rupture d'union (contre 13 % chez les femmes en union), 44 % en urbain (contre 25 % en rural) et 60 % chez les femmes de niveau secondaire 2nd cycle ou plus (contre 24 % chez celles n'ayant aucun niveau).

Les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 4,0 partenaires sexuels au cours de leur vie. Les femmes ayant déclaré avoir eu le plus de partenaires sexuels sont celles en rupture d'union (5,0), celles de la Sangha (5,5), de la Lékoumou (5,2) et du Niari (4,8).

Tableau 15.2 Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois: Hommes						
Parmi tous les hommes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire au cours des 12 derniers mois; parmi les hommes ayant eu plus d'une partenaire sexuelle aux cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom lors des derniers rapports sexuels; Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Congo 2011-2012						
Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les hommes :		Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels ¹ :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré l'utilisation d'un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-24	27,3	1 723	51,2	470	7,4	1 298
15-19	19,7	999	56,0	197	5,0	630
20-24	37,7	724	47,8	273	9,7	668
25-29	39,4	730	36,8	287	13,7	692
30-39	39,9	1 352	28,0	539	17,0	1 272
40-49	34,1	917	17,8	312	18,7	835
État matrimonial						
Célibataire	28,4	2 047	49,8	581	9,5	1 592
En union	37,9	2 298	21,3	872	15,6	2 151
En rupture d'union	41,1	378	50,0	155	21,6	355
Milieu de résidence						
Urbain	34,3	3 327	38,0	1 141	13,0	2 863
Rural	33,5	1 396	25,6	467	15,5	1 235
Département						
Kouilou	34,1	108	15,7	37	22,2	99
Niari	35,1	239	50,7	84	12,7	214
Lékoumou	19,1	77	34,6	15	12,9	67
Bouenza	33,9	416	33,7	141	12,4	371
Pool	35,3	250	20,6	88	17,1	232
Plateaux	34,3	159	27,3	55	14,0	148
Cuvette	35,8	152	29,7	55	16,2	131
Cuvette-Ouest	38,1	61	37,8	23	15,4	53
Sangha	43,2	72	23,1	31	13,6	33
Likouala	35,7	168	23,8	60	15,6	154
Brazzaville	29,9	1 741	33,6	521	13,0	1 452
Pointe-Noire	39,0	1 279	39,5	499	13,4	1 143
Niveau d'instruction						
Aucun	10,4	123	32,0	13	8,6	93
Primaire	33,9	756	25,5	256	13,2	650
Secondaire 1 ^{er} cycle	33,9	2 110	31,8	715	13,8	1 803
Secondaire 2 nd cycle ou plus	36,0	1 734	41,0	624	14,3	1 552
Ensemble 15-49	34,1	4 723	34,4	1 609	13,8	4 098
50-59	30,0	422	19,6	127	23,3	362
Ensemble 15-59	33,7	5 145	33,3	1 735	14,5	4 460

¹ Les hommes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne.

Le tableau 15.2 présente les mêmes résultats pour les hommes. On constate que 34 % d'hommes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois : cette proportion a augmenté par rapport à l'ESISC-I de 2009 (29 %). Comparativement aux hommes célibataires (28 %), les hommes en rupture d'union (41 %) et les hommes en union (38 %) ont eu plus fréquemment des partenaires multiples au cours des 12 derniers mois. Comme chez les femmes, ce comportement est d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction augmente, passant de 10 % chez les hommes sans instruction à 36 % chez ceux ayant atteint le niveau secondaire 2nd cycle ou plus. Au niveau départemental, ce comportement varie d'un minimum de 19 % dans la Lékoumou à un maximum de 43 % dans la Sangha.

Parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, 34 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leurs derniers rapports sexuels. Cette proportion est en nette augmentation par rapport aux résultats de l'ESISC-I (28 %). L'utilisation du condom est plus importante chez les hommes en rupture d'union (50 %) et chez les célibataires (50 %) que chez les hommes en union (21 %), et le condom est plus fréquemment utilisé en milieu urbain (38 %) qu'en milieu rural (26 %). Au niveau départemental, le Niari (51 %) occupe le premier rang dans l'utilisation du condom tandis que le Kouilou vient en dernière position (16 %). Par rapport au niveau d'instruction, les hommes ayant le niveau le plus élevé sont ceux qui utilisent le plus fréquemment le condom (41 % contre 26 % chez ceux de niveau primaire).

Les hommes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 14,5 partenaires sexuels au cours de leur vie. Les hommes ayant déclaré avoir eu le plus de partenaires sexuels sont ceux en rupture d'union (21,6), ceux du Kouilou (22,2) suivis de ceux du Pool (17,1), ceux du niveau secondaire 2nd cycle ou plus (14,3) et ceux du niveau secondaire 1^{er} cycle (13,8).