

CHAPITRE 1

CARACTÉRISTIQUES DU PAYS ET ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

Robert Ndamobissi

Ce chapitre présente de manière succincte la situation géographique, économique et démographique de la République Centrafricaine dans le but d'aider à comprendre les résultats de l'enquête.

1.1 CONTEXTE HISTORIQUE, GÉOGRAPHIQUE ET ÉCONOMIQUE

1.1.1 Contexte historique et géographique

La République Centrafricaine (RCA) a accédé à l'indépendance le 13 août 1960. Jusqu'au 1er décembre 1958, l'ancien territoire français s'appelait Oubangui-Chari avant de devenir la République Centrafricaine sous l'impulsion du Président Fondateur Barthélémy Boganda.

Située au coeur du continent Africain, la République Centrafricaine forme un bloc compact de 623 000 km² appartenant à la zone continentale de l'Afrique Équatoriale. Son allure générale est celle d'une vaste pénéplaine avec de légères ondulations que viennent parfois interrompre quelques accidents et escarpements rocheux. Elle est située entre 2° 15' et 11° de latitude Nord et entre 13° et 27° de longitude Est. Elle est limitée à l'Est par le Soudan, à l'Ouest par le Cameroun, au Nord par le Tchad, au Sud par le Congo et le Zaïre.

Il existe deux saisons climatiques en RCA à savoir la saison des pluies qui couvre la période de mai à octobre et la saison sèche qui va de novembre à avril. L'alternance de ces deux saisons a un impact sur la santé de la population :

- en saison de pluie, des étangs se forment et des inondations se produisent dans les quartiers, ce qui entraîne la prolifération des moustiques et donc une importante prévalence du paludisme. La pluviométrie est relativement importante avec plus de 1 500 mm d'eau en moyenne par an. Cela fait de la RCA une zone endémique du paludisme qui est omniprésent quelle que soit la saison.
- la saison sèche est caractérisée par l'air sec et frais et surtout la montée des poussières qui occasionnent le développement des maladies respiratoires.

La République Centrafricaine a un réseau hydrographique très dense comportant plusieurs rivières et cours d'eau qui coulent toute l'année. Avec sa végétation variée, son sol riche et son sous-sol qui contient beaucoup de minerais (diamant, or, fer, aluminium, etc.), la RCA dispose de grandes ressources naturelles qui devraient lui permettre d'asseoir un développement durable.

1.1.2 Organisation politico-administrative

Après l'adoption par Référendum de la nouvelle Constitution du 14 janvier 1995, la République Centrafricaine comprend les Institutions suivantes : le pouvoir exécutif détenu par le Président de la

République et le Premier Ministre, le pouvoir législatif et le pouvoir judiciaire comprenant : le Conseil d'État, la Haute Cour de Justice, la Cour des Comptes, les différentes Chambres judiciaires et les Tribunaux.

Sur le plan administratif, la République Centrafricaine est divisée en 16 Préfectures, 66 Sous-Préfectures, 3 Postes de Contrôle Administratifs (PCA), 37 communes urbaines (y compris Bangui) et 137 communes rurales, 8 arrondissements de la capitale Bangui, 7 148 villages et 1 110 quartiers.

En dehors de ces entités purement administratives, il existe des régions sanitaires qui ont été créées par le Ministère de la Santé Publique au sein desquelles les actions de santé sont décentralisées. On compte au total 5 régions sanitaires dirigées par des médecins appelés chefs de région sanitaire. Une région sanitaire rassemble plusieurs préfectures :

- Région Sanitaire I** : Obella-M'Poko, Lobaye, Kémo, Nana-Gribizi;
- Région Sanitaire II** : Mambéré-Kadéi, Sangha-Mbaéré, Nana-Mambéré;
- Région Sanitaire III** : Ouham, Ouham-Pendé;
- Région Sanitaire IV** : Ouaka, Bamingui-Bangoran, Haute-Kotto, Vakaga;
- Région Sanitaire V** : Mbomou, Basse-Kotto, Haut-Mbomou;

La capitale Bangui fait partie de la Région Sanitaire I mais elle a été considérée à part pour les besoins d'analyse des résultats de l'enquête.

1.1.3 Contexte socio-économique

La République Centrafricaine fait partie des pays les moins avancés qui connaissent de nombreuses difficultés sur le plan économique. En effet, l'économie centrafricaine est essentiellement basée sur une agriculture peu moderne qui contribue pour plus de 40 % au Produit Intérieur Brut (PIB)¹ avec un tissu industriel presque inexistant. Les principaux produits d'exportation sont le café, le coton, le bois et le diamant qui subissent constamment les méfaits de la baisse des cours sur les marchés internationaux. D'après les résultats du recensement de 1988 (Ngbotiba et Serboua, 1992), le secteur primaire rassemble 80 % de la population active. Jusqu'en 1993, la balance des paiements était déficitaire au profit des importations et le taux de croissance du PIB avait atteint un chiffre négatif de -4,5 % (Annuaire Statistique 1993, Division des Statistiques, 1994).

De 1990 à 1993, le pays a connu une période de crise généralisée sur le plan politique, économique et social caractérisée notamment par une faible circulation de la monnaie, des arriérés de salaires, le non achat des produits agricoles, l'attentisme des opérateurs économiques et des partenaires du développement, des formations sanitaires peu fonctionnelles, la fermeture des écoles ainsi que de plusieurs entreprises, parallèlement à une prolifération du secteur informel non profitable à l'économie.

Trois programmes d'ajustement structurels mis en place à partir de 1989 avec l'appui du Fonds Monétaire International (FMI) et de la Banque Mondiale n'ont pas permis d'obtenir les équilibres macro-économiques recherchés ainsi que le décollage économique. Ils ont cependant eu un impact social négatif par la réduction des dépenses sociales et le licenciement des fonctionnaires. L'endettement de l'État s'est considérablement alourdi.

Le changement politique intervenu dans le pays à l'issue des élections démocratiques multipartites de septembre 1993 ont permis de redonner un souffle nouveau au pays par la reprise du travail et

¹ Ministère des Finances, du Plan et de la Coopération Internationale, Division des Statistiques et des Études Économiques. 1994. *Annuaire Statistique 1993*. Bangui.

l'assainissement des finances publiques. Cependant, la dévaluation du Franc CFA, intervenue en janvier 1994, qui a entraîné une inflation galopante de plus de 40 % et la baisse du pouvoir d'achat de la population, n'a pas favorisé une demande importante des biens de consommation. Le lourd fardeau de la dette extérieure et intérieure (arriérés de salaires et dettes envers les fournisseurs) anéantissent les efforts de l'État en dépit d'une reprise des activités économiques. En 1994, le taux de croissance économique nominal est devenu positif de plus de 7 % avec une balance commerciale excédentaire de plus de 2 milliards de F CFA². Les projections de croissance du PIB pour 1995 atteignent un taux de 2,5 % en terme réel. Toutefois, l'État compte énormément sur la conclusion d'un accord d'ajustement structurel renforcé avec le FMI pour épouger la dette intérieure et redynamiser les activités.

C'est donc de ce contexte de crise sur le plan économique et social sur une période de 4 ans ayant précédé l'enquête qu'il faudra tenir compte pour mieux comprendre ses résultats.

1.1.4 Situation démographique

Sur la base des données collectées au cours de l'Enquête Démographique de 1959-1960, du Recensement Général de la Population de 1975 et du Recensement Général de la Population de 1988, la situation démographique de la République Centrafricaine est résumée par les principaux indicateurs présentés au tableau 1.1.

Indicateurs	1959-60	1975	1988
Population totale	1 203 000	2 088 000 ^a	2 688 426 ^a
Taux brut de natalité	48	43	41,6 ^a
Taux brut de mortalité	26	18	16,7 ^a
Indice synthétique de fécondité	4,9	5,9 ^a	6,1 ^a
Accroissement naturel	2,2	2,5	2,5 ^a
Accroissement global	-	3,5 ^b	2,0 ^c
Taux de mortalité infantile	190	185	132 ^d
Espérance de vie à la naissance	34	43	49 ^a
Taux d'analphabétisme	99	77	63
Taux net de scolarisation en primaire (6-11 ans)	-	45,6 ^d	48

^aDonnées ajustées (l'ISF observé en 1988 était de 4,8 et le TMI était de 111)
^bTaux d'accroissement global de la population entre 1960 et 1975
^cTaux d'accroissement global inter-censitaire 1975-1988
^dIl s'agit du taux pour les enfants de 6-14 ans en 1975

Sources:
1959-60: Enquête Démographique de 1959-1960
1975: Recensement Général de la Population de 1975
1988: Recensement Général de la Population de 1988

² Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale. Division des Stratégies, Synthèses et Gestion de l'Économie. 1995. *Note de conjoncture économique du 2e semestre 1994*. Bangui.

Les problèmes de population qui préoccupent les autorités centrafricaines concernent : la faible densité de population (3 millions d'habitants pour une superficie de 623 000 km²), l'accroissement relativement faible de la population, l'inégale répartition de la population sur le territoire (l'Est du pays est très peu peuplé), un niveau élevé de mortalité maternelle et infantile, un niveau relativement important de stérilité primaire, surtout à l'Est du pays, et un niveau élevé d'analphabétisme surtout des femmes.

1.1.5 Politique de population

Le gouvernement centrafricain est de plus en plus préoccupé par les questions de population dans le pays. La nécessité de prendre en compte les variables démographiques dans les programmes et actions de développement est désormais bien perçue par les autorités nationales. C'est ainsi que, par la mise en place d'une Unité de Planification du développement de la Population (UPP), a été créé une cellule de réflexion pour définir les orientations en vue de promouvoir le bien-être de la population. De même, le Ministère de la Santé a changé de nom pour devenir le Ministère de la Santé Publique et de la Population. La dimension sociale du développement est devenue le leitmotiv du nouveau gouvernement issu du changement démocratique de 1993 qui a retenu la gestion économique, la santé et l'éducation comme ses trois priorités d'action.

Un projet de politique nationale de population a déjà été élaboré et a fait l'objet d'une large discussion au niveau ministériel. Il doit cependant être adopté par le gouvernement et le parlement.

Les options politiques du gouvernement centrafricain en matière de population se résument, d'une part, au souci d'avoir une population nombreuse pour promouvoir un développement auto-entretenu et, d'autre part, à la nécessité de préserver la santé de la mère et de l'enfant par la mise en oeuvre d'un programme d'espacement et non de limitation des naissances. La collecte régulière des données, devant permettre d'améliorer constamment les connaissances sur la population pour mieux définir les actions à mener, constitue également un élément important des préoccupations du gouvernement dans le domaine de la population (voir la Déclaration du Chef de l'État à la Conférence Mondiale sur la Population de Mexico, en 1984).

1.1.6 Politiques et programmes en matière de santé

La santé a été retenue par le gouvernement issu du changement démocratique de septembre 1993 comme l'une de ses trois priorités d'action. À cet effet, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a été élaboré et adopté par le gouvernement et les partenaires du développement en novembre 1994. Les objectifs ainsi que les programmes d'action définis dans ce document sont les suivants³ :

a) Objectifs :

- Mettre en place un système de santé viable capable de soutenir le développement socio-économique du pays;
- Assurer un accès équitable aux soins de qualité à chaque Centrafricain;
- Satisfaire les besoins prioritaires de la population et particulièrement des groupes cibles, à savoir le couple mère-enfant et les populations défavorisées;
- Permettre aux individus, aux familles et à la communauté de faire face eux-mêmes à leurs besoins fondamentaux de santé.

³ Ministère de la Santé Publique et de la Population. 1994. *Plan National de Développement Sanitaire*. Bangui.

b) Les actions à mener visent essentiellement à :

- intensifier les activités préventives, y compris les activités vaccinales, maternelles, infantiles et de planning familial, et le programme d'information, éducation et communication pour la santé;
- renforcer les services de soins, y compris les programmes de médicaments essentiels;
- réhabiliter les formations existantes situées au niveau périphérique, niveau le plus nécessaire et qui constitue l'épine dorsale de toute stratégie des soins de santé primaires.

c) Les programmes prioritaires sont :

Programme National de Santé Maternelle Infantile et de Planification Familiale
Programme National de Contrôle de la Qualité de l'Eau et de la Salubrité de l'Environnement
Programme National d'Information, Éducation, Communication
Programme National de Nutrition et de l'Alimentation
Programme Élargi de Vaccination
Programmes Nationaux de Lutte contre les maladies, y compris les MST/SIDA.

Il ressort de ce plan, que le programme de santé de la mère et de l'enfant et de planification familiale demeure le programme prioritaire du gouvernement.

1.1.7 Politique de planification familiale

La politique nationale en matière de planification familiale est axée essentiellement sur l'espacement des naissances et la lutte contre la stérilité dans le but d'assurer la survie de la mère et de l'enfant et de parvenir à une population nombreuse et saine.

Le principal objectif du programme pour la période 1993-1996 vise à faire augmenter le taux de prévalence contraceptive de 2 à 10 % et à réduire la stérilité très importante à l'est du pays. Les objectifs spécifiques sont :

- Établir des indicateurs précis pour la gestion de la santé maternelle infantile et de la planification familiale;
- Évaluer les besoins en matière de planification familiale;
- Contribuer à l'augmentation de la prévalence contraceptive et à la réduction de la mortalité maternelle/infantile et de la stérilité totale.

1.2 ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

1.2.1 Cadre institutionnel et objectifs

L'Enquête Démographique et de Santé en République Centrafricaine (EDSRCA) a été initiée par le gouvernement centrafricain qui a perçu la nécessité de disposer des données fiables pour l'évaluation et la mise en oeuvre des programmes visant le bien-être de la population. Elle a été intégrée dans la troisième phase du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys, DHS).

L'enquête a été exécutée par le Bureau Central du Recensement de la Division des Statistiques et des Études Économiques (Ministère du Plan) avec l'appui technique de Macro International Inc. Elle a bénéficié du financement, à la fois, de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), du

Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

Les **principaux objectifs** de l'EDSRCA sont les suivants :

- recueillir des données à l'échelle nationale, par milieu de résidence et par région sanitaire, permettant de calculer certains taux démographiques, en particulier les taux de fécondité et les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile;
- analyser les facteurs qui déterminent les niveaux et les tendances de la fécondité, de la stérilité et de la mortalité infantile et juvénile;
- mesurer le taux d'utilisation de la contraception par méthode selon le milieu de résidence et certaines caractéristiques socio-économiques;
- mesurer les niveaux des besoins non satisfaits en matière de contraception ainsi que les niveaux de fécondité non désirée;
- recueillir des données précises sur la santé familiale : vaccinations, prévalence et traitement de la diarrhée, de la fièvre et de la toux, visites prénatales et assistance à l'accouchement, allaitement maternel;
- mesurer l'état nutritionnel des enfants de moins de trois ans et de leur mère par le biais des mesures du poids et de la taille; et
- fournir, enfin, aux responsables et administrateurs des programmes de population en RCA des données de base actualisées sur la fécondité, la mortalité, la planification familiale et la santé. De telles données ne sont pas seulement utiles pour évaluer l'impact des activités, mais elles sont également importantes pour planifier de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

1.2.2 Questionnaires

Dans le cadre de l'EDSRCA, quatre questionnaires différents ont été utilisés :

Le questionnaire ménage;
Le questionnaire individuel femme;
Le questionnaire homme;
Le questionnaire communautaire.

Les questionnaires ménage et individuels ont été adaptés à partir du questionnaire modèle pour les pays à faible prévalence contraceptive du programme DHS.

- a) Le questionnaire ménage permet d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques : nom, lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction... Il contient également des informations relatives aux conditions de vie du ménage. En dehors de ces caractéristiques, ce questionnaire comporte une page de couverture pour l'identification du ménage et le résultat de l'interview. Le but premier du questionnaire ménage est de fournir les informations permettant de déterminer les populations de référence pour le calcul des

taux démographiques (mortalité, natalité, fécondité), et d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour être interviewés individuellement.

- b) Le questionnaire individuel femme est utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans, ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage sélectionné, quel que soit leur statut de résidence. En dehors de la page de couverture similaire à celle du questionnaire ménage, il comprend onze sections :

- Section 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêtée;
- Section 2 : Reproduction;
- Section 3 : Connaissance et utilisation de la contraception;
- Section 4 : Santé des enfants
- Section 4a : Grossesses et allaitement,
- Section 4b : Vaccination et santé des enfants
- Section 4c : Autopsie verbale et causes de décès;
- Section 5 : Mariage et activité sexuelle;
- Section 6 : Préférences en matière de fécondité;
- Section 7 : Caractéristiques du conjoint et activité professionnelle;
- Section 8 : MST/SIDA et condom;
- Section 9 : Mortalité maternelle;
- Section 10 : Excision;
- Section 11 : Taille et poids (des enfants âgés de moins de 3 ans et de leur mère).

- c) Le questionnaire individuel homme a également une page de couverture, semblable à celle du questionnaire femme. Il est complètement indépendant de ce dernier, mais la plupart des questions posées à l'homme sont identiques à celles posées à la femme. Le questionnaire comprend les sections suivantes :

- Section 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêté;
- Section 2 : Situation matrimoniale et reproduction;
- Section 3 : Connaissance et utilisation de la contraception;
- Section 4 : Préférence en matière de fécondité;
- Section 5 : MST/SIDA et condom.

- d) Le questionnaire-communautaire comprend 5 modules/sections qui sont :

- Section 1 : Caractéristiques de la communauté;
- Section 2 : Disponibilité des services d'éducation et d'autres services;
- Section 3 : Santé et planification familiale dans la communauté;
- Section 4 : Identification de l'établissement de santé;
- Section 5 : Identification des services de santé et des méthodes de contraception.

1.2.3 Échantillon de l'enquête

L'échantillon souhaité de l'enquête était de 6 000 femmes âgées de 15-49 ans et 2 000 hommes de 15-59 ans. Cet échantillon est stratifié par région sanitaire et milieu de résidence, puis pondéré au niveau national. L'enquête a donc couvert l'ensemble du pays et les résultats sont analysés par région sanitaire (5 régions, plus la capitale Bangui) et par milieu de résidence (urbain, rural, Bangui, autres villes).

La procédure de sélection de l'échantillon est la suivante :

- au premier degré, 231 grappes correspondant aux unités primaires ont été tirées à partir des 2 757 Aires de Dénombrement (AD) issues du Recensement de 1988, de façon systématique à l'intérieur de chaque sous-strate urbaine ou rurale de la région sanitaire, avec une probabilité proportionnelle à la taille de l'AD, à savoir le nombre de ménage dans l'AD.
- au deuxième degré, un échantillon de ménages a été sélectionné sur la liste des ménages dénombrés au cours de l'opération de cartographie dans chacune des 231 grappes retenues. Le nombre de ménages échantillon par grappe varie de 20 à 60.

Toutes les 231 grappes de l'échantillon ont été entièrement enquêtées. Sur les 6 159 ménages tirés, 5 583 ont été visités parmi lesquels 5 551 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99,4 % (voir tableau 1.2).

<u>Tableau 1.2 Taille et couverture de l'échantillon</u>					
Résultats de l'enquête ménage et des enquêtes individuelles, femme et homme, selon le milieu de résidence, RCA 1994-95					
Enquête	Milieu de résidence				Ensemble
	Bangui	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
FEMMES					
Enquête ménage					
Ménages sélectionnés	895	1255	2150	4009	6159
Ménages identifiés	850	1140	1990	3593	5583
Ménages enquêtés	842	1133	1975	3576	5551
Taux de réponse	99,1	99,4	99,2	99,5	99,4
Enquête individuelle femme					
Femmes éligibles	1271	1284	2555	3450	6005
Femmes enquêtées	1207	1267	2474	3410	5884
Taux de réponse	95,0	98,7	96,8	98,8	98,0
HOMMES					
Enquête ménage					
Ménages sélectionnés	293	416	709	1322	2031
Ménages identifiés	279	376	655	1165	1820
Ménages enquêtés	275	373	648	1159	1807
Taux de réponse	98,6	99,2	98,9	99,5	99,3
Enquête individuelle homme					
Hommes éligibles	431	368	799	1010	1809
Hommes enquêtés	386	357	743	986	1729
Taux de réponse	89,6	97,0	93,0	97,6	95,6

Au sein des 5 551 ménages enquêtés, un effectif de 6 005 femmes ont été identifiées comme étant éligibles, parmi lesquelles 5 884 ont été enquêtées avec succès, soit un taux de réponse de 98,0 %.

S'agissant de l'enquête individuelle homme, un sous-échantillon de 2 031 ménages a été sélectionné dont 1 820 ménages ont été enquêtés avec succès, ce qui correspond à un taux de réponse de 99,3 %. Parmi ces ménages visités, 1 809 hommes éligibles ont été identifiés dont 1 729 ont été interviewés avec succès, soit un taux de réponse de 95,6 %.

Ces taux de réponse très satisfaisants témoignent du bon déroulement des opérations sur le terrain.

1.2.4 Personnel et déroulement des activités

Pour assurer la réussite de l'opération, les responsables nationaux de l'enquête ont été désignés par Arrêté du Ministre du Plan, à savoir le Directeur National qui est le Directeur Général de la Statistique et des Études Économiques et le Directeur Technique qui est le Directeur des Statistiques Démographiques et Sociales/Directeur Technique du Bureau Central du Recensement. Ce dernier a eu en charge l'organisation, l'exécution et la supervision de l'ensemble des activités de l'enquête.

Les cadres et les médecins du Ministère de la Santé Publique et de la Population ont été associés à l'élaboration des questionnaires et à la formation des enquêtrices. La traduction du questionnaire en langue nationale sango, puis sa contre-traduction en français a été effectuée par deux linguistes de l'Institut des Langues Appliquées.

L'enquête principale sur le terrain s'est déroulée du 18 septembre 1994 au 12 mars 1995. Les activités ayant précédé cette phase sont les suivantes :

- a) La cartographie et le dénombrement des ménages ont eu lieu de février à juin 1994. À cette occasion, les croquis détaillés et les limites des 231 grappes ont été établis et la liste exhaustive de tous les ménages et de leurs adresses a été dressée. Un document intitulé *Dossier d'échantillon* rassemblant toutes ces informations a été produit par le Bureau Central du Recensement (BCR). Les travaux sur le terrain ont été menés par 5 équipes de 15 cartographes au total ayant effectué les travaux cartographiques du recensement de 1988. Une formation théorique de deux jours, suivie de la pratique sur le terrain, leur a permis de se mettre à niveau. Deux cadres du BCR ont eu à assurer la supervision de l'opération.
- b) Le pré-test a rassemblé 12 enquêtrices et 3 chefs d'équipe qui ont suivi une formation théorique et pratique pendant 18 jours, formation assurée par deux cadres du BCR, le consultant de Macro, le responsable du service de MST/SIDA et le Conseiller Technique du Projet Survie de l'Enfant (volet causes de décès). Deux zones, une en milieu urbain et une en milieu rural, ont été sélectionnées pour le pré-test des questionnaires qui a duré en tout 5 jours. Le pré-test a mis en lumière certains *problèmes de formulation des questions, de filtres, de difficultés de remplissage, de collecte des données* sur la mortalité maternelle et il a également mis en évidence des modalités de réponses initialement classées dans la modalité *autres*. Cela a permis de rectifier le questionnaire et de développer des stratégies pour l'enquête principale.
- c) La formation des enquêteurs s'est déroulée du 20 août au 15 septembre 1994. Les enquêtrices et les enquêteurs ont été recrutés parmi les jeunes diplômés d'infirmiers à l'issue d'un test de présélection. Les enquêtrices et les enquêteurs étaient constitués essentiellement de sages-femmes et infirmiers diplômés d'état et de certains licenciés en sociologie et en géographie. Les chefs d'équipe étaient les anciens chefs d'équipe de cartographie et certains meilleurs enquêteurs du pré-test et de la formation

principale. La technique de formation utilisée a permis d'obtenir la maîtrise des questionnaires par les agents : les 5 équipes de terrain ont été constituées (superviseur, chef d'équipe, contrôlease, enquêtrices, enquêteurs) dès le début de la formation pour permettre, d'une part, d'assurer un suivi efficace de chaque agent aux différents niveaux de l'échelle et, d'autre part, de développer l'esprit de travail en équipe. Les cours théoriques ont été aussitôt suivis d'exercices pratiques d'interviews et de remplissage de questionnaires en salle. Les questionnaires remplis ont été corrigés par les superviseurs qui ont relevé les erreurs, puis les ont remis aux chefs d'équipe et contrôleuses pour correction. Plusieurs exercices pratiques de remplissage des questionnaires ont été effectués sur le terrain, en équipe, pour permettre le rodage des agents sous l'encadrement de cinq cadres démographes et statisticiens du BCR et de Macro. Les deux premiers jours de l'enquête ont été transformés en phase de rodage pour expérimenter davantage les agents. Deux consultants de Macro, deux cadres du BCR, un médecin (volet MST/SIDA) et une sage-femme (volet SMI/PF) ont assuré la formation de plus de 40 agents.

- d) L'enquête proprement dite a été effectuée par 5 équipes dotées chacune d'un véhicule tout terrain double cabine. En tout 17 enquêtrices, 7 enquêteurs, 5 contrôleuses et 5 chefs d'équipe ont assuré la collecte des données sur le terrain.

L'enquête a commencé dans la capitale, ce qui a permis d'intensifier le suivi des agents et de parvenir à une meilleure performance dans la collecte des informations. L'enquête sur le terrain a duré 6 mois à cause de difficultés d'ordre logistique liées au mauvais état des routes.

Trois cadres du BCR dotés chacun d'un véhicule tout terrain, plus le Directeur Technique, ont assuré la supervision des travaux sur le terrain. Les missions de supervision ont permis de contrôler régulièrement la qualité du travail de chaque équipe, de résoudre les problèmes rencontrés, de vérifier la gestion du matériel et de ramener les questionnaires vérifiés à Bangui pour la saisie. La production des tableaux de qualité des données par enquêteur/enquêtrice après l'enquête dans la capitale a permis d'améliorer davantage la qualité des données au bout du deuxième mois de l'enquête.

1.2.5 Exploitation et analyse des données

L'exploitation et l'analyse des données se sont déroulées de la façon suivante :

- **La vérification** qui concerne le contrôle d'exhaustivité des questionnaires et le contrôle de vraisemblance et de cohérence des informations collectées. Cette tâche qui a démarré dès le second jour de l'enquête a été effectuée par 5 agents vérificateurs ayant suivi également la formation des enquêteurs et contrôleurs.
- **La saisie des données** a débuté une semaine après le lancement de l'enquête sur le terrain et s'est poursuivie deux semaines après la fin des travaux de terrain (du 25 septembre au 30 mars 1995). Elle a été réalisée sur 5 micro-ordinateurs au Bureau Central du Recensement par 5 opérateurs de saisie ayant participé à la formation des enquêtrices pendant trois semaines, ce qui leur a permis de bien maîtriser le questionnaire. Le logiciel Integrated System for Survey Analysis (ISSA), développé par Macro International, a été utilisé. Une double saisie sur 10 % des questionnaires a été effectuée pour vérifier les erreurs.
- **L'apurement/édition du fichier** a été effectué par les cadres du Bureau Central du Recensement parallèlement à la saisie sur la base du programme de contrôle mis au point par Macro. Les erreurs d'exhaustivité et de cohérence ont été corrigées en se référant aux questionnaires. L'apurement final du fichier a été fait par l'informaticien de Macro.

- **La tabulation** qui consiste à élaborer des programmes pour sortir des tableaux statistiques a été réalisée par l'informaticien de Macro, d'abord à Bangui en mars-avril 1995 pour la publication des résultats préliminaires, intervenue un mois après le terrain, et ensuite aux États-Unis d'avril à juin 1995 pour le rapport final.
- **L'analyse des données** qui consiste en la production du rapport final et du rapport de synthèse a été réalisée de juin à décembre 1995, à la fois, par deux cadres du Bureau Central du Recensement qui ont analysé 8 chapitres et par deux consultants de Macro qui se sont occupés de 6 chapitres. Un atelier regroupant les techniciens du département de la Santé, du Plan, et de l'Université, tenu à M'baïki pendant deux semaines, a permis de recueillir les critiques et observations des utilisateurs potentiels des résultats de l'enquête avant la publication finale. Le rapport final et le rapport de synthèse ont été amendés et produits durant le séjour de deux cadres du Bureau Central du Recensement à Macro International, pendant trois semaines en décembre 1995.

