PN-ABE-689

Planification Familiale, Fécondité et Santé Familiale Au Zaïre 1982–1984

JUSTICE PAIX TRAVAIL

Rapport sur les résultats d'une enquête régionale sur la prévalence contraceptive

Planification Familiale, Fécondité et Santé Familiale Au Zaïre 1982–1984

Rapport sur les résultats
d'une enquête régionale
sur la prévalence contraceptive

Bakutuvwidi Makani
Kinavwidi Lewu Niwembo
Ann Way

Mai 1985

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
WESTINGHOUSE PUBLIC APPLIED SYSTEMS

Ce rapport présente les résultats de l'Etude sur la Prévalence Contraceptive, conduite par l'Institut National de la Statistique. Celui-ci fait partie d'un projet mondial d'étude en cours sur la Prévalence Contraceptive (EPC), destiné à institutionnaliser l'étude des niveaux de la connaissance des méthodes contraceptives, de leur accessibilité et de leur pratique. Le but de cette étude est de fournir des données de base plus complètes qui permettront d'évaluer les programmes de la planification familiale en existence.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur cette étude, on peut s'adresser à l'Institut National de la Statistique, P.O. Box 20, Kinshasa/Gombe, Zaïre. Pour les questions concernant le programme international d'Etude sur la Prévalence Contraceptive, on doit s'adresser à: Contraceptive Prevalence Survey Project, Westinghouse Health Systems, P.O. Box 866, Columbia, Maryland 21044, U.S.A. (Telex Number 87775).

AVANT-PROPOS

Depuis un certain temps, le problème de la croissance de la population au Zaïre sort du domaine de la passion et du sentiment. Peu à peu, on se rend compte que les paramètres démographiques comme les facteurs économiques interviennent dans tout plan de développement. Mais le manque presque perpétuel de données de base sûres reste un handicap sérieux à surmonter. A cet effet, l'Enquête sur la Prévalence de la Contraception au Zaïre (E.P.C.-ZAIRE) s'avère d'un apport inestimable. Elle vient combler un vide en fournissant les données essentielles, susceptibles d'être utilisées dans l'élaboration d'une politique de population sans équivoque pour les années à venir.

La réalisation de cette enquête a été confiée à l'Institut National de la Statistique (I.N.S.), et plus précisément à la Direction des Statistiques Démographiques et Sociales (DSDS). Elle a été conduite avec l'appui financier et technique de "Westinghouse Health Systems" en vue de fournir les données sur l'attitude et le comportement de la population vis-à-vis de la fécondité et de la contraception. On le sait, le niveau d'utilisation de la contraception est relativement bas. Aussi, cette enquête constitue-t-elle un bon départ pour permettre aux officiels et autres utilisateurs des statistiques de population de baser leur fondement sur la connaissance du désir de la population concernée.

Quoiqu'on n'ait pu lui conférer une couverture nationale à cause des moyens logistiques qu'elle aurait nécessités, l'E.P.C.-ZAIRE a néamoins le privilège de couvrir à la fois les milieux urbain et rural. Pour concilier les objectifs de l'enquête et les moyens financiers mis en oeuvre, quatre centres seulement dans les principales villes du pays ont été visités: il s'agit de Kinshasa, Lubumbashi, Kananga et Kisangani. En ce qui concerne le milieu rural, deux endroits ont été touchés par

l'E.P.C.-ZAIRE. Le premier endroit avait la particularité d'appartenir à la zone du projet de "santé rurale." Le deuxième a été choisi en tant qu'endroit témoin.

Les résultats présentés dans ce rapport s'appliquent donc aux deux milieux. Il revient aux chercheurs et techniciens d'apprécier leur valeur afin d'éclairer le public sur la manière d'aboutir à l'élaboration d'une politique de population claire, avec des objectifs précis et quantifiés.

REMERCIEMENTS

La réussite de l'E.P.C.-ZAIRE résulte de l'esprit d'équipe. Mais cela est surtout le fruit de la qualité de l'encadrement, pour l'essentiel zaïrois, assuré par une équipe de superviseurs faisant tous partie du personnel technique de la DSDS.

Sans considérer l'E.P.C.-ZAIRE comme l'entreprise d'un groupe, mais plutôt comme une somme d'individualités ayant contribué en termes de temps, de compétence et de sérieux, tant sur le terrain que sur le plan de l'analyse et de la rédaction du présent rapport, c'est à l'I.N.S. seul que revient le devoir de rendre hommage à tous ceux qui ont contribué à mener ce projet à terme. Notamment:

- Les enquêtrices, vérificatrices, contrôleurs et codificateurs, sans exception.

- Les délégués de Westinghouse Health Systems MM. Mohamed Ayad, Sushil Kumar et Ann Way qui, pour l'exécution de ce projet, firent tous confiance à l'I.N.S. Ils ont cautionné par là l'aptitude de l'institution nationale par leur très précieuse coordination.

- M. Alfredo Aliaga, spécialiste en sondage de Westinghouse pour avoir finaliné le plan de sondage définitif élaboré par le personnel technique de l'I.N.S.

- Mlles Irène King et Kimberley Caldeway pour leur précieuse aide à la préparation matérielle. Leurs aptitudes loyales et attentives auprès des services américains au Zaïre, tels que le Corps de la Paix et l'Agence pour le Développement International, pour ne citer que ces deux, ont contribué à la réussite du projet.

- Les membres du service Informatique de l'I.N.S. qui se mirent à la disposition du projet pour l'exécution de très importants travaux de traitement. Ils ont facilité la tâche de Mme Jeanne Cushing, de Westinghouse Health Systems, à qui les remerciements

s'adressent pour sa collaboration à la programmation des tableaux analysés dans ce rapport.

Les dactylographes tant à l'I.N.S. qu'à WHS pour le fastidieux travail de préparation des manuscrits destinés à la publication.

Ce serait taxer l'I.N.S. d'ingratitude de ne point remercier les responsables de Westinghouse Health Systems et de l'Agence pour le Développement International pour avoir financé ce projet dans sa totalité. En vérité sans leur grâcieuse volonté, l'E.P.C. n'aurait jamais pu être réalisée.

Enfin, il convient de remercier les autorités du Zaïre, à partir des responsables du Département du Plan à celles des plus petites entités administratives pour avoir respectivement cautionné l'exécution du projet et avoir prêté leur coopération aux travaux de terrain.

TABLE DES MATIERES

	PAGE
AVANT-PROPOS	iii
REMERCIEMENTS	v
LISTE DES TABLEAUX	xiii
LISTE DES GRAPHIQUES	xxi
CHAPITRE I PRESENTATION DU PAYS	1
1.1 CADRE GEOGRAPHIQUE	1
1.2 ORGANISATION ADMINISTRATIVE	3
1.3 ECONOMIE ET DEVELOPPEMENT	4
1.4 SANTE ET HABITAT	5
1.5 LES TENDANCES DE LA DEMOGRAPHIE AU ZAIRE	6
1.5.1 Evolution et accroissement de la population	7
1.5.2 Niveaux et tendances de la fécondité	9
1.5.3 Niveaux et tendances de la mortalité	12
1.5.4 Quelques considérations sur la politique de population au Zaïre	14
1.6 ORGANISATION DU RAPPORT	16
CHAPITRE II PRESENTATION DE L'ETUDE	19
2.1 OBJECTIFS ET DOMAINE D'ETUDE DE L'EPC-ZAIRE	19
2.1.1 Objectifs de l'enquête	19
2.1.2 Domaine d'étude	21
2.2 ORGANISATION ET METHODOLOGIE	23
2.2.1 Préparation de l'enquête	23
2.2.2 Budget et financement	24
2.2.3 Calendrier	24
2.2.4 Questionnaire	24
2.2.5 Pré-enquête	27
2.2.6 Recrutement et formation du personnel	28

2.2.7 Exécution de l'enquête sur le terrain 29
2.2.8 Vérification, contrôle et archivage 29
2.2.9 Traitement informatique 29

2.3 ECHANTILLON DE L'EPC-ZAIRE 31

2.3.1 Choix de l'échantillon en milieu urbain 32
2.3.2 Choix de l'échantillon en milieu rural 33
2.3.3 Taux de couverture de l'EPC-Zaïre 35

CHAPITRE III CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES FEMMES ENQUETEES 39

3.1 AGE AU MOMENT DE L'ENQUETE 39

3.2 NIVEAU D'INSTRUCTION DE L'ENQUETEE 40

3.3 NIVEAU D'INSTRUCTION DU PARTENAIRE 43

3.4 ETAT D'EMPLOI ET TYPE DE PROFESSION 46

3.5 RELIGION 48

3.6 RESIDENCE PENDANT L'ENFANCE 50

CHAPITRE IV NUPTIALITE ET FECONDITE 53

4.1 MODELES DE NUPTIALITE 53

4.1.1 Etat matrimonial 53
4.1.2 Age à la première union 55
4.1.3 Facteurs différentiels de l'âge à la première union 56
4.1.4 Type d'unions et rang de mariage 58
4.1.5 Nombre de mariages 59

4.2 MODELES DE LA FECONDITE 60

4.2.1 Fécondité cumulée 61
4.2.2 Différentiels de la fécondité cumulée 62
4.2.3 Fécondité actuelle 65

4.3 DIMENSION DESIREE DE LA FAMILLE 66

4.3.1 Désir de la femme d'avoir d'autres enfants 66
4.3.2 Désir du partenaire d'avoir d'autres enfants 69
4.3.3 Espacement désiré des naissances 70
4.3.4 Dimension anticipée et dimension idéale de la famille 71

CHAPITRE V CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE .. 75

5.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION 75

5.1.1 Niveau général de la connaissance de la contraception 76
5.1.2 Type de méthode connue 78
5.1.3 Connaissance des méthodes spécifiques de contraception 79
5.1.4 Nombre de méthodes connues 84
5.1.5 Facteurs différentiels de connaissance contraceptive 85

5.2 UTILISATION PASSEE OU ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION 89

5.2.1 Niveau général de l'utilisation passée ou actuelle de la contraception 89
5.2.2 Utilisation passée ou actuelle des méthodes spécifiques de contraception 89
5.2.3 Nombre de méthodes utilisées 93
5.2.4 Facteurs différentiels de l'utilisation de la contraception .. 94

CHAPITRE VI UTILISATION ACTUELLE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE 99

6.1 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION 100

6.1.1 Niveau général de l'utilisation actuelle 100
6.1.2 Utilisation actuelle des méthodes spécifiques 100

6.2 FACTEURS DIFFERENTIELS DE L'UTILISATION ACTUELLE 103

6.3 UTILISATION CONTINUE 106

6.3.1 Utilisation passée et actuelle 106
6.3.2 Durée de l'utilisation actuelle de la contraception 106

6.4 DEGRE DE SATISFACTION 108

6.4.1 Préférences en matière de méthodes 108
6.4.2 Problèmes en cours d'utilisation 111

6.5 PRATIQUE DE L'ABSTINENCE 112

6.6 DISPONIBILITE DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE 113

6.6.1 Sources des services 114
6.6.2 Accessibilité aux services 115

6.7 NON-UTILISATRICES 117

6.7.1 Raisons de la non-utilisation 117
6.7.2 Approbation de la planification familiale 119
6.7.3 Les raisons de l'approbation de la planification familiale ... 120
6.7.4 Les raisons de la désapprobation de la planification familiale 122
6.7.5 Intentions concernant l'utilisation future de la contraception 123

6.8 BESOIN D'AUGMENTER LES SERVICES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE .. 125

CHAPITRE VII SANTE DES JEUNES ENFANTS ET DE LA MERE 131

7.1 SANTE DES ENFANTS 131

7.1.1 Age et sexe 132
7.1.2 Incidence de quelques maladies infantiles et leur traitement 133
7.1.3 Prévalence des vaccinations 139

7.2 MORTALITE DE L'ENFANCE ET MORTALITE INFANTILE 143

7.2.1 Prévalence de la mortalité de l'enfance 143
7.2.2 Estimation de la mortalité infantile 146

7.3 ALLAITEMENT AU SEIN ET SES DIVERSES TENDANCES 146

7.3.1 Age au sevrage 147
7.3.2 Age à l'introduction d'aliments complémentaires 149

7.4 SANTE DE LA MERE 151

7.4.1 Soins prénatals 153
7.4.2 Assistance à l'accouchement 153
7.4.3 Soins postnatals 155
7.4.4 Attitude à l'égard de l'avortement provoqué 156

CHAPITRE VIII SERVICES DE SANTE POUR LA FAMILLE 159

8.1 UTILISATION ET FREQUENTATION DE FORMATIONS MEDICALES 159

8.1.1 Localisation et fréquentation 159
8.1.2 Mode de transport, distance à la formation, et durée du voyage 160
8.1.3 Temps d'attente à la formation médicale 163

8.2 ASSURANCE-SANTE 165

8.2.1 Bénéficiaires de la mutuelle ou de la caisse de santé 165
8.2.2 Perception de l'importance d'une mutuelle de santé 166

8.3 INCIDENCE DES MALADIES CHEZ LA POPULATION ENQUETEE 167

8.3.1 Proportion de personnes malades dans l'année précédant l'enquête 167
8.3.2 Fréquence de maladie 168
8.3.3 Lieu de consultation et personnel traitant 170
8.3.4 Taux et durée d'hospitalisation 172

Appendice A

QUESTIONNAIRE DE L'EPC-ZAIRE 175

Appendice B

LISTE DU PERSONNEL DE L'EPC-ZAIRE 207

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU		PAGE
1.1	PRESENTATION DES SUBDIVISIONS ADMINISTRATIVES DE LA REPUBLIQUE DU ZAIRE SELON SON ORGANISATION EN 1983	3
1.2	EVOLUTION DE LA POPULATION DU ZAIRE DE 1925 A 1981	8
1.3	NIVEAU DE FECONDITE GLOBALE OBSERVE DANS QUELQUES ENQUETES	10
1.4	DESCENDANCE FINALE DES FEMMES INTERVIEWEES DANS QUELQUES ENQUETES	11
1.5	TAUX DE MORTALITE OBSERVE (en o/oo) SELON LES SOURCES	13
2.1	CALENDRIER D'EXECUTION DE L'E.P.C.-ZAIRE	25
2.2	RESULTATS RECAPITULATIFS DE LA PRE-ENQUETE DE L'EPC-ZAIRE A KINSHASA 1982	28
2.3	PERSONNEL RECRUTE, FORME ET SELECTIONNE POUR L'EPC-ZAIRE PAR MILIEU ET PAR CATEGORIE	30
2.4	FRACTIONS DE SONDAGE DE L'EPC-ZAIRE ET NOMBRE D'UNITES TIREES AUX PREMIER ET DEUXIEME DEGRES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE ET LA SOUS-STRATE	34
2.5	SITUATION DE L'ECHANTILLON DE L'E.P.C.-ZAIRE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE	36
2.6	QUELQUES CARACTERISTIQUES SAILLANTES DES MENAGES ENQUETES DANS L'EPC-ZAIRE	36
2.7	REPARTITION EN POURCENTAGE DES QUESTIONNAIRES INDIVIDUELS SELON LE RESULTAT FINAL ET LE MILIEU DE RESIDENCE	37
3.1	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LE FORMAT DE LEUR DECLARATION D'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE	40
3.2	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE	41
3.3	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LE MILIEU DE RESIDENCE	42

TABLEAU PAGE

3.4 POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS QUI SAVENT LIRE SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 43

3.5 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ET ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION DU PARTENAIRE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 44

3.6 POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS QUI SONT OCCUPEES SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 47

3.7 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS QUI SONT OCCUPPEES SELON LA PROFESSION ET LE MILIEU DE RESIDENCE .. 48

3.8 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LA RELIGION ET LE MILIEU DE RESIDENCE 49

3.9 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LA RESIDENCE PENDANT L'ENFANCE ET LE MILIEU DE RESIDENCE ACTUELLE 50

4.1 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON L'ETAT MATRIMONIAL ET LE MILIEU DE RESIDENCE 54

4.2 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LA RELATION SOCIALE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 54

4.3 REPARTITION DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON L'AGE A LA PREMIERE UNION ET LE MILIEU DE RESIDENCE 56

4.4 AGE MOYEN A LA PREMIERE UNION DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 20-49 ANS ET AYANT CONTRACTE LEUR PREMIERE UNION AVANT L'AGE DE 20 ANS SELON DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET LE MILIEU DE RESIDENCE 57

4.5 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE TYPE D'UNION ET LE MILIEU DE RESIDENCE 59

4.6 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE NOMBRE D'UNIONS CONTRACTEES ET LE MILIEU DE RESIDENCE 60

4.7 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES ET LE MILIEU DE RESIDENCE 61

4.8 NOMBRE MOYEN DE NAISSANCES VIVANTES PARMI LES FEMMES AGEES DE 15 A 49 ANS SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 62

TABLEAU		PAGE

4.9 PARITE MOYENNE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 64

4.10 TAUX DE FECONDITE GENERALE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE 65

4.11 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON LEUR DESIR D'AVOIR D'AUTRES ENFANTS ET LE MILIEU DE RESIDENCE 67

4.12 POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION, NE DESIRANT PLUS D'ENFANTS SELON L'AGE, LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS ET LE MILIEU DE RESIDENCE 68

4.13 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE DESIR D'AVOIR PLUS ENFANTS (LA FEMME ET SON CONJOINT) ET LE MILIEU DE RESIDENCE 70

4.14 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET QUI DESIRENT UN AUTRE ENFANT SELON L'ESPACEMENT DESIRE AVANT LA PROCHAINE NAISSANCE 71

4.15 DIMENSION ACTUELLE MOYENNE DE LA FAMILLE,[a] DIMENSION ANTICIPEE MOYENNE DE LA FAMILLE[b] ET DIMENSION IDEALE MOYENNE DE LA FAMILLE[c] CHEZ LES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE ... 72

4.16 COMPARAISON ENTRE LA DIMENSION ANTICIPEE DE LA FAMILLE[a] ET LA DIMENSION IDEALE DE LA FAMILLE[b] CHEZ LES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE MILIEU DE RESIDENCE 73

5.1 POURCENTAGE DE FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON L'ETAT MATRIMONIAL ET LE MILIEU DE RESIDENCE 77

5.2 POURCENTAGE DE FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS CONNAISSANT UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON LE TYPE DE METHODE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 79

5.3 COMPARAISON DES NIVEAUX DE CONNAISSANCE DES METHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE A PARTIR DES ETUDES MENEES A KINSHASA (1980) ET AU BAS-ZAIRE (1981) 83

5.4 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LE NOMBRE DE METHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE CONNUES ET LE MILIEU DE RESIDENCE 84

5.5 POURCENTAGE DE FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON QUELQUES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES ET LE MILIEU DE RESIDENCE 86

TABLEAU PAGE

5.6 POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS AYANT UTILISE AU MOINS UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON LE TYPE DE METHODE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 90

5.7 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS AYANT UTILISE AU MOINS UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON LE NOMBRE DE METHODES UTILISEES ET LE MILIEU DE RESIDENCE 94

5.8 POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS AYANT UTILISE AU MOINS UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON QUELQUES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES ET LE MILIEU DE RESIDENCE 95

6.1 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES EN UNION AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON L'UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION ET LE MILIEU DE RESIDENCE 102

6.2 POURCENTAGE DE FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET PRATIQUANT LA CONTRACEPTION SELON QUELQUES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES ET LE MILIEU DE RESIDENCE 104

6.3 DUREES MOYENNE ET MEDIANE D'UTILISATION CHEZ LES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET PRATIQUANT LA CONTRACEPTION SELON LE TYPE DE METHODE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 109

6.4 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET PRATIQUANT LA CONTRACEPTION[a] SELON QUE LA METHODE EST LEUR METHODE PREFEREE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 110

6.5 POURCENTAGE D'UTILISATRICES RAPPORTANT DES PROBLEMES SECONDAIRES DUS A LEUR METHODE SELON LE TYPE DE METHODE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 111

6.6 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET PRATIQUANT L'ABSTINENCE SELON LA RAISON DONNEE POUR L'UTILISATION, LE TYPE D'ALCOVE, LA DUREE MOYENNE D'UTILISATION ACTUELLE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 112

6.7 REPARTITION EN POURCENTAGE DES UTILISATRICES DES METHODES SELON LE TYPE DE SOURCES D'APPROVISIONNEMENT ET LE MILIEU DE RESIDENCE 114

6.8 REPARTITION EN POURCENTAGE DES UTILISATRICES SELON LE TYPE DE TRANSPORT, LE TEMPS MIS POUR SE RENDRE A LA SOURCE, LA PERCEPTION DE L'ACCESSIBILITE AUX SOURCES D'APPROVISIONNEMENT ET LE MILIEU DE RESIDENCE 116

TABLEAU PAGE

6.9 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 15 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION, NON ENCEINTES ET CONNAISSANT UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON LA RAISON PRINCIPALE DE NON-UTILISATION ET LE MILIEU DE RESIDENCE 118

6.10 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE ET NE PRATIQUANT PAS LA CONTRACEPTION SELON L'APPROBATION DE PLANIFICATION FAMILIALE ET LE MILIEU DE RESIDENCE..... 119

6.11 DISTRIBUTION DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET APPROUVANT[a] L'UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE SELON LA RAISON PRINCIPALE DE PRATIQUER LA CONTRACEPTION (DONNEES OBTENUES AVEC L'AIDE DE L'ENQUETRICE) ET LE MILIEU DE RESIDENCE 121

6.12 DISTRIBUTION DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET DESAPPROUVANT L'UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE SELON LA RAISON PRINCIPALE DE NE PAS PRATIQUER LA CONTRACEPTION (INFORMATION OBTENUE SPONTANEMENT SANS L'AIDE DE L'ENQUETRICE) ET LE MILIEU DE RESIDENCE 122

6.13 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET DESAPPROUVANT L'UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE SELON LA RAISON PRINCIPALE DE NE PAS PRATIQUER LA CONTRACEPTION (INFORMATION OBTENUE AVEC L'AIDE DE L'ENQUETRICE) ET LE MILIEU DE RESIDENCE 124

6.14 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION, CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE ET NE PRATIQUANT PAS LA CONTRACEPTION SELON L'INTENTION D'EN UTILISER UNE A L'AVENIR ET LE MILIEU DE RESIDENCE..... 125

6.15 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION N'UTILISANT PAS LA CONTRACEPTION ET AYANT L'INTENTION DE L'UTILISER A L'AVENIR SELON LA METHODE PREFEREE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 126

6.16 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON L'ETAT D'EXPOSITION ET DE PRATIQUE, ET LE MILIEU DE RESIDENCE 127

6.17 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET N'UTILISANT PAS LA PLANIFICATION FAMILIALE SELON L'EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE, LE DESIR DE LIMITER OU D'ESPACER LES NAISSANCES ET LE MILIEU DE RESIDENCE 128

TABLEAU PAGE

7.1 REPARTITION EN POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SELON L'AGE, LE SEXE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 132

7.2 REPARTITION EN POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SELON L'EXPERIENCE DU DIARRHEE DANS LES 2 SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW, LE TRAITEMENT RECU ET LE MILIEU DE RESIDENCE 134

7.3 REPARTITION EN POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SELON L'EXPERIENCE DE LA DIARRHEE DANS LES 2 SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW, LE TRAITEMENT RECU ET LE MILIEU DE RESIDENCE 137

7.4 REPARTITION EN POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SELON L'EXPERIENCE DES VERS INTESTINAUX DANS LES 6 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW, LE TRAITEMENT RECU ET LE MILIEU DE RESIDENCE 138

7.5 REPARTITION EN POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SELON LES AUTRES MALADIES DECLAREES PAR LES MERES ET LE MILIEU DE RESIDENCE 140

7.6 REPARTITION EN POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SELON L'ETAT DE VACCINATION ET LE MILIEU DE RESIDENCE 141

7.7 POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DECLARES VACCINES SELON LE TYPE DE VACCIN ET LE MILIEU DE RESIDENCE 141

7.8 NOMBRE MOYEN D'ENFANTS NES-VIVANTS ET NOMBRE MOYEN D'ENFANTS SURVIVANTS CHEZ LES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 144

7.9 POURCENTAGE DE TOUTES LES FEMMES EN UNION PASSEE OU PRESENTE, AGEES DE 15 A 49 ANS, ET DECLARANT DES DECES D'AU MOINS UN ENFANT, SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 145

7.10 TAUX DE LA MORTALITE INFANTILE DERIVES DES TECHNIQUES D'ESTIMATION INDIRECTES, SELON LE MILIEU DE RESIDENCE 146

7.11 PROPORTION N'AYANT JAMAIS ALLAITE AU SEIN LEUR DERNIER-NE, PROPORTION AYANT NOURRI AU SEIN PENDANT UN MINIMUM DE 3, 6, 12, 18 ET 24 MOIS, ET DUREE MEDIANE DE L'ALLAITEMENT AU SEIN, TIREES DES TECHNIQUES DE TABLES DE MORTALITE POUR TOUTES LES FEMMES AYANT EU UNE NAISSANCE SURVIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE MILIEU DE RESIDENCE 149

7.12 PROPORTION AYANT ALLAITE AU SEIN SANS AUCUN ALIMENT COMPLEMENTAIRE, PENDANT UN MINIMUM DE 1, 2, 3, 6 ET 12 MOIS, ET DUREE MEDIANE DE L'ALLAITEMENT AU SEIN SANS AUCUN ALIMENT COMPLEMENTAIRE, TIREES DES TECHNIQUES DE TABLES DE MORTALITE, POUR LES FEMMES AYANT EU UNE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE MILIEU DE RESIDENCE 151

TABLEAU PAGE

7.13 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT LA DERNIERE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE NOMBRE DE CONSULTATIONS PRENATALES ET LE MILIEU DE RESIDENCE 153

7.14 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT LA DERNIERE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT DU DERNIER ENFANT ET LE MILIEU DE RESIDENCE 154

7.15 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT LA DERNIERE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LA CATEGORIE DE LA PERSONNE L'AYANT ASSISTEE A L'ACCOUCHEMENT DU DERNIER ENFANT ET LE MILIEU DE RESIDENCE 155

7.16 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT LA DERNIERE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE NOMBRE DE CONSULTATIONS POSTNATALES ET LE MILIEU DE RESIDENCE 156

7.17 POURCENTAGE DES FEMMES ENQUETEES APPROUVANT L'AVORTEMENT PROVOQUE SELON LA RAISON ET LE MILIEU DE RESIDENCE 157

8.1 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON L'EXISTENCE DE FORMATION MEDICALE DANS LA ZONE DE RESIDENCE, LA FREQUENTATION, LES MOTIFS DE NON-FREQUENTATION ET LE MILIEU DE RESIDENCE 161

8.2 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES QUI ONT CONNU UNE FORMATION MEDICALE DANS LA ZONE DE RESIDENCE SELON LES MOYENS DE TRANSPORT, LA DISTANCE A LA FORMATION, LA DUREE DU VOYAGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 162

8.3 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON LE TEMPS D'ATTENTE A LA FORMATION MEDICALE DE LA ZONE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 165

8.4 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON L'AFFILIATION A UNE ASSOCIATION QUELCONQUE DU GENRE MUTUELLE DE SANTE AU MOMENT DE L'ENQUETE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 166

8.5 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON LE DESIR D'AFFILIATION A UNE ASSOCIATION QUELCONQUE DU GENRE MUTUELLE DE SANTE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 167

8.6 LA POPULATION TOTALE ET LA POPULATION REPORTEE MALADE PENDANT LES 12 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW DANS LES MENAGES DE L'EPC-ZAIRE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE 168

TABLEAU PAGE

8.7 REPARTITION EN POURCENTAGE DES PERSONNES DECLAREES MALADES SELON LE SEXE, L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 169

8.8 REPARTITION EN POURCENTAGE DES PERSONNES DECLAREES MALADES SELON LE NOMBRE DE FOIS TOMBE MALADE ET LE MILIEU DE RESIDENCE 170

8.9 REPARTITION EN POURCENTAGE DES PERSONNES DECLAREES MALADES SELON LE LIEU DE CONSULTATION ET LE MILIEU DE RESIDENCE 171

8.10 REPARTITION EN POURCENTAGE DES PERSONNES DECLAREES MALADES, SELON LA CATEGORIE DE LA PERSONNE LES AYANT ASSISTES ET LE MILIEU DE RESIDENCE 172

8.11 REPARTITION EN POURCENTAGE DES PERSONNES DECLAREES MALADES SELON LE NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION ET LE MILIEU DE RESIDENCE 173

LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

GRAPHIQUE		PAGE
2.1	DECOUPAGE ADMINISTRATIF DU ZAIRE	22
3.1	COMPARAISON DES POURCENTAGES DES FEMMES QUI SAVENT LIRE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE	42
3.2	COMPARAISON DU NIVEAU D'INSTRUCTION DE L'ENQUETEE ET DU PARTENAIRE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE	45
3.3	COMPARAISON DES POURCENTAGES DES FEMMES QUI SONT OCCUPEES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE	46
4.1	NOMBRE MOYEN DE NAISSANCES VIVANTES PARMI LES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE	63
4.2	POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION NE DESIRANT PLUS D'ENFANTS SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE	69
5.1	NIVEAU DE LA CONNAISSANCE D'AU MOINS UNE METHODE MODERNE ET D'AU MOINS UNE METHODE TRADITIONNELLE DE CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE	78
5.2	NIVEAU DE LA CONNAISSANCE D'AU MOINS UNE METHODE DE CONTRACEPTION SANS AIDE ET AVEC AIDE CHEZ LES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON LA METHODE ET LE MILIEU DE RESIDENCE	80
5.3	NIVEAU DE L'UTILISATION PASSEE ET ACTUELLE D'AU MOINS UNE METHODE MODERNE ET D'AU MOINS UNE METHODE TRADITIONNELLE DE CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE	91
5.4	NIVEAU DE L'UTILISATION PASSEE OU ACTUELLE DE CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON LA METHODE UTILISEE ET LE MILIEU DE RESIDENCE	92
6.1	NIVEAU DE L'UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION SELON LE TYPE DE METHODE ET LE MILIEU DE RESIDENCE	101
6.2	COMPARAISON DES NIVEAUX DE L'UTILISATION PASSEE ET ACTUELLE DES METHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE PARMI DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE MILIEU DE RESIDENCE	107

GRAPHIQUE PAGE

6.3 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION SELON L'ETAT D'EXPOSITION, L'ETAT DE PRATIQUE, LE DESIR DE LIMITER OU D'ESPACER LES NAISSANCES ET LE MILIEU DE RESIDENCE .. 129

7.1 INCIDENCE DE LA DIARRHEE, LA MALARIA, LES VERS INTESTINAUX ET LES PROBLEMES RESPIRATOIRES CHEZ DES ENFANTS MOINS DE 5 ANS SELON LE MILIEU DE RESIDENCE 135

7.2 POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS AYANT ETE VACCINES SELON LE TYPE DE VACCIN ET LE MILIEU DE RESIDENCE 142

7.3 POURCENTAGE DES FEMMES AYANT EU UNE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW QUI ONT ALLAITE AU SEIN PENDANT UN MINIMUM DE 3, 6, 12, 18 ET 24 MOIS SELON LE MILIEU DE RESIDENCE 148

7.4 POURCENTAGE DES FEMMES AYANT EU UNE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW QUI ONT ALLAITE AU SEIN SANS AUCUN ALIMENT COMPLEMENTAIRE PENDANT UN MINIMUM DE 1, 2, 3, 6 ET 12 MOIS SELON LE MILIEU DE RESIDENCE 150

7.5 POURCENTAGE DES FEMMES AYANT EU UNE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW QUI ONT RECU DES SOINS PRENATALS, L'ASSISTANCE MEDICALE A L'ACCOUCHEMENT OU DES SOINS POSTNATALS SELON LE MILIEU DE RESIDENCE 152

8.1 POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS AU PLUS A 30 MINUTES D'UNE FORMATION MEDICALE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE 164

8.2 POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELEBATAIRES AGEES DE 15 A 49 ANS AYANT ATTENDU MOINS DE 30 MINUTES POUR DES SOINS A LA FORMATION MEDICALE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE 164

CHAPITRE I
PRESENTATION DU PAYS

1.1 CADRE GEOGRAPHIQUE

Avec ses 2,345 millions de Km^2, le Zaïre est l'un des pays les plus vastes de l'Afrique, au sud du Sahara. A l'échelle continentale, il se classe en troisième position après le Soudan (2,505 millions Km^2) et l'Algérie (2,381 millions Km^2) et sur le plan mondial, il occupe la onzième place.

Au point de vue géographique, le Zaïre s'étale entièrement à l'Est du méridien de Greenwich. Traversé par l'Equateur à plusieurs endroits par le Fleuve Zaïre et ses affluents, il dispose d'un des plus grands bassins versants du monde. Il s'est divisé en trois grandes régions géographiques: la Cuvette Centrale, la Région des Plateaux et la Région de hautes montagnes vers l'Est et le Sud-Est.

Sa configuration géographique très particulière lui vaut un climat fort varié et un réseau fluvial navigable sur bon nombre de fiefs. Par ailleurs, le Zaïre possède un relief et un climat qui lui offrent la possibilité de compter des espèces riches et variées de la flore et de la faune.

Il n'y a pas d'unanimité concernant l'identification et le nombre de tribus habitant le cadre géographique précité. D'une manière générale, les spécialistes en sciences humaines et sociales distinguent 5 groupes ethniques principaux:

le groupe bantou: il est le plus important et couvre les deux tiers du territoire;

- le groupe soudanais qui se situe au Nord du pays;

- le groupe pygmoïde qui se caractérise par la petite taille de sa population;

- le groupe nilotique dont le Tutsi, que l'on trouve dans les régions des Grands Lacs;

- et le groupe hamite qui se compose des populations pastorales de l'Est du pays.

Au sein de chaque groupe ethnique se parlent une multitude de langues accusant tantôt des analogies, tantôt des caractéristiques communes. Ici, comme pour l'identification de tribus, leur nombre est inconnu. Cependant, pour réduire les difficultés de communication, quatre langues populaires, déjà utilisées lors de la colonisation, passent pour être nationales. Pour être mieux saisi par les populations concernées, le questionnaire de l'E.P.C.-ZAIRE a été traduit dans ces langues locales pour l'intérieur. Il s'agit de:

- lingala, parlée dans les Régions de l'Equateur, du Haut-Zaïre, de Kinshasa et dans Mayi-Ndombe (Nord Bandundu);

- tsilube, utilisée dans les deux Régions du Kasaï;

- shwahili, assez répandue dans les trois Régions de l'Est du pays;

- kikongo - ou mieux de kitube - langue du "Bula Matani," parlée de manière éparse dans le Bas-Zaïre, mais très courante dans le Kwango et le Kwilu au Bandundu.

En conclusion, le cadre géographique brièvement décrit ci-dessus groupe ensemble des peuples différents avec des genres de vie très variés. Tout cela donne aux chercheurs l'intérêt de saisir le phénomène étudié dans toute sa dimension. Ainsi, les variations de toute sorte peuvent constituer un champ d'investigation qui permettrait de démentir ou de confirmer certaines hypothèses avancées sans fondement scientifique. Cela est d'ailleurs d'autant plus intéressant que tout ceci se trouve sous une même organisation administrative.

1.2 ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Après quelques aménagements imposés par divers facteurs historiques et culturels, le pays comprend actuellement 9 régions avec Kinshasa, la capitale du pays, qui a statut de région. Chaque région se divise en sous-régions subdivisées à leur tour en zones, puis en collectivités (ou quartiers). Notons qu'en milieu rural, une collectivité comporte des localités regroupées en plusieurs villages.

Dépendent donc de chaque région aux échelons inférieurs un nombre d'entités administratives variant selon l'étendue de celle-ci. Le tableau 1.1 présente la subdivision administrative du Zaïre selon son organisation en 1983.

TABLEAU 1.1 PRESENTATION DES SUBDIVISIONS ADMINISTRATIVES DE LA REPUBLIQUE DU ZAIRE SELON SON ORGANISATION EN 1983

Région et Chef-lieu	Superficie en Km^2	Nombre de Sous-Régions		Nombre de Zones		Nombre total de Collectivités ou de Quartiers
		Urbaines	Rurales	Urbaines	Rurales	
Kinshasa: Capitale	9.965	-	-	24	-	236
Bas-Zaïre: Matadi	53.920	2	3	6	10	77
Bandundu: Bandundu	295.658	2	3	7	16	134
Equateur: Mbandaka	403.293	2	5	4	24	99
Haut-Zaïre: Kisangani	503.239	1	4	6	24	232
Kivu: Bukavu	256.662	1	3	3	21	81
Shaba: Lubumbashi	496.965	3	4	13	22	159
Kasai Oriental: Mbuji-Mayi	168.216	1	3	5	16	76
Kasai Occidental: Kananga	156.967	1	2	5	10	80
TOTAL	2.344.885	13	27	73	143	1.174

1.3 ECONOMIE ET DEVELOPPEMENT

Le cadre géographique décrit ci-dessus donne au Zaïre toutes les possibilités d'asseoir son économie grâce au potentiel de ses sol et sous-sol qui lui permettent de concevoir des plans de développement économique adaptés aux caractéristiques de chacune de ses Régions. Cette exigence de développement économique est apparue depuis l'époque de l'Etat Indépendent du Congo où tout fut à créer au point de vue de l'économie moderne.

Au début, il était question que le développement du Congo ne coûterait rien à la Belgique (1). Par la suite, plus d'attention fut accordée à l'initiative privée associée à l'Etat (2). Cette philosophie caractérise encore aujourd'hui la structure de l'économie du Zaïre qui fonctionne avec des capitaux mixtes. Toutefois, cette structure demeure orientée vers l'exploitation des produits d'exportation. Cela est vrai pour tous les domaines économiques. Par exemple, pour une agriculture où le secteur traditionnel est très sous-développé, les produits tels que les oléagineux, les plantes textiles, stimulantes, médicinales, insecticides, aromatiques, ornementales et à épices, sont destinés au marché extérieur. Il en est de même pour l'exploitation des ressources minières (cuivre, cobalt, étain, etc.) qui produisent près de 80% des rentrées en devises dont la conversion s'effectue à l'étranger.

Le réseau hydrographique permet au pays d'appuyer son économie sur un potentiel énergétique immense. Jusqu'en 1979, il fournissait les trois cinquièmes du total d'électricité, mais depuis, avec le projet des barrages d'Inga, capables de produire 20% de l'énergie hydro-électrique mondiale, la situation est en voie de changement. D'autres sources d'énergie, tels que le charbon, le pétrole et le gaz, existent, mais leur production s'avère insuffisante.

La présence de l'énergie offre également au Zaïre la possibilité d'orienter son économie vers l'industrie de transformation encore peu développée. Ce domaine comprend les industries alimentaires, les usines

textiles, les sociétés de transformation métallique et de construction mécanique, les industries chimiques, du bâtiment et du tabac, et bien d'autres encore.

Malgré les atouts dont dispose le pays, son développement économique progresse à un rythme assez lent. Actuellement, le taux de croissance économique estimé à 2,0% par an se révèle inférieur au taux annuel d'accroissement de la population qui oscille entre 2,5% et 2,8%. Quant au développement agricole il évolue négativement à -1,5% (3).

Par ailleurs, il importe de signaler que l'économie du Zaïre est fondée, en majeure partie, sur les industries d'appartenance ouest-européenne. Elle paraît donc fragile et vite secouée en cas de crise. On a bien tenté de la "zaïriser", mais sans résultats satisfaisants. D'une manière générale, on pense qu'elle traverse une période très critique accentuée par la crise économique mondiale.

C'est donc dans le but de redresser l'économie du pays qu'un plan à cinq points principaux fut dressé pour les cinq dernières années de la décennie 1970. Un deuxième plan est prévu pour la période de 1986-1990.

1.4 SANTE ET HABITAT

Le développement d'un pays peut se mesurer par la santé de ses habitants. C'est que l'hygiène en constitue l'un des facteurs indispensables, sinon déterminants. Evidemment, tout cela n'est rendu possible que si l'homme s'adapte à l'habitat et au milieu ambiant, depuis le climat jusqu'à l'alimentation.

Le Zaïre, comme le mentionne le paragraphe 1.1, s'étale entièrement sur les régions tropicales et équatoriales. La température moyenne voisine 24°C tandis que l'humidité atteint 81 %. Ces conditions font du pays une vaste zone considérée hostile à la vie humaine, et où les maladies tropicales telles que les fièvres malariennes, le trypanosomiase, la dysentérie amibienne, le bilharziose, etc...continuent

à faire ravage surtout chez les enfants. Ceci a fini d'ailleurs par marquer l'attitude de la population à l'égard de la fécondité en ce sens que les couples surestiment le nombre d'enfants à avoir de manière que la mortalité en réduisant leur nombre, leur laisse quelques-uns en vie.

Toutefois, il convient de souligner que, depuis l'époque coloniale et grâce aux nombreuses découvertes faites en matière d'éthiologie et de prophylaxie, la lutte contre les maladies tropicales comptait parmi les priorités à atteindre. Les statistiques indiquent une baisse de la mortalité durant cette période et une réduction des maladies vénériennes dans les régions du nord du pays (4).

En adhérant au mot d'ordre de l'Organisation Mondiale de la Santé, "Santé pour tous d'ici l'an 2000," le Zaïre s'efforce actuellement de secourir les masses populaires en visant à réduire la mortalité surtout pour les enfants de moins de 5 ans durement frappés par la sous-alimentation.

1.5 LES TENDANCES DE LA DEMOGRAPHIE AU ZAIRE

En raison des données incertaines et des observations souvent contradictoires existant dans les travaux traitant de la démographie au Zaïre, il paraît souvent hasardeux de prétendre dégager des paramètres caractérisant la réalité de l'évolution démographique. Le fait qu'elles sont fournies par un personnel non qualifié contribue à les rendre plus incertaines encore.

Il existe des enquêtes démographiques dont on peut dégager certaines informations chiffrées. Elles ont, à leur tour, le défaut d'être sectorielles, souvent menées sans respect de périodicité et ne concernant que le milieu urbain. Ce caractère très aléatoire des statistiques disponibles ne conduit donc, dans la connaissance de la réalité démographique, qu'à des approximations. Cela devient d'autant plus complexe lorsque l'on sait qu'au Zaïre, les données concernent des populations dont les tribus, les coutumes et l'habitat sont profondément

dissemblables. Toutefois, en attendant un système efficace d'enregistrement de faits d'état civil, ces chiffres peuvent, avec réserves, servir d'indications appréciables.

C'est donc dans ce cadre qu'il faut situer la section suivante qui traite respectivement de l'évolution et de l'accroissement de la population, des niveaux et tendances de la fécondité et de la mortalité et fournit en outre, quelques aspects de la politique de population au Zaïre.

1.5.1 Evolution et accroissement de la population

L'intérêt de connaître le sens de la dynamique des populations zaïroises s'est manifesté depuis le début de l'ère coloniale. Avant 1925 les données disponibles n'offraient qu'une valeur conjecturale et se basaient, soit sur l'estimation de Stanley qui évaluait le nombre d'habitants à 29 millions, soit sur des chiffres de l'administration coloniale qui avançait 22 ou 28 millions d'habitants (5).

Le recensement effectué en 1925 avance le chiffre de 7.692.592 habitants. Après différentes controverses, ce chiffre a été ramené à 9.564.990 habitants.

Toutes considérations statistiques mises à part, la courbe de l'évolution de la population du Zaïre peut être saisie à travers les données du tableau 1.2.

Le taux moyen annuel d'accroissement qui en découle se situe au-dessous de 1,0% jusqu'aux environs de 1950. Après cette période, le rythme décrit une progression rapide avec un taux annuel moyen d'accroissement de 5,1% entre 1965 et 1970 (6). Ce progrès qui ne peut tromper, est affecté par des erreurs telles que le sous-dénombrement, le zèle de certains responsables administratifs à exagérer les chiffres de population pour diverses raisons et le double compte résultant d'un mouvement migratoire non contrôlé, etc.

TABLEAU 1.2 EVOLUTION DE LA POPULATION DU ZAIRE DE 1925 A 1981

Année	Effectif total de la population [a]	Accroissement annuel en %
1925	9.564.990	-
1930	9.842.977	0,58
1935	10.175.559	0,68
1940	10.567.482	0,77
1945	11.024.743	0,86
1950	11.554.588	0,96
1955	12.562.631	1,69
1960	14.224.896 (E)	2,52
1965	16.172.826 (E)	2,60
1970	20.705.834	5,07
1975	24.831.756	3,70
1980	29.443.279	3,46
1981	30.261.294	-

(a) De 1925 à 1955, les chiffres sont tirés du document "Le mouvement de la population congolaise entre 1925 et 1952" et autres documents de l'A.I.M.O. Ceux à partir de 1960 proviennent soit de recensements administratifs soit des estimations (E). Ces chiffres n'incluent pas la population étrangère.

Le relèvement du taux d'accroissement serait probablement dû à la réduction de la mortalité à la suite de l'amélioration des conditions d'existence déjà évoquée, au redressement de la natalité provoqué par la loi sur la prescription des mariages monogamiques et à l'établissement d'une politique sociale avec octroi d'allocations familiales aux travailleurs ou exemption d'impôts des pères de familles nombreuses (7). Ainsi le taux de natalité est passé progressivement de 34,3 o/oo en 1953 à près de 45,0 o/oo aujourd'hui, alors que l'indice correspondant de la mortalité se situe depuis ce temps autour de 20,0 o/oo. Au point de vue

démographique, le Zaïre se caractérise donc par une population jeune, avec une fécondité et une mortalité élevées.

En tenant compte des éléments représentés au tableau 1.2, il se dégage une pointe aux environs des années 1965-1970, tandis qu'un mouvement en baisse caractérise le taux d'accroissement annuel qui se fixe autour de 3,0%. A moins d'une baisse importante de la fécondité, avec ce taux, la population du Zaïre pourrait être amenée à doubler en 23 ans.

1.5.2 Niveaux et tendances de la fécondité

Depuis l'enquête démographique par sondage de 1955-1957, on ne dispose d'aucune indication sur le niveau de la fécondité pour l'ensemble du pays. Les informations actuellement disponibles proviennent de sondages menés auprès des ménages, au hasard à travers le pays et ce, presqu'exclusivement en milieu urbain.

Les indications du tableau 1.3 permettent de constater que la fécondité a augmenté depuis l'enquête de 1955-57. Quel que soit le milieu, cette tendance domine jusqu'à la fin des années 1960 et subsiste jusqu'au début de la décennie suivante. Cette augmentation résulterait, entre autres, de la diminution de la population des femmes n'ayant jamais procréé. Ceci entraîne un regain de fécondité dans les zones réputées pour leur infécondité.

Mais, étant donné le manque d'études approfondies sur les déterminants de la fécondité au Zaïre, il paraît difficile de préciser le degré de correlation de chaque facteur impliqué dans le mécanisme. On s'accorde souvent à considérer les degrés d'urbanisation et d'instruction de la population féminine comme primordiaux. Dans les enquêtes socio-démographiques, en milieu urbain par exemple, on constate que, sous l'impulsion de l'instruction, les normes nuptiales qui provoquaient jadis des unions précoces pour les femmes, perdent de plus en plus

TABLEAU 1.3 NIVEAU DE FECONDITE GLOBALE OBSERVE DANS QUELQUES ENQUETES

Sources	Domaine d'étude et Niveau				
	Ensemble du pays	Milieu urbain			
		Kinshasa	Lubumbashi	Kisangani	Kananga
Enquête socio-démographique 1955-1957	167,0	243,0	256,0	121,0	164,0
Enquête socio-démographique 1967	-	262,0	-	-	-
Enquête socio-démographique 1973, CRDI	-	-	255,0	20^,0	-
Enquête socio-démographique 1974, CRDI	-	-	-	-	224,0
Enquête socio-démographique 1975, SICAI	-	261,0	-	-	222,0
Enquête socio-démographique 1976, SICAI	-	-	-	-	-

d'importance. Par rapport à l'enquête de 1955-1957, les données recueillies depuis 1967 montrent qu'une proportion infime seulement des femmes se marient avant 15 ans.

De ces deux facteurs dépendent probablement les signes de fléchissement de la fécondité observés au tableau 1.3; ils sont les catalyseurs qui constituent le clivage des mentalités entre milieu rural et milieu urbain. Ce clivage fait de la ville une société en transition où la prudence, la rationalité, l'autodiscipline et la prédisposition de se rendre maître de sa propre reproduction tendent à être plus marquées (8). Même si les niveaux sont différents, il faut par ailleurs reconnaître que les effets de la modernité ne se limitent pas seulement au milieu urbain. Il est possible qu'en milieu rural la fécondité se

soit comportée comme observée dans les enquêtes menées en milieu urbain. Il convient de noter à cet effet que pratiquement toutes les villes du Zaïre, et à n'importe quel moment, comprennent une population dont la structure résulte en partie de l'exode rural et en partie du mouvement naturel. L'enquête EDOZA signale d'ailleurs que les descendances (parités) observées en milieu urbain sont toujours légèrement supérieures à celles du milieu urbain bien que les écarts ne soient pas très importants (9).

Il ressort également des enquêtes effectuées, que le nombre moyen d'enfants par femme en fin de la vie féconde marque un mouvement en hausse (tableau 1.4).

TABLEAU 1.4 DESCENDANCE FINALE DES FEMMES INTERVIEWEES DANS QUELQUES ENQUETES

Sources	Domaine d'étude et Niveau			
	Milieu urbain			
	Kinshasa	Lubumbashi	Kisangani	Kananga
Enquête socio-démographique 1955-1957	3,8	2,65	2,05	2,95
Enquête socio-démographique 1967	5,8	3,63	2,70	-
Enquête socio-démographique 1973, CRDI	-	-	-	-
Enquête socio-démographique 1974, CRDI			-	3,70
Enquête socio-démographique 1975, SICAI	6,3	-	-	5,90
Enquête socio-démographique 1976, SICAI	-	-	-	-

1.5.3 Niveaux et tendances de la mortalité

Tout comme pour la fécondité, les statistiques disponibles sur la mortalité au Zaïre sont imparfaites et assez discutables. Dans la plupart des cas, les niveaux s'obtiennent soit en utilisant les données des enquêtes socio-démographiques soit en combinant celles de plusieurs services administratifs. D'une manière générale, les niveaux des indices sont calculés par méthodes d'estimation indirectes.

En dépit du caractère approximatif du taux brut de mortalité et de la qualité douteuse des données des services concernés, les résultats du tableau 1.5 permettent de comprendre l'évolution du phénomène. A défaut d'une série de données continue pour chaque milieu étudié, on s'aperçoit que la mortalité a connu deux moments.

Le premier va du temps de la colonialisation du Congo où la mortalité était très élevée jusque vers la fin des années 1960. Durant cette période, en dehors de quelques à-coups fort négligeables, le taux brut de mortalité pour l'ensemble du pays a subi une réduction. Il a regressé de 24,2 pour mille en 1935 à moins de 20,0 pour mille environ en 1970 (10). Par contre, au cours de la deuxième période s'étalant des années 1970 à nos jours, la tendance observée se caractérise par une augmentation progressive de la mortalité. La série de données des enquêtes socio-démographiques effectuées à Kinshasa et Kananga montre en effet qu'après avoir atteint un minimum, le niveau de la mortalité a marqué une reprise notamment à Kinshasa où le niveau évalué en 1976 s'est avéré même plus élevé que celui de 1955.

Toute considération faite, on estime que l'évolution de la mortalité se serait déroulée de manière similaire en milieu rural, avec cependant un niveau plus élevé qu'en milieu urbain. Pour l'illustrer: la mortalité générale observée en 1955-57 était de 9 pour mille pour le milieu urbain et de 23 pour mille en milieu rural.

TABLEAU 1.5 TAUX DE MORTALITE OBSERVE (en o/oo) SELON LES SOURCES

Sources	Domaine d'étude et Niveau				
	Ensemble du pays	Milieu urbain			
		Kinshasa	Lubumbashi	Kisangani	Kananga
Lamal 1935	24,2	-	-	-	-
Lamal 1950	23,0	-	-	-	-
Enquête socio-démographique 1955-57	20,0	10,0	12,0	19,0	27,0
Enquête socio-démographique 1967	-	9,9	-	-	-
Nations Unies 1969	22,7	-	-	-	-
Enquête socio-démographique 1973, CRDI	-	-	14,34	16,9	-
Enquête socio-démographique 1974, CRDI	-	12,7	-	-	20,5
Enquête socio-démographique 1975, SICAI	-	13,3	-	-	21,1
Enquête socio-démographique 1975-76, SICAI	-	-	-	18,3	-

Le renversement de la tendance amorcée proviendrait probablement du relâchement par les pouvoirs publics de divers facteurs ayant auparavant entraîné la réduction de la mortalité. D'où le rebondissement des maladies tropicales déjà signalées au paragraphe 1.4.

Etant donné l'incertitude du taux brut de mortalité, il nous paraît utile, pour compléter la brève esquisse de cet important phénomène, d'examiner d'autres indices spécifiques de mortalité tels que le taux de

mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance, dans le but de nous renseigner éventuellement sur l'ampleur et la rapidité du changement de ce phénomène. A partir des données disponibles à l'heure actuelle, certains spécialistes ont pu estimer le taux de mortalité infantile à 148 pour mille pour la période 1950-1953 (11), et à 144,3 pour mille en 1959 (12).

Il est possible que le taux de mortalité infantile ait pu baisser jusqu'à cet ordre d'importance. Mais, à l'instar de la mortalité générale qui a augmenté à la suite de la dégradation de l'état sanitaire, ce taux serait en pleine progression et se situerait entre 150 et 200 pour mille (13). Ceci revient donc à dire que la mortalité infantile a suivi la même évolution que la mortalité générale. Toutefois, le double mouvement de dé-stabilisation ne s'est pas nécessairement produit au même moment.

En ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance, on constate donc que pour les deux sexes son niveau passe de 39 ans entre 1950-52 (14) à 46 ans en 1975.

1.5.4 Quelques considérations sur la politique de population au Zaïre

Le Zaïre n'a jamais eu ce que les spécialistes définissent par "politique de population," ni durant l'époque coloniale, ni après l'indépendance. La colonisation débuta son oeuvre avec un plan économique établi vers les années 1918 mais n'a jamais tracé de politique de population, même dans le plan décennal élaboré en 1949. Ce n'est qu'à travers certaines activités, menées par l'autorité coloniale, que se dégagent les éléments indirects d'une politique de population. Pour se limiter à la période coloniale, signalons que plusieurs actions entreprises ont eu pour conséquence de réduire la mortalité et que d'autres ont abouti par contre à l'augmentation de la fécondité. Parmi les actions ayant entraîné la baisse de la mortalité, on peut mentionner les campagnes d'éradication, la lutte contre les maladies vénériennes,

les missions médicales itinérantes effectuées par les agents sanitaires, l'enseignement de l'hygiène publique et de l'alimentation, etc. Quant à celles ayant provoqué l'augmentation de la fécondité, elles touchent, entre autres, à la réglementation de la nuptialité par la protection du ménage monogamique, à la répression de l'avortement provoqué, à la publicité des moyens contraceptifs et à la politique des revenus favorable à une hausse de la fécondité par certains éléments tels que les allocations familiales, la législation de l'impôt avec un système regressif pour les pères des familles nombreuses et les primes de naissances.

Loin de poursuivre un but spécifiquement démographique, les lois sur la résidence et séjour dans les centres européens et sur l'émigration des indigènes ont joué un rôle important dans la régulation du mouvement migratoire. Instituées pour des raisons économiques et administratives, ces lois ont eu comme effet la stabilisation de la répartition de la population dans chaque province et l'arrêt de l'exode rural. Après l'indépendance, la loi sur la résidence ne sera plus appliquée. Les les rêveurs d'une vie heureuse, facile et aisée en milieu urbain afflueront vers les villes. C'est l'exode rural: les villages sont abandonnés aux vieillards et aux personnes peu instruites ou analphabètes.

En dehors de cette loi, toutes celles à caractère pro-nataliste restent encore en application jusqu'à nos jours, mais subissent de plus en plus de profondes modifications. En effet, depuis quelques années le Zaïre par l'Ordonnance-loi No. 73-089 du 14 février 1973 portant sur la création du Comité National des Naissances Désirables, supporte officiellement les activités de planification familiale. A l'égard de la mortalité, le Zaïre met en place un système unifié et intégré dans le but de dispenser les soins de santé primaire à tous en mettant au point des mesures législatives et réglementaires. Ceci réorienterait le système de santé existant. L'objectif visé est: "santé pour tous" (15).

Les nouveaux moyens d'intervention, d'ailleurs diffus, dont dispose

le Zaïre ne permette pas au pays d'arrêter une véritable politique en matière de population qui fait des facteurs démographiques des objectifs de développement au même titre que dans le domaine économique et social. Les responsables politiques n'ont exprimé aucune opinion en ce qui concerne le niveau du taux d'accroissement naturel aussi bien sur le plan des mesures ou de sa considération dans le processus du développement économique et social que sur celui de la quantification des objectifs au cas où l'on viserait à l'influer. Quant aux phénomènes démographiques comme la morbidité et la mortalité, la fécondité et la famille et enfin la migration interne et externe, la situation n'est guère plus précise.

Il semble que le manque d'une politique réfléchie et sans équivoque d'une politique de population provient en grande partie de l'inexistence de statistiques sûres. A cela s'ajoute le fait que pendant longtemps l'attitude du gouvernement tendant à agir sur le niveau du taux d'accroissement naturel surtout en baisse était qualifiée d'une politique d'exportation d'Europe Occidentale, d'une décision néo-coloniale. A l'heure actuelle les mentalités changent. Les faits sont perçus différemment qu'autrefois et les responsables politiques de leur part, prennent de plus en plus conscience de la dimension du problème de population dans le développement du pays.

En matière de développement, jusqu'en 1986, le Zaïre a adopté une certaine stratégie. Parmi plusieurs plans élaborés, il faut noter le renforcement de l'Action sanitaire dont le Programme National des Naissances Désirables est l'une de huit composantes. C'est dans la recherche des éléments devant sous-tendre ce programme que l'on peut inclure l'Enquête sur la Prévalence Contraceptive au Zaïre dont le progrès de l'étude est présenté au paragraphe suivant.

1.6 ORGANISATION DU RAPPORT

Dans les chapitres qui suivent nous présentons les principaux résultats de l'Enquête sur la Prévalence de la Contraception au Zaïre.

Le chapitre 2 est consacré à la méthodologie de l'enquête. Le chapitre 3 fournit les informations sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques des femmes enquêtées. Quant au chapitre 4, il aborde la nuptialité, la fécondité et la dimension désirée de la famille. Dans les chapitres 5 et 6, on étudie la connaissance, l'utilisation et la disponibilité de la contraception. Enfin, le chapitre 7 fournit les informations sur la santé dont les données ont été recueillies dans le cadre de l'enquête.

Notes

(1) Franck, L. et al: Le Congo Belge. Tome Ier, p.25., Ed. La Renaissance du Livre, Bruxelles, p.168.

(2) Vandenput, R. : Le Congo Economique. Encyclopédie du Congo Belge. Tome I. Ed. Bieleveld, Bruxelles, pp.384-394.

(3) Chiffres fournis par les rapports de 1979 et 1981 de la Banque Mondiale sur la situation économique du Zaïre.

(4) Romaniuk, A. : La fécondité des populations congolaises, pp.295-322. Ed. Mouton, Paris 1967.

(5) Ce taux n'est pas à confondre avec le taux d'accroissement naturel qui résulte de l'excédent des naissances sur les décès.

(6) Lamal, F. : Considérations critiques sur les récents travaux de démographie congolaise. Revue Congolaise, Vol. IX No. 6, janvier 1955, pp.563-588.

(7) Lamal, F. : op. cit., pp.565-567.

(8) Romaniuk, A. : op. cit., pp.177-194.

(9) EDOZA, Tome 3: Mouvement de la Population. Département de Démographie, UCL, Louvain-La-Neuve 1978, p.43.

(10) Mis à part le problème de la qualité de données, la série de taux brut de mortalité fournie dans l'article de Fr. Lamal signale deux points alarmants pendant cette période, notamment: 1931 et 1937 où les taux ont atteint respectivement 25,0 et 26,2 o/oo.

(11) Ce taux est celui de la Division des Statistiques des Nations Unies. Pour la même période, Fr. Lamal avance un taux de mortalité infantile de l'ordre de 153%.

(12) Chiffre fourni également par les annuaires démographiques des Nations Unies.

(13) Dans "Tableau général de la démographie congolaise" Romaniuk donne un intervalle de 250--300o/oo que, selon lui, certains démographes attribuent aux populations congolaises (zaïroises)! Nous pensons quant à nous que ce seuil est trop élevé. Pour preuves; les résultats des enquêtes en milieu urbain n'a jusqu'ici même pas encore obtenu un taux au-delà de 200o/oo.

(14) Les services des Nations Unies évaluent cet indice à 39 ans pour la période correspondante.

(15) Ce mot vient de la déclaration d'Alma-Ata de la charte africaine pour le développement sanitaire en Afrique à laquelle le Zaïre marque son adhésion par la Décision d'Etat No. 10/CC/81.

CHAPITRE II
PRESENTATION DE L'ETUDE

Quelles que soient leurs politiques de population, bon nombre de pays africains considèrent de plus en plus la planification familiale comme l'un des instruments politiques nécessaires à l'amélioration des conditions de santé maternelle et infantile. Pour sa part, comme on l'a vu au point 1.5 du premier chapitre, la République du Zaïre a adhéré depuis 1973 à cette idée à travers son "Programme des Naissances Désirables" (1).

Afin d'évaluer l'impact de ce programme sur la population depuis sa création et de trouver les paramètres devant favoriser son exécution d'une manière efficace, il a été décidé de réaliser une Enquête sur la Prévalence des Méthodes Contraceptives au Zaïre (EPC-Zaïre). Le présent rapport fournit les résultats statistiques de cette enquête. Pour permettre au lecteur de juger des conditions et du cadre méthodologique qui ont servi à la collecte des données de l'enquête, ce chapitre présente une brève description des objectifs de l'enquête, de son champ d'étude et de sa méthodologie.

2.1 OBJECTIFS ET DOMAINE D'ETUDE DE L'EPC-ZAIRE

2.1.1 Objectifs de l'enquête

L'EPC-Zaïre a été menée dans le cadre du programme international de l'Enquête de Prévalence Contraceptive. Le programme de l'EPC a été créé afin d'institutionaliser le contrôle des niveaux de connaissance, de disponibilité et de pratique de la contraception dans le but de fournir de meilleures données de base pour l'évaluation des programmes de planning familial. Tout en restant fidèles aux objectifs du programme international de l'EPC, l'EPC-Zaïre a été entreprise pour:

- fournir des informations sur la connaissance, les attitudes et la pratique en matière de contraception ainsi que sur la disponibilité éventuelle des services de planification familiale;

- recueillir les données permettant au pays d'observer plus efficacement les changements de mentalités quant à l'utilisation de la contraception et des services fournis par les centres de planification familiale;

- identifier les facteurs qui facilitent ou entravent l'emploi des contraceptifs;

- étudier les manières d'aborder la question de la planification familiale qui pourraient conduire à un maximum d'acceptation suivie d'une utilisation soutenue de la contraception;

- estimer les proportions de femmes en âge de procréer qui, sans l'utilisation de la contraception, risquent de porter une grossesse accidentelle, autrement dit non désirée;

- aider le pays à introduire dans ses institutions des études périodiques de prévalence contraceptive de manière à rendre l'élaboration d'une politique démographique plus aisée;

- fournir aux chercheurs tant nationaux qu'internationaux une base de données devant servir à établir des comparaisons au niveau international.

Pour le Zaïre en particulier, deux objectifs spécifiques ont été assignés à l'enquête:

- D'une part, obtenir des données sur la santé et sur l'utilisation de l'infrastructure sanitaire, y compris surtout les renseignements sur les soins prénatals et postnatals pour la mère et les soins pour les nourrissons;

- et d'autre part, mesurer l'intensité de certaines maladies infantiles assez fréquentes en milieu tropical et déterminer les moyens utilisés pour leur traitement.

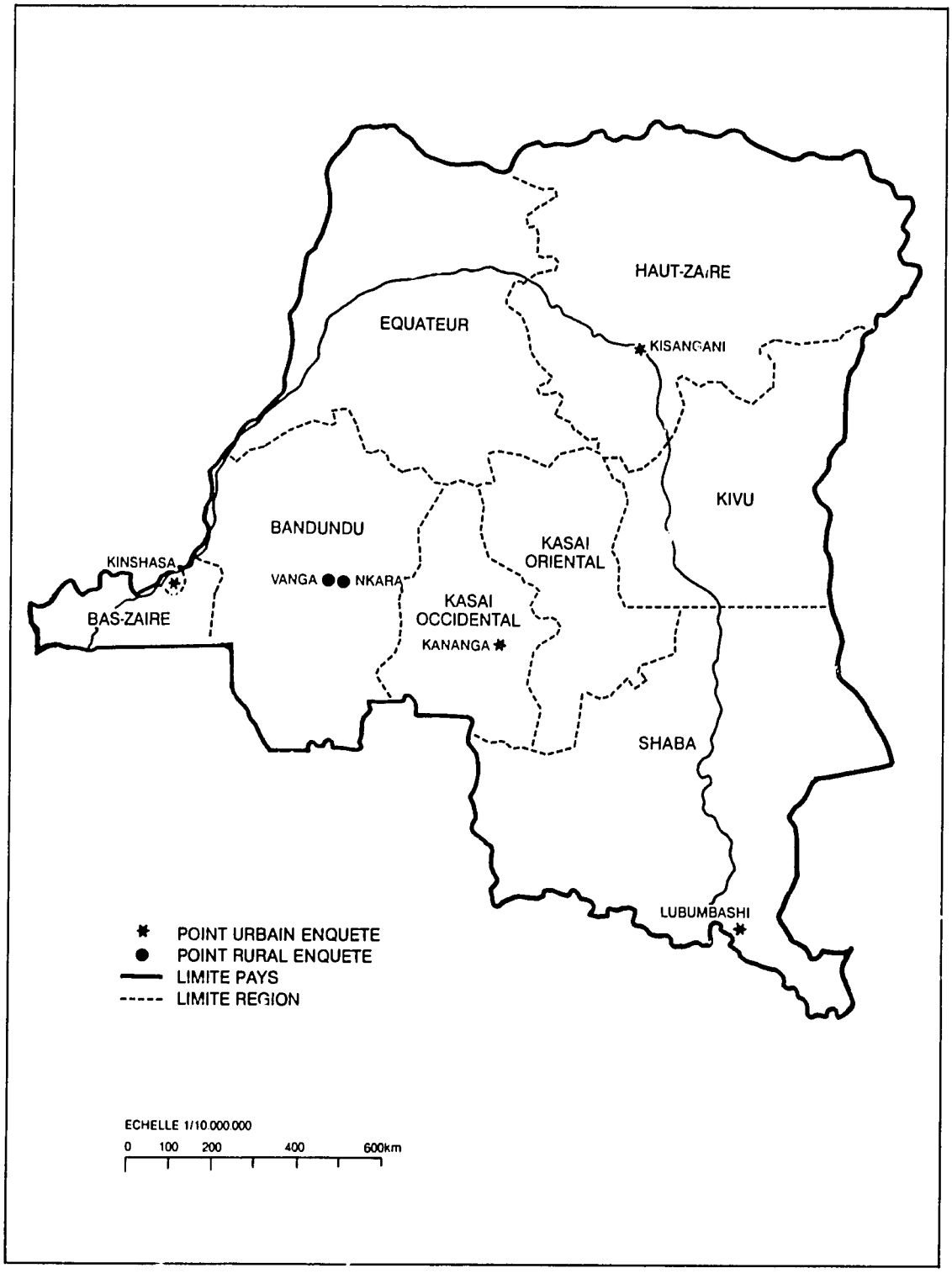
Ainsi et tels que l'annoncent ses objectifs, l'EPC a été entreprise afin d'aider le Zaïre à mieux identifier les besoins de sa population en matière de santé de base et plus particulièrement en matière de la connaissance et l'utilisation du planning familial parmi les femmes en âge de reproduction, ce qui constitue un des aspects fondamentaux de toute politique sanitaire.

2 .2 Domaine d'étude

Comme il a été mentionné dans le premier chapitre de ce rapport, le Zaïre est un vaste pays avec une population appartenant à différents groupes ethniques. Etant donné les contraintes budgétaires et logistiques, l'échantillon de l'enquête a été limité à quatre centres urbains (Kinshasa, Lubumbashi, Kananga et Kisangani) et deux zones rurales (Vanga et Nkara). Ainsi, les résultats de l'enquête ne peuvent pas être considérés totalement représentatifs de la population du Zaïre. Cependant les quatre centres urbains ont été sélectionnés parmi différentes provinces du Zaïre comme le montre la carte 2.1. Par conséquent, les attitudes et le comportement en matière de fécondité et de planning familial des enquêtées dans chaque ville peuvent refléter d'une manière générale ceux des populations de ces quatre régions. Etant donné que l'action du "Programme National des Naissances Désirables" pour éduquer et motiver les femmes à pratiquer la contraception est principalement dirigée vers les grands centres urbains et ce, depuis le commencement de ce programme en 1973, les résultats de l'enquête dans les quatre villes peuvent fournir des informations sur l'impact du programme dans le passé aussi bien que des données de base qui seront utiles pour la planification des activités futures.

Dans le même esprit, la sélection de Vanga et de Nkara dans la province de Bandundu reflète le désir des utilisateurs de l'information d'avoir quelques renseignements sur les attitudes et le comportement des femmes rurales. La zone de Vanga a été choisie parce qu'elle est le site d'un hôpital de missionnaires, qui offre aux femmes rurales l'information et les services en matière de planning familial. D'autre part, Nkara est une zone avoisinante de Vanga, mais loin de l'influence directe des activités de l'hôpital de Vanga. De ce fait, on peut considérer Nkara comme une zone témoin, ce qui justifie davantage son inclusion dans le champ de l'enquête. Par ailleurs, étant donné que les responsables de l'hôpital de Vanga ont l'intention d'élargir les activités de cette institution sanitaire à Nkara, les résultats de l'enquête dans cette zone seront à même de leur fournir les données de base nécessaires à la

CARTE 2.1
DECOUPAGE ADMINISTRATIF DU ZAIRE



planification de leurs activités et utiles pour en mesurer l'impact à court terme.

Bien que la couverture géographique de l'EPC soit limitée, cette enquête est considérée comme la première étude démographique importante menée au Zaïre depuis l'EDOZA (Enquête Démographique de l'Ouest du Zaïre) de 1975-1976. Elle permet en effet, aux responsables du programme de la planification familiale au Zaïre d'utiliser un ensemble de données détaillées pour une meilleure planification et une meilleure évaluation des activités du programme. Enfin, en dépit de sa couverture partielle, l'EPC-Zaïre demeure néanmoins la principale source d'information et d'étude sur les attitudes et les comportements démographiques actuels au Zaïre.

2.2 ORGANISATION ET METHODOLOGIE

2.2.1 Préparation de l'enquête

La réussite d'une enquête statistique dépend beaucoup de sa préparation et encore plus de son organisation. Celle-ci définit la manière dont les institutions et les personnes participant à l'opération doivent évoluer. Pour ce faire, un schéma déterminant les positions et les responsabilités des organismes et du personnel oeuvrant au sein de l'enquête a été dressé. Le protocole d'accord a été établi et signé par le gouvernement du Zaïre à la fin de l'année 1981. Différentes opérations suivaient le caneva élaboré de commun accord par les deux parties entre Westinghouse Health Systems et l'Institut National de la Statistique.

L'Institut National de la Statistique (I.N.S.), qui représente l'Organisme d'Etat directement responsable de la réalisation du projet, a confié son exécution à sa Direction des Statistiques Démographiques et Sociales. Cependant, selon les exigences, on eut recours à d'autres institutions nationales intéressées par les résultats de l'enquête, en

l'occurrence: le service du Comité National des Naissances Désirables (C.N.N.D.) et le Département de la Démographie de l'Université de Kinshasa.

2.2.2 Budget et financement

Le budget initial de l'enquête a connu plusieurs amendements dûs à l'évolution des prix sur le marché résultant à la fois de l'inflation et de dévaluations survenues durant la période de l'enquête. Le budget total de l'enquête est évalué à 175.000 dollars.

Le financement du montant total du budget a été assuré par le projet international de l'Enquête de Prévalence Contraceptive. Le gouvernement du Zaïre a assuré les salaires du personnel permanent de l'enquête oeuvrant au sein de l'INS, ainsi que certains frais ayant trait à la logistique notamment l'utilisation du matériel informatique pour la saisie, etc.

2.2.3 Calendrier

Le tableau 2.1 donne une description détaillée des différentes opérations entreprises dans le cadre de l'enquête ainsi que leurs périodes d'exécution.

2.2.4 Questionnaire

Le questionnaire-modèle de Westinghouse conçu pour le projet de l'EPC a subi de légères modifications pour être adapté aux réalités du Zaïre. Le premier volet du questionnaire rassemble les renseignements sur la composition du ménage et les caractéristiques démographiques de ses membres ainsi que quelques données sur l'habitat. Le deuxième volet (Questionnaire individuel) s'adresse uniquement aux femmes de 13 à 49 ans et comprend huit sections. Il s'agit:

TABLEAU 2.1 CALENDRIER D'EXECUTION DE L'E.P.C.-ZAIRE

Activités	Périodes
Préparation et signature du contrat	14 octobre au 5 novembre 1981
Préparation du plan de sondage	15 février au 26 mai 1982
Préparation du Questionnaire et traduction en langues du pays	15 février au 16 mai 1982
Préparation des autres documents de l'enquête	15 février au 14 avril 1982
Enquête pilote à Kinshasa	4 au 8 juin 1982
Recrutement et formation des enquêtrices:	
a/ Kinshasa	20 mai au 3 juin 1982
b/ Lubumbashi	28 juillet au 6 août 1982
c/ Kananga	10 septembre au 25 sept. 1982
d/ Kisangani	14 au 26 novembre 1982
e/ Vanga	16 au 30 juin 1983
f/ Nkara	5 au 11 mars 1984 et 28 mars au 14 avril 1984
Elaboration des bases de sondage:	
a/ Kinshasa	15 juin au 12 juillet 1982
b/ Lubumbashi	7 août au 17 août 1982
c/ Kananga	25 septembre au 4 octobre 1982
d/ Kisangani	27 novembre au 6 décembre 1982
e/ Vanga	1 au 17 juillet 1983
f/ Nkara	12 au 27 mars 1984
Enquête sur le terrain:	
a/ Kinshasa	13 juillet au 18 novembre 1982
b/ Lubumbashi	18 août au 9 octobre 1982
c/ Kananga	5 octobre au 10 décembre 1982
d/ Kisangani	18 décembre 82 au 8 février 1983
e/ Vanga	18 juillet au 16 août 1983
f/ Nkara	15 avril au 14 mai 1984

Activités	Périodes
Préparation du test de cohérence	7 août au 20 août 1982
Codification:	
a/ Kinshasa	4 au 28 avril 1983
b/ Lubumbashi	28 février au 5 mars 1983
c/ Kananga	7 au 12 mars 1983
d/ Kisangani	14 au 26 mars 1983
e/ Vanga	3 au 13 septembre 1983
f/ Nkara	1 au 10 juin 1984
Saisie des données:	
a/ Kinshasa	27 mai au 11 juin 1983
b/ Lubumbashi	4 au 12 avril 1983
c/ Kananga	19 au 26 avril 1983
d/ Kisangani	16 au 26 mai 1983
e/ Vanga	15 au 21 septembre 1983
f/ Nkara	11 au 16 juin 1984
Nettoyage des données:	
a/ Kinshasa	20 juin au 4 novembre 1983
b/ Lubumbashi	18 mai au 14 octobre 1983
c/ Kananga	2 mai au 23 septembre 1983
d/ Kisangani	6 juin au 21 octobre 1983
e/ Vanga	3 octobre 1983 au 27 janvier 1984
f/ Nkara	18 juin au 27 juillet 1984
Rédaction du Rapport	30 juillet au 28 février 1985
Publication	1 mars au 31 mai 1985

Section I	:	Caractéristiques socio-démographiques
Section II	:	Fécondité
Section III	:	Régulation de la fécondité
Section IV	:	Disponibilité des méthodes contraceptives
Section V	:	Situation de famille
Section VI	:	Mortalité en bas âge et utilisation de l'infrastructure sanitaire
Section VII	:	Module Santé de l'enfant
Section VIII	:	Module Santé pour tout membre du ménage

Le questionnaire en français (voir Appendice A) fut traduit dans les quatre langues nationales du Zaïre à savoir: Lingala, Kituba (Kikongo), Tshiluba et Swahili.

2.2.5 Pré-enquête

La pré-enquête n'a pas été effectuée distinctement dans tous les centres couverts par le domaine de l'enquête. La seule pré-enquête ayant servi à corriger le questionnaire et partant à tester les documents techniques et la logistique est celle réalisée à Kinshasa en juin 1982. Cette pré-enquête s'est déroulée dans les deux localités des zones urbaines de Lingwala et de Kintambo. Environ 14 enquêtrices, 4 vérificatrices et 4 contrôleurs ont participé à l'opération. L'échantillon de la pré-enquête n'était pas strictement aléatoire. En effet, quoiqu'un relevé parcellaire ait été effectué pour élaborer une base de sondage, les parcelles(2) enquêtées ont été en majeure partie choisies sur le terrain par les enquêtrices. Le tableau 2.2 donne la situation de cette opération.

Dans les deux localités, l'enquête a eu lieu dans 53 unités statistiques (parcelles habitées) renfermant 101 ménages d'une population totale de 635 habitants. Les ménages ainsi interrogés ont permis

d'identifier 168 femmes éligibles dont 117 seulement ont été effectivement enquêtées.

TABLEAU 2.2 RESULTATS RECAPITULATIFS DE LA PRE-ENQUETE DE L'EPC-ZAIRE A KINSHASA 1982

Localités	Nombre de parcelles	Nombre de ménages enquêtées	Nombre de personnes	Nombre total de femmes	Nombre de femmes éligibles	
					Total	Enquêtées
Paka-Djuma	27	55	339	182	93	63
Kilimani	25	46	296	140	75	54
Ensemble	53	101	635	322	168	117

Aucune difficulté majeure ne fut signalée sur le terrain. Dans les ménages, l'accueil et l'interview en privé n'ont pas posé de problèmes. Les quelques cas de refus catégoriques enregistrés étaient dûs essentiellement à la non-sensibilisation au préalable de la population. Les 51 femmes éligibles non enquêtées furent, pour beaucoup, absentes de leur ménage durant toute la période de l'opération qui n'a duré que 5 jours.

2.2.6 Recrutement et formation du personnel

A Kinshasa, le personnel pour l'EPC fut recruté parmi les cadres permanents de l'I.N.S. Dans les autres villes et les zones rurales, le recrutement du personnel temporaire s'est effectué par un appel d'offre d'emploi. Seules les candidates ayant un niveau d'étude de cinq années d'humanités (secondaires) ont été admises à la formation.

La formation a été basée sur les manuels d'instructions et le questionnaire de l'enquête, et a duré 17 jours dont 5 consacrés à l'explication des instructions sur le relevé parcellaire (en vue de l'élaboration de la base de sondage).

Le tableau 2.3 donne la répartition du personnel recruté formé et enfin sélectionné pour participer à l'enquête selon le milieu et la catégorie. (Pour une liste du personnel, voir Appendice B).

2.2.7 Exécution de l'enquête sur le terrain

Pour chacune des zones d'enquête, 2 ou 3 équipes de 4 à 6 enquêtrices ont été formées. Chaque équipe comprenait un chef d'équipe (contrôleur) placé sous la supervision d'un Superviseur, membre du personnel technique. Deux vérificatrices ont été désignées pour contrôler au bureau les questionnaires remplis sur le terrain.

2.2.8 Vérification, contrôle et archivage

Le but principal de cette opération est de déceler les erreurs d'observation introduites au niveau de l'interview. La vérification débutait sur le terrain avec les enquêtrices qui devaient examiner soigneusement tous leurs questionnaires remplis avant de les transmettre à leurs chefs d'équipe respectifs. A son tour, chaque chef d'équipe (contrôleur) vérifiait tous les questionnaires reçus. Après ce contrôle, on déposait les questionnaires au bureau pour un troisième contrôle par les vérificatrices. Les questionnaires erronés étaient retournés sur le terrain pour rectification, tandis que ceux jugés corrects étaient emballés et envoyés à l'archivage avant de subir la chaine du traitement informatique.

2.2.9 Traitement informatique

Le traitement informatique des données de l'EPC-Zaïre s'est déroulé en plusieurs étapes comprenant:

TABLEAU 2.3 PERSONNEL RECRUTE, FORME ET SELECTIONNE POUR L'EPC-ZAIRE PAR MILIEU ET PAR CATEGORIE

Catégorie de personnel par milieu	Candidats		
	Recrutés	Formés	Sélectionnés
Ville de Kinshasa	22	22	17
- Contrôleurs	4	4	3
- Vérificatrices	4	4	2
- Enquêtrices	14	14	12
Ville de Lubumbashi	23	13	12
- Contrôleurs	2	2	2
- Vérificatrices	1	1	1
- Enquêtrices	20	10	9
Ville de Kananga	21	16	12
- Contrôleurs	2	2	2
- Vérificatrices	2	2	2
- Enquêtrices	17	12	8
Ville de Kisangani	26	18	15
- Contrôleurs	2	2	2
- Vérificatrices	2	2	2
- Enquêtrices	22	14	11
Vanga	18	18	17
- Contrôleurs	2	2	2
- Vérificatrices	2	2	2
- Enquêtrices	14	14	13
Nkara	19	19	16
- Contrôleurs	2	2	2
- Vérificatrices	-	-	-
- Enquêtrices	17	17	14
Ensemble	129	106	89
- Contrôleurs	14	14	13
- Vérificatrices	11	11	9
- Enquêtrices	104	81	67

- le chiffrement de tous les questionnaires,

- la saisie des données,

- le contrôle des données par ordinateur et la correction subséquente en vue d'assurer que les enregistrements de ménage et individuels sont complets et valables du point de vue de la cohérence interne,

- la production de tableaux destinés à la préparation du rapport d'enquête.

Tout le travail de codage des questionnaires provenant des 6 zones couvertes par l'enquête était exécuté au bureau central à Kinshasa. On avait initialement pensé utiliser les espaces prévus à cet effet sur le questionnaire. Toutefois, à cause de modifications intervenues dans le type d'équipement de saisie des données de l'enquête, on a dû recourir à l'utilisation d'une formulaire de chiffrement spéciale.

Après la codification, des lots de questionnaires étaient acheminés à la Salle d'Ordinateur de l'Institut National de la Statistique à Kinshasa. Une fois exécutées la saisie et la vérification, une bande magnétique contenant les données brutes était expédiée aux bureaux de la Westinghouse (Columbia, Maryland, USA) où elles devaient subir divers contrôles. Là en effet, moyennant l'utilisation du programme CONCOR, toutes les erreurs de structure, de range et de cohérence ont été identifiées. Le passage de ce programme de contrôle a sorti, pour chaque zone, des listes d'erreurs qui ont ensuite été retournées à Kinshasa où les questionnaires affectés étaient corrigés et le fichier mis à jour. Une copie du fichier mis à jour était ensuite expédiée à Westinghouse pour d'autres contrôles par ordinateur et ce processus s'était poursuivi jusqu'à complète épuration des données. Les tableaux à utiliser pour la préparation du rapport final étaient produits à Westinghouse à partir des données épurées.

2.3 ECHANTILLON DE L'EPC-ZAIRE

Comme indiqué plus haut, à cause de contraintes financières et

logistiques, la couverture de l'EPC-Zaïre a été limitée à quatre villes (Kinshasa, Lubumbashi, Kananga, et Kisangani) et à deux zones rurales de la région de Bandundu (Vanga et Nkara). Au niveau de ces six zones d'enquête il s'agissait de tirer un échantillon auto-pondéré de femmes d'âge compris entre 13 et 49 ans. La technique de sondage à plusieurs degrés utilisée à cette fin fera l'objet de la description qui va suivre.

2.3.1 Choix de l'échantillon en milieu urbain

Les quatre villes couvertes par l'EPC figurent parmi les principaux centres urbains du Zaïre. Ensemble elles totalisent près de 3,5 millions d'habitants, soit environ deux cinquièmes de la population urbaine du pays. L'échantillonnage dans ces quatre villes s'est effectué à deux degrés. Au premier degré, on a tiré, dans chaque ville, un échantillon d'unités administratives (des localités à Kinshasa, des quartiers à Lubumbashi, des cellules à Kananga et des blocs à Kisangani).

Pour Kinshasa et Kananga, on disposait de la liste de ces unités administratives, considérées comme des unités primaires de sondage (localités et cellules, respectivement) ainsi que des estimations de la population de chacune d'elles en 1981. Ces listes ont donc constitué la base de sondage pour le tirage au premier degré. A Lubumbashi et Kisangani par contre, on a d'abord procédé à la mise à jour des données de population des unités primaires de sondage (quartiers et blocs, respectivement) préalablement à leur utilisation comme base de sondage.

Lors de la mise à jour de la base de sondage pour le tirage au premier degré, les unités primaires de sondage ont fait l'objet d'une stratification en fonction de l'effectif de leurs populations respectives. Le tableau 2.4 donne des renseignements sur cette stratification. En outre la prise en considération de facteurs socio-économiques a permis d'identifier les sept sous-strates suivantes:

- Quartiers résidentiels
- Anciennes cités (localités)

- Nouvelles cités (localités)
- Quartiers planifiés
- Quartiers d'extension
- Villages
- Quartiers excentriques

Le tirage au premier degré s'est effectué de façon indépendante dans chaque strate de population. Les fractions de sondage variant d'une ville à l'autre ainsi que le total d'unités primaires ainsi obtenues sont présentés au tableau 2.4.

Pour le tirage au deuxième degré, l'unité de sondage était la parcelle, c'est-à-dire une propriété ou un lopin de terre identifiable et délimité par une clôture quelconque. Préalablement au tirage au second degré, toutes les parcelles des unités primaires choisies ont été énumérées. Au tableau 2.4 figurent également les fractions de sondage au deuxième degré ainsi que le nombre de parcelles sélectionnées dans chaque sous-strate et par ville.

Le plan de sondage de l'EPC consistait à identifier tous les ménages des parcelles choisies et à interviewer toute femme d'âge compris entre 13 et 50 ans vivant dans ces ménages. On espérait faire porter l'enquête sur un total de 4.250 femmes éligibles: 1.250 à Kinshasa et 1.000 dans chacune des autres villes.

2.3.2 Choix de l'échantillon en milieu rural

La même technique de sondage à deux degrés adoptée dans les villes a été aussi appliquée aux zones rurales de Vanga et de Nkara où les unités primaires de sondage étaient les villages. Pour Vanga, la base de sondage était limitée aux villages situées dans un rayon de 10 kms autour de l'hôpital de Vanga, alors que, pour Nkara, elle comprenait les villages constituant "la collectivité rurale de Nkara." Comme pour les zones urbaines, les villages de Vanga et de Nkara sélectionnés au premier degré ont été stratifiés en fonction de la taille de leurs populations et des caractéristiques socio-économiques. Au tableau 2.4 figurent les

TABLEAU 2.4 FRACTIONS DE SONDAGE DE L'EPC-ZAIRE ET NOMBRE D'UNITES TIREES AUX PREMIER ET DEUXIEME DEGRES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE ET LA SOUS-STRATE

Sous-strate		Fractions de sondage			Nombre d'unités primaires tirées	Nombre d'unités secondaires tirées
		1e degré	2e degré	globale		
Milieu urbain						
Kinshasa	< 9000 habitants	1/14	1/28	1/392	9	262
	9000-20.000 hab.	1/7	1/56	1/392	11	210
	20.000 hab. et +	1/3,5	1/112	1/392	4	102
Lubumbashi	< 2000 habitants	1/15	1/6	1/90	4	203
	2000-5000 hab.	1/8,2	1/11	1/90	9	235
	5000 hab. et +	1/3,6	1/25	1/90	6	79
Kananga	< 6000 habitants	1/8	1/4,5	1/36	6	350
	6000-12000 hab.	1/2,5	1/14,4	1/36	6	190
	12000 hab. et +	1/1,5	1/24	1/36	2	31
Kisangani	< 1500 habitants	1/3	1/19,0	1/57	15	126
	1500 hab. et +	1/6	1/9,5	1/57	11	374
Milieu rural						
Vanga	< 500 habitants	1/4,4	1/1,8	1/8	9	150
	500 hab. et +	1/2	1/4	1/8	8	253
Nkara	< 500 habitants	1/20,2	1/1,98	1/40	5	166
	500-1000 hab.	1/4,4	1/9,09	1/40	9	209
	1000 hab. et +	1/2,6	1/15,33	1/40	5	125

fractions de sondage au premier degré ainsi que le nombre de villages choisis par strate.

Au deuxième degré du tirage, l'unité d'habitation est définie comme unité de sondage. Préalablement à cette étape, on a procédé à

l'énumération complète des unités d'habitation des villages sélectionnés au premier degré. Au tableau 2.4 figurent les fractions de sondage au second degré ainsi que le nombre total d'unités d'habitation choisies à Vanga et à Nkara.

Comme pour les zones urbaines, le plan de sondage en milieu rural prévoyait l'identification de tous les ménages des unités d'habitation choisies au deuxième degré du tirage et l'interview des femmes d'âge compris entre 13 et 50 ans vivant dans ces ménages. On espérait ainsi interviewer un total de 500 femmes éligibles dans chacune des deux zones rurales.

2.3.3 Taux de couverture de l'EPC-Zaïre

Au tableau 2.5 on considère l'ensemble des réponses obtenues par l'EPC-Zaïre. Les résultats indiquent que les équipes de terrain ont visité toutes les 3.065 parcelles ou unités d'habitation constituant l'échantillon, identifiant ainsi un total de 4.011 ménages. Au niveau des ménages, le tableau 2.6 montre que le taux de couverture atteint partout 100% sauf pour Kinshasa où il est de 98%. Avec un taux de couverture de ce niveau on peut considérer les résultats comme satisfaisants.

En ce qui concerne les taux de couverture pour les femmes éligibles, il est à rappeler qu'un questionnaire individuel était administré à toutes celles vivant dans le ménage au moment de l'enquête et dont l'âge était compris entre 13 et 49 ans. Un effectif de 5.711 de ces femmes était visité par les équipes de terrain. Comme indiqué au tableau 2.5 on a pu mener à bonne fin 5.547 interviews. Le taux de couverture, mesuré par le pourcentage de questionnaires individuels complètement remplis, varie entre 96% à Kinshasa et 98% à Nkara.

La plupart des interviews non réalisées étaient dues à l'impossibilité de rencontrer la femme éligible à la maison. Le tableau 2.7 montre que

TABLEAU 2.5 SITUATION DE L'ECHANTILLON DE L'E.P.C.-ZAIRE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE

Résultats de l'échantillon	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Parcelles ou unités d'habitation						
Nombre échantillonées	574	517	571	500	403	500
Nombre enquêtées	574	517	571	500	403	500
Ménages						
Nombre rencontrées	987	678	757	652	432	505
Nombre enquêtées	964	678	757	652	432	505
Femmes éligibles						
Nombre rencontrées	1.484	926	1.024	1.090	550	637
Nombre enquêtées	1.430	902	994	1.061	535	625

TABLEAU 2.6 QUELQUES CARACTERISTIQUES SAILLANTES DES MENAGES ENQUETES DANS L'EPC-ZAIRE

Désignation	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Couverture de ménages enquêtés (%)	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moyenne de personnes par ménage enquêté	5,9	5,2	5,8	7,1	5,3	5,7
Moyenne de femmes éligibles enquêtées par ménage enquêté	1,5	1,3	1,3	1,6	1,2	1,2

le taux de refus était très faible: moins de 1% dans les six zones d'enquête.

TABLEAU 2.7 REPARTITION EN POURCENTAGE DES QUESTIONNAIRES INDIVIDUELS SELON LE RESULTAT FINAL ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Résultat final	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1484	926	1024	1150	550	637
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Achevé	96,4	97,4	97,1	97,3	97,3	98,1
Partiellement achevé	0,0	-	-	-	-	-
Pas de répondant à domicile	2,6	2,2	2,9	2,3	2,0	1,4
Refus	0,7	0,2	-	-	0,2	-
Autres	0,3	0,2	-	0,4	0,5	0,5

Notes

(1) Mwanalessa, K.: Politique et population au Zaïre -- expérience des naissances désirables basées sur la maternité. Zaïre-Afrique, Vol. 86, juin-juillet, 1974, pp. 341-350 et Mwanalessa K.: Le planning familial et le concept de naissances désirables au Zaïre. Zaïre-Afrique, Vol. 174, avril, 1983, pp. 221-240.

(2) La parcelle est une propriété ou un lopin de terre identifiable et délimité par une clôture quelconque.

Previous Page Blank

CHAPITRE III

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES FEMMES ENQUETEES

L'EPC-Zaïre a recueilli des données sur un certain nombre de caractéristiques démographiques et socio-économiques des enquêtées dans le but de promouvoir la compréhension du comportement de ces dernières relativement à la reproduction et à l'utilisation de la planification familiale. L'investigation portait sur l'âge, le niveau d'instruction (de la femme et de son partenaire), l'alphabétisme, l'état d'emploi et le type de profession, la religion et la résidence durant l'enfance. Ce chapitre examine la distribution des enquêtées selon ces caractéristiques et fournit ainsi un profil de l'échantillon de femmes couvertes par l'enquête.

3.1 AGE AU MOMENT DE L'ENQUETE

L'âge est une variable fondamentale dans l'analyse démographique. Dans l'EPC-Zaïre, cette donnée a été obtenue par une série de 3 questions (Questions 102 à 104), appropriées selon le cas de réponse à une question précédente (Question 101) qui sert à déterminer si l'enquêtée connaît ou non sa date de naissance d'une manière précise.

L'examen des réponses aux questions sur l'âge suggère qu'en milieu urbain, beaucoup plus qu'en milieu rural, les femmes semblent connaître leur âge avec précision. En effet, le tableau 3.1 montre que le pourcentage de femmes pour lesquelles cette donnée a été estimée s'élève à 42% et 24% à Vanga et Nkara respectivement, contre 10% à Kisangani, 2% à Kananga et moins de 1% à Kinshasa et Lubumbashi. La mesure dans laquelle les déclarations d'âge sont complètes varie grandement, et ceci même chez les femmes connaissant leur âge. Par exemple, le pourcentage de femmes ayant déclaré la date de naissance complète (c'est-à-dire le

TABLEAU 3.1 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LE FORMAT DE LEUR DECLARATION D'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Format de l'âge déclaré	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1430	902	994	1061	535	625
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mois et année	82,1	77,3	44,5	48,4	28,6	23,8
Année (seulement)	15,0	20,6	51,5	16,1	22,8	23,1
Age (seulement)	2,2	1,8	2,4	25,5	6,9	29,5
Estimation de l'enquêtrice	0,7	0,3	1,6	10,0	41,7	23,6

mois et l'année de naissance plutôt que l'année ou l'âge seulement) est substantiellement plus élevé à Kinshasa (82%) et Lubumbashi (77%) qu'à Kisangani (48%), Kananga (44%), Vanga (29%) ou Nkara (24%).

Le tableau 3.2 présente la distribution par âge des femmes enquêtées selon la région. Les différences régionales ne sont pas importantes. Toutefois, l'âge moyen variant de 24,8 ans à Lubumbashi à 26,6 ans à Vanga et Nkara.

3.2 NIVEAU D'INSTRUCTION DE L'ENQUETEE

Le questionnaire de l'EPC-Zaïre comportait deux types de questions relatives au niveau d'instruction de l'enquêtée. Le premier cherche à le déterminer à partir du niveau d'instruction (Question 110) si la femme rapporte avoir reçu une éducation scolaire (Question 109), tandis que le second se concentre sur l'alphabétisme (Question 111).

TABLEAU 3.2 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

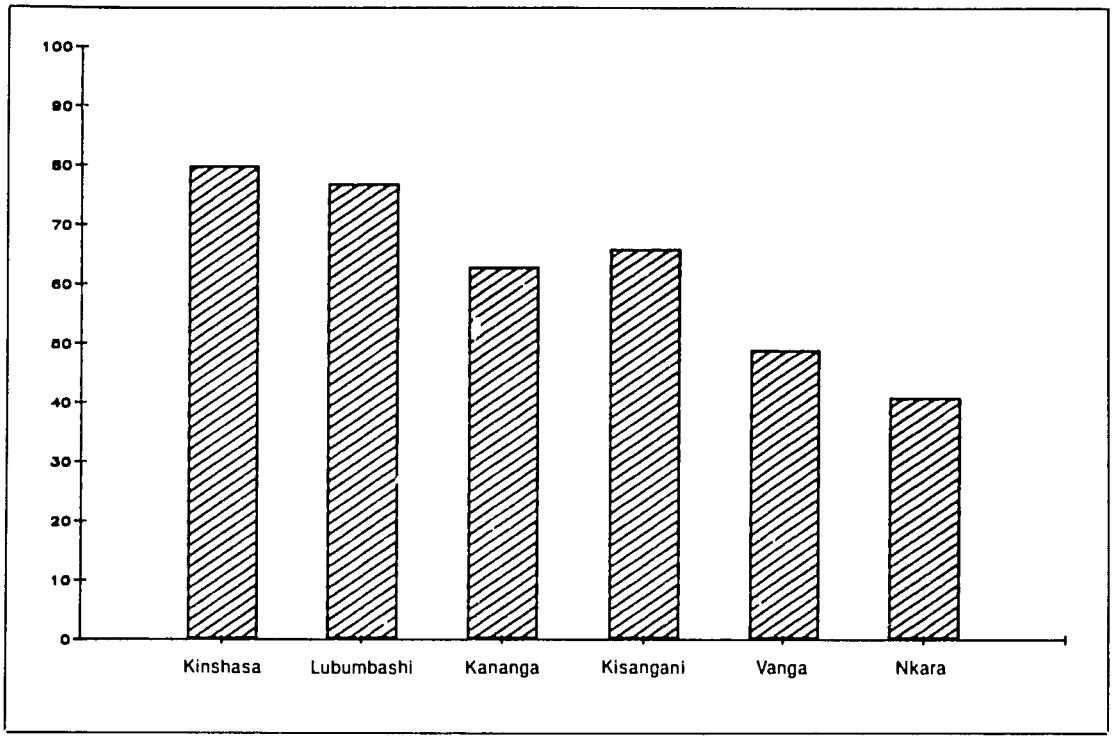
A g e	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1430	902	994	1061	535	625
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moins de 15 ans	9,2	9,9	10,4	8,4	7,5	10,9
15-19 ans	23,7	24,0	25,5	22,6	22,5	15,7
20-24 ans	22,2	19,0	18,2	23,7	19,3	21,2
25-29 ans	16,5	20,0	12,9	15,0	15,7	17,9
30-34 ans	10,8	12,1	11,4	11,9	12,1	11,4
35-39 ans	7,3	7,6	8,2	8,0	8,2	9,3
40-44 ans	5,8	4,2	8,8	5,8	9,5	7,5
45-49 ans	4,5	3,2	4,6	4,6	5,2	6,1
Age moyen	25,2	24,8	25,7	25,5	26,6	26,6

Le tableau 3.3 propose la distribution des enquêtées selon le niveau d'instruction: il indique une grande variabilité en ce qui concerne le niveau d'éducation atteint par les femmes des six régions couvertes par l'enquête. Dans les deux premières grandes villes du pays (Kinshasa et Lubumbashi), près de la moitié des femmes éligibles enquêtées ont déclaré avoir achevé un niveau quelconque de l'école secondaire. Cela paraît évident surtout du fait que ces deux villes contiennent de nombreux établissements d'enseignements primaire, secondaire et supérieur. Les femmes de Kananga et de Kisangani diffèrent de celles de Kinshasa et de Lubumbashi, en ce qui concerne l'accession au niveau secondaire; toutefois dans ces deux derniers centres urbains, la majorité des enquêtées ont au moins fréquenté l'école primaire. C'est également le cas à Vanga et Nkara. Cependant, dans ces deux zones rurales, par rapport aux centres urbains, il est de loin plus courant de rencontrer des femmes sans aucune éducation formelle.

TABLEAU 3.3 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Niveau d'instruction	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1430	902	994	1061	535	625
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sans instruction	12,0	14,1	11,3	21,5	36,6	39,2
Primaire	33,9	37,2	52,6	45,3	35,5	38,9
Secondaire	52,2	47,1	35,6	32,8	26,7	21,4
Supérieur	1,9	1,6	0,5	0,4	0,6	0,2
Ne sait pas/Pas sûre	0	0	0	0	0,6	0,3

GRAPHIQUE 3.1
COMPARAISON DES POURCENTAGES DES FEMMES QUI SAVENT LIRE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE



En ce qui concerne le niveau d'alphabétisme, le graphique 3.1 indique que, dans chaque centre urbain, la proportion des femmes éligibles enquêtées sachant lire dépasse celle des femmes illettrées. Toutefois, à Vanga et Nkara la proportion d'analphabètes surpasse celle de femmes sachant lire. Selon toute attente, les résultats de l'EPC-Zaïre indiquent que le niveau d'alphabétisme de la femme est négativement associé à l'âge. Le tableau 3.4 montre que, en dehors des femmes de moins de 15 ans, la proportion des femmes qui savent lire diminue avec l'âge et ce quel que soit le milieu.

TABLEAU 3.4 POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS QUI SAVENT LIRE SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Age	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1430	902	994	1061	535	625
Ensemble	80,1	76,7	63,0	65,5	49,0	41,1
Moins de 15 ans	90,9	78,7	73,8	82,0	65,0	64,2
15-19 ans	93,2	82,0	76,0	80,8	74,2	61,2
20-24 ans	84,9	81,9	75,1	74,5	56,3	49,6
25-29 ans	80,9	85,0	70,3	67,9	40,5	43,2
30-34 ans	76,8	76,1	56,6	53,2	34,4	25,4
35-39 ans	64,4	60,9	43,9	36,5	43,2	22,4
40-44 ans	49,4	44,7	28,7	35,5	19,6	14,9
45-49 ans	34,4	31,0	13,0	26,5	14,3	2,6

3.3 NIVEAU D'INSTRUCTION DU PARTENAIRE

Il est admis que le comportement du couple relatif à la fécondité et à la planification familiale est conditionné par le niveau d'instruction du partenaire. Au tableau 3.5 figure la distribution des femmes en union

interviewées par l'EPC-Zaïre selon leur déclaration du niveau d'instruction de leur conjoint. D'après les données de ce tableau, une assez large proportion des femmes urbaines (marge de variation: 14% à Kananga et 31% à Kisangani) ignore le niveau d'instruction de leur partenaire. La majorité de celles qui ont été en mesure de fournir cette information ont mentionné que leur partenaire a au moins fréquenté l'école primaire et très peu ont reconnu que leur époux n'a jamais été à l'école. Les pourcentages de femmes de cette derniere catégorie varient de seulement 2% à Kinshasa, Kananga et Kisangani, respectivement, à 13% à Vanga.

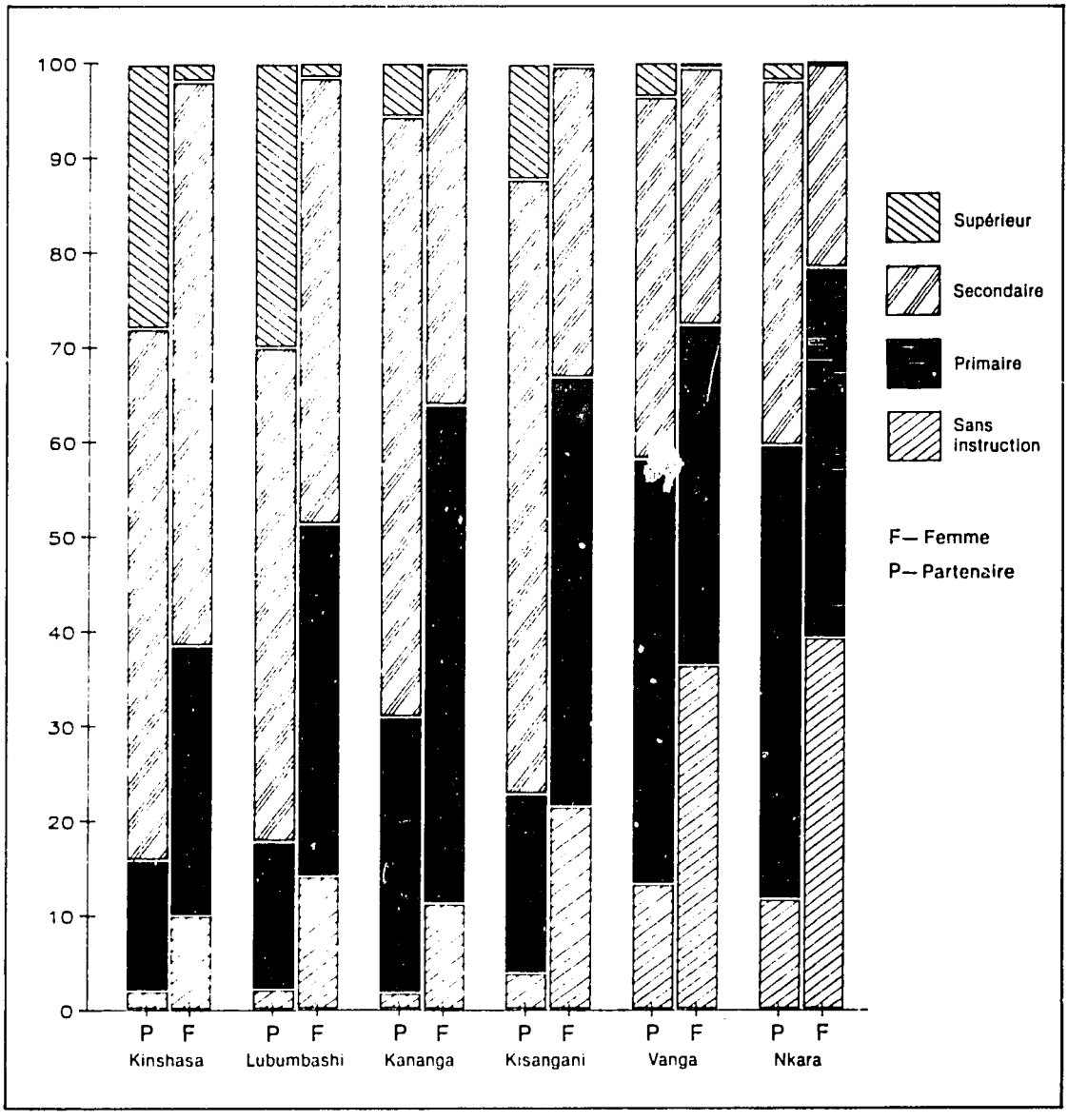
Comme pour les femmes, en milieu urbain les hommes sont comparativement mieux éduqués qu'en milieu rural. Par exemple, au niveau des quatre centres urbains, le pourcentage de femmes déclarant que leur partenaire a reçu au moins un minimum d'éducation secondaire varie entre 53% à Kisangani et 61% à Lubumbashi alors qu'en milieu rural il ne représente qu'environ 40%. Peut-être, que Kinshasa et Lubumbashi soient

TABLEAU 3.5 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ET ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION DU PARTENAIRE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Niveau d'instruction du partenaire	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	971	634	668	753	330	432
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sans instruction	1,4	1,7	1,5	2,7	13,0	11,6
Primaire	9,7	11,8	24,9	13,1	43,9	47,3
Secondaire	39,5	39,3	54,2	44,9	37,3	38,0
Supérieur	19,6	22,6	4,9	8,5	3,6	1,9
Ne sait pas/Pas sûre	29,8	24,6	14,5	30,8	2,1	1,2

mieux dotées que les autres aires d'installations d'éducation supérieure, les hommes y ont-ils plus de chance qu'à Kananga, Kisangani, Vanga ou Nkara, d'avoir fréquenté un établissement universitaire ou post-secondaire.

GRAPHIQUE 3.2
COMPARAISON DU NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA FEMME ET DU PARTENAIRE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE



Le graphique 3.2 compare le niveau d'instruction de la femme en union avec celui de son partenaire: selon toute attente, les hommes sont généralement plus instruits que les femmes, et ceci dans les six aires.

3.4 ETAT D'EMPLOI ET TYPE DE PROFESSION

Toutes les femmes éligibles enquêtées dans l'EPC-Zaïre ont répondu à la question cherchant à savoir si, dans la semaine qui précédait l'interview, l'enquêtée a exercé un quelconque travail pour lequel un paiement en espèce ou en nature lui était dû (Question 112). Les résultats suggèrent que l'emploi rémunéré (en nature ou en espèce) était plus courant chez les enquêtées de Vanga et de Nkara que chez celles des quatre centres urbains. Les pourcentages de femmes déclarant avoir mené une activité lucrative, au cours de la semaine précédant l'interview,

GRAPHIQUE 3.3
COMPARAISON DES POURCENTAGES DES FEMMES
QUI SONT OCCUPEES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE

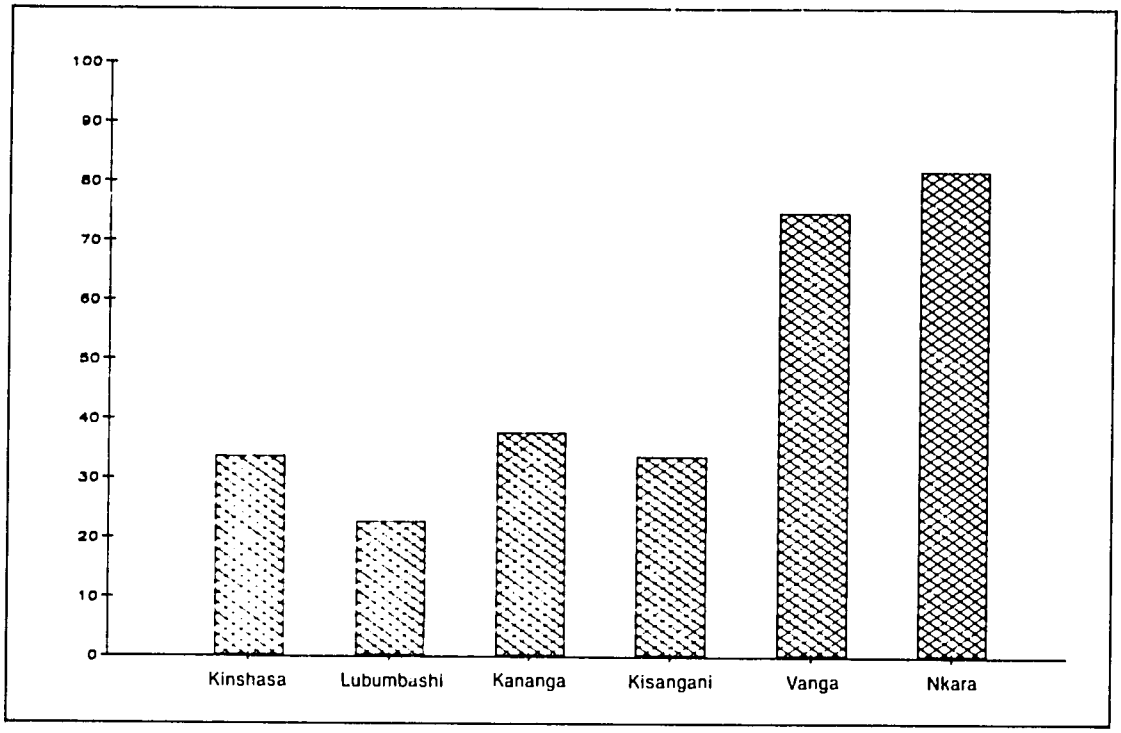


TABLEAU 3.6 POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS QUI SONT OCCUPEES SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Age	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1430	902	994	1061	535	625
Total	33,6	23,4	38,4	33,0	74,9	81,6
Moins de 15 ans	3,0	2,2	1,0	0	23,1	23,9
15-19 ans	10,4	10,1	11,4	9,6	34,2	46,9
20-24 ans	32,7	23,4	30,9	30,9	86,3	94,0
25-29 ans	44,5	32,8	49,2	45,3	92,9	99,1
30-34 ans	48,4	36,7	65,5	48,8	98,5	98,6
35-39 ans	64,4	34,8	70,7	58,8	97,7	100,0
40-44 ans	66,3	36,8	73,6	61,3	100,0	100,0
45-49 ans	54,7	34,5	80,4	57,1	89,3	94,7

étaient de 82% et 75% respectivement à Nkara et Vanga. En milieu urbain ces pourcentages variaient de seulement 23% à Lubumbashi, à 38% à Kananga (Voir graphique 3.3).

Le tableau 3.6 montre qu'à Kinshasa, Kananga et Kisangani, le pourcentage de femmes travaillant durant la période de référence augmente avec l'âge. La même tendance s'observe à Lubumbashi chez les femmes âgées de 13 à 29 ans; toutefois, dans cette ville, le taux d'occupation atteint son maximum entre 30-34 ans et ne montre pas de changement significatif chez les femmes plus âgées. Cet effet de l'âge sur l'occupation a également été constaté en milieu rural, avec cette différence que la presque totalité des femmes de 30-44 ans ont déclaré avoir travaillé durant la semaine de référence.

Le tableau 3.7 présente la distribution des femmes occupées selon la profession. Dans les quatre centres urbains, l'occupation principale

TABLEAU 3.7 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS QUI SONT OCCUPPEES SELON LA PROFESSION ET LE MILIEU DE RESIDENCE

La profession	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	480	210	382	349	399	509
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Libéral, technique et scientifique	9,2	6,2	6,0	7,9	4,0	4,2
Administratif	9,2	9,0	1,0	3,0	0,9	0,2
Commerce	72,5	67,2	64,4	74,3	8,3	3,2
Services	2,7	7,6	1,3	3,0	2,5	0,7
Agriculture, élevage et pêche	2,9	0,5	26,3	8,8	84,0	91,7
Autres professions	3,5	9,5	1,0	3,0	0,3	-

était le commerce. Dans les deux zones rurales, selon toute attente, moins de 10% des femmes étaient employées dans ce secteur.

3.5 RELIGION

En raison de la corrélation que les spécialistes en matière de population décèlent généralement entre fécondité et religion, l'EPC-Zaïre a inclus dans son questionnaire une question sur l'appartenance religieuse (Question 115). Il convient cependant de signaler que cette relation ne semble pas se vérifier au Zaïre en raison du fait que l'appartenance à une confession religieuse n'implique pas nécessairement la pratique. Dans bien des cas, la situation vécue diffère des principes et préceptes fondamentaux reconnus à la religion d'appartenance en matière de fécondité ou de planification familiale.

TABLEAU 3.8 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LA RELIGION ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Religion	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1430	902	994	1061	535	625
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Catholiques	59,3	58,4	52,7	59,6	22,1	82,9
Protestantes	21,2	16,0	20,8	23,5	76,2	13,2
Musulmanes	0,4	0,6	0,8	8,1	0,2	0
Kimbanguistes	5,0	2,0	5,9	1,4	1,1	3,6
Religions traditionnelles	1,9	0,1	0	0,2	0	0
Autres religions	11,5	17,4	18,8	2,5	0	0
Ne sait pas	0,1	4,3	0	3,5	0	0
Indéterminé	0,6	1,2	1,0	1,2	0,3	0,3

Néanmoins, le tableau 3.8 confirme ce que rapportent d'autres études: la proportion élevée des catholiques, suivie de celle de protestants. Dans l'ensemble, ces deux catégories représentent plus de 80% de l'échantillon.

Signalons le cas de Vanga, seul point dans l'enquête où l'on enregistre 76% de femmes interviewées de confession protestante. Il convient de rappeler que l'enquête ici s'est déroulée dans une zone de santé rurale (SANRU) dont Vanga, une des grandes missions protestantes de la région de Bandundu, fut le centre et dont les villages enquêtés se situent dans un rayon de 10 km.

De même, on peut signaler la proportion de 8% des femmes interviewées à Kisangani appartenant à l'islam. On le sait, jusqu'à l'époque de

l'Etat Indépendant du Congo, Kisangani constituait le point le plus avancé des postes arabes à l'intérieur du continent à partir de l'Océan Indien.

3.f RESIDENCE PENDANT L'ENFANCE

Le type de lien de résidence pendant l'enfance est une autre caractéristique socio-économique susceptible d'influencer les prises de position du couple vis-à-vis de la reproduction et de la planification familiale. C'est pourquoi, l'EPC-Zaïre a collecté des informations sur la nature de l'endroit où l'enquêtée a vécu la plupart du temps avant l'âge de 13 ans (Question 106). Le tableau 3.9 montre qu'une proportion importante des enquêtées n'ont pas passé leur enfance dans leur lieu de résidence actuelle. Par exemple, au niveau des quatre centres urbains les pourcentages de femmes déclarant avoir passé la plus grande partie de leur enfance dans un autre centre urbain varient entre 6% à Lubumbashi et

TABLEAU 3.9 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LA RESIDENCE PENDANT L'ENFANCE ET LE MILIEU DE RESIDENCE ACTUELLE

Résidence pendant l'enfance	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1430	902	994	1061	535	625
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
La même que maintenant	63,9	74,2	56,8	58,2	67,9	77,5
(Autre) centre urbain	14,5	6,4	17,1	11,6	3,9	6,8
(Autre) village	21,5	19,0	24,3	17,2	21,7	9,6
Ne sait pas/ pas sûre	1,4	0,4	1,8	13,1	6,5	6,1

17% à Kananga. Il y a un courant migratoire rural urbain assez important dont l'existence est attestée par les proportions de résidentes des quatre centres urbains ayant déclaré avoir vécu en milieu rural pour la plus grande partie de leur enfance; quant à celles qui ont passé cette tranche de leur vie dans des villages, leur effectif varie, en pourcentage, entre 17% à Kisangani et 24% à Kananga.

Le tableau 3.9 suggère encore que la migration de la ville vers la campagne est beaucoup moins fréquente. A Vanga et Nkara, 4% et 7% des femmes, respectivement, ont déclaré avoir passé leur enfance en milieu urbain. Celles qui ont vécu dans d'autres villages représentent 22% à Vanga et 10% à Nkara.

Previous Page Blank

CHAPITRE IV
NUPTIALITE ET FECONDITE

Parmi les objectifs fondamentaux de l'EPC-Zaïre figure la collecte d'informations sur la fécondité. Plusieurs variables relatives à la nuptialité ont aussi été investiguées. L'analyse des données sur la nuptialité et la fécondité feront l'objet de ce chapitre.

4.1 MODELES DE NUPTIALITE

La prise en considération des variables rangées sous la rubrique nuptialité, plus particulièrement, la proportion de femmes en union, et l'âge à la première union, s'avère d'une grande importance pour l'étude des modèles de fécondité d'une société donnée. En outre, la prévalence des unions polygames et le remariage des femmes constituent d'autres sujets d'importance pour le Zaïre.

4.1.1 Etat matrimonial

Dans le cadre de l'EPC-Zaïre et en ce qui concerne la collecte des données sur l'état matrimonial, on a commencé par demander aux enquêtées si elles étaient mariées, veuves, divorcées, séparées ou célibataires (Question 101). Le tableau 4.1 montre la distribution des enquêtées selon les réponses à cette question.

Ensuite d'autres questions (Questions 502 et 503) étaient introduites en vue de déterminer dans quelle mesure les femmes se déclarant en dehors de toute union matrimoniale (c'est-à-dire célibataires, divorcées, séparées ou veuves) ont en fait un homme dans leur vie. Le recoupement des réponses à ces questions avec d'autres informations sur l'existence ou non d'une naissance vivante a permis de répartir les enquêtées selon les catégories mutuellement exclusives suivantes: en union actuellement,

TABLEAU 4.1 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON L'ETAT MATRIMONIAL ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Etat matrimonial	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lumumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1430	902	994	1061	535	625
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mariée	44,3	60,4	62,8	58,9	51,6	62,1
Unie de fait	8,4	5,2	3,0	10,2	9,0	3,0
Divorcée, séparée, veuves	7,6	7,4	6,5	8,8	7,3	3,8
Célibataires	39,7	26,9	27,7	22,1	31,8	30,7

en union dans le passé mais pas actuellement et célibataires (jamais en union). Le tableau 4.2 montre la distribution des enquêtées selon ces catégories.

TABLEAU 4.2 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LA RELATION SOCIALE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Relation sociale	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1430	902	994	1061	535	625
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
En union actuellement	67,9	70,3	67,2	71,0	61,7	69,1
En union dans le passé mais pas actuellement	9,6	7,5	8,8	12,5	18,1	11,9
Célibataires	22,5	22,2	24,0	16,5	20,2	19,0

La comparaison des résultats figurant aux tableaux 4.1 et 4.2 montre que, selon toute attente, l'introduction des questions additionnelles a eu pour effet une augmentation des pourcentages de femmes classées comme étant en union actuellement ou dans le passé et une diminution correspondante des effectifs de célibataires. Les changements les plus importants s'observent à Kinshasa où la proportion de femmes en union actuellement passe de 53% à 68%. Dans l'ensemble le tableau 4.2 montre que les effectifs de femmes en union au moment de l'enquête varient, au niveau des quatre centres urbains, de 67% à Kananga à 71% à Kisangani, contre 62% à Vanga et 69% à Nkara. La proportion de célibataires varie entre 16% à Kisangani et 24% à Kananga.

4.1.2 Age à la première union

Les femmes non-célibataires de l'EPC-Zaïre étaient interrogées sur leur âge à leur première union matrimoniale ou au début de leur cohabitation avec un partenaire. Le tableau 4.3 donne la répartition des femmes non-célibataires selon l'âge à la première union. La dernière ligne du tableau donne également les âges moyens qui en découlent selon le milieu de résidence. Ces données suggèrent qu'en général la femme zaïroise entre très jeune en union.

On observe que les femmes enquêtées en milieu urbain ont commencé leur première union plus tôt que celles du milieu rural. A moins de 15 ans, on note par ordre décroissant que 39% des femmes non-célibataires à Kananga, 34% à Kisangani, 31% à Lubumbashi et 23% à Kinshasa ont déjà été mariées ou ont commencé à avoir un partenaire la première fois. Au même âge, Vanga et Nkara ne comptent respectivement que 12 et 14% des femmes non-célibataires en union. Le tableau 4.3 suggère aussi qu'en milieu urbain tant qu'en milieu rural, la presque totalité des femmes non-célibataires déclarent avoir contracté leur première union avant l'âge de 20 ans. Celles pour lesquelles cette première union est survenue après l'âge de 21 ans se situent entre moins de 1% à Kananga et 4% à Kinshasa; alors qu'à Vanga et Nkara, les proportions sont de 8% et 4%, respectivement.

TABLEAU 4.3 REPARTITION DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON L'AGE A LA PREMIERE UNION ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Age à la première union	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1108	702	755	886	427	506
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moins de 15 ans	22,9	30,6	38,6	34,5	11,7	14,0
15 ans	20,1	20,2	23,3	23,9	19,4	23,1
16 ans	17,1	14,5	16,7	16,6	8,3	24,3
17 ans	15,5	13,2	11,7	10,9	10,8	11,1
18 ans	11,0	8,4	4,5	8,0	19,0	13,8
19 ans	4,9	5,7	2,6	3,4	11,5	5,3
20 ans	4,2	4,0	1,9	1,4	10,1	4,0
21 ans et plus	4,3	3,1	0,8	1,2	8,0	3,2
Indéterminé	0	0	0	0	0,7	0,6
Age moyen	16,2	15,8	15,2	15,4	17,3	16,4

Au niveau de l'âge moyen, très peu de différences sont observées. En milieu urbain notamment, en dehors de Kinshasa où l'âge moyen à la première union s'évalue à 16,2 ans, la moyenne calculée pour les villes tourne aux environs de 15,0 ans. Pour le milieu rural, cet âge moyen est un peu plus tardif soit à 17,3 ans pour Vanga et à 16,4 ans pour Nkara.

4.1.3 Facteurs différentiels de l'âge à la première union

Le recours aux données sur les femmes non-célibataires pour le calcul de l'âge à la première union n'est pas sans poser quelques problèmes. La raison en est que du fait de cette restriction, les femmes de différentes cohortes n'ayant pas encore contracté une première union sont exclues des calculs. Il en résulte une sous-estimation de l'âge à la première union

et plus particulièrement chez les plus jeunes cohortes où la proportion de célibataires est encore très élevée.

L'ajustement envisagé au tableau 4.4 consiste à faire porter les calculs sur un groupe de femmes présentant une certaine homogénéité en ce qui concerne l'exposition au risque de contracter une première union. La délimitation de ce sous-groupe s'est effectuée en identifiant un âge charnière, 20 ans: les femmes âgées de moins de 20 ans et celles qui ont eu leur première union après cet âge sont exclues de toute considération. Un total de 3.394 femmes non-célibataires sur 4.394, soit 77% de l'échantillon, répondait à ce critère.

TABLEAU 4.4 AGE MOYEN A LA PREMIERE UNION DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 20-49 ANS ET AYANT CONTRACTE LEUR PREMIERE UNION AVANT L'AGE DE 20 ANS SELON DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Caractéristiques Socio-démographiques	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	844	531	608	697	294	416
Total	15,7	15,5	15,0	15,2	16,6	16,0
Age						
20-24 ans	16,1	15,9	15,4	15,5	16,8	15,9
25-39 ans	15,6	15,4	14,9	15,1	16,4	16,0
40-49 ans	15,5	14,8	14,8	14,6	16,9	16,2
Niveau d'instruction de l'enquête						
Sans instruction	15,5	14,5	14,6	14,8	16,6	15,9
Primaire	15,2	15,1	14,8	14,9	16,4	16,1
Secondaire et supérieure	16,3	16,3	15,8	16,2	17,1	16,1

A l'analyse, les facteurs différentiels de l'âge à la première union considérés au tableau 4.4 ne semblent pas entrainer d'effet, significatifs, considérant les femmes de 20-24 ans qui ont eu leur première union un peu plus tard que celles des plus anciennes cohortes. Par exemple, à Kinshasa l'âge à la première union est de 16,1 ans pour la cohorte des 20-24 ans contre 15,5 ans pour celle des 40-49 ans, soit une différence de seulement 0,6 an en faveur des jeunes.

Il est généralement admis que dans une population donnée, l'âge à la première union est en relation directe avec l'amélioration du statut éducationnel de la femme. Le tableau 4.4 montre que cette hypothèse se vérifie dans les aires de l'EPC-Zaïre. Toutefois l'importance de cet effet n'a pas l'ampleur à laquelle on s'attendait. En effet, en comparant les femmes sans éducation et celles munies d'un minimum d'éducation secondaire, les différences d'âge à la première union oscillent seulement entre 0,8 ans à Kinshasa et 1,8 ans à Lubumbashi. A Vanga et Nkara, les différences sont 0,5 ans et 0,2 ans respectivement.

4.1.4 Type d'unions et rang de mariage

Les questions incluses dans le questionnaire permettent non seulement d'étudier le type d'unions (Question 501), mais aussi le nombre de femmes dans une union polygamique (Question 511), le rang d'épouse (Question 512) et le nombre de mariages contractés par la femme (Question 513).

Pour les femmes enquêtées en union, le type d'union a été déterminé en termes d'union monogame ou polygame. Ainsi qu'on l'aperçoit au tableau 4.5, la proportion des femmes vivant en unions monogames dans chaque centre enquêté s'avère très élevée. Bien que la monogamie représente le régime d'union le plus répandu, on observe néanmoins de variations différentielles assez significatives notamment entre les quatre villes et les deux zones rurales. L'examen par centre d'enquête montre que la monogamie est plus fréquente à Kinshasa (90%) et à Lubumbashi (85%). Elle est un peu moins fréquente à Kananga et Kisangani

(respectivement à 76% et 72%) et relativement faible dans les deux centres ruraux de Vanga (67%) et Nkara (69%). Cela résulte évidemment e une proportion assez élevée d'unions polygamiques qui pourrait s'expliquer en milieu rural par la valeur de force productive (travail agricole) accordée à la femme.

Il ressort du tableau 4.5 que dans la plupart des unions polygames, le partenaire entretient deux femmes. Il apparaît qu'au-delà de trois femmes pour un homme, le phénomène se retrouve dans le milieu rural et aussi à Kananga et Kisangani où des villages à l'intérieur de chaque ville font partie intégrante.

TABLEAU 4.5 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE TYPE D'UNION ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Type d'union	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	971	634	668	753	330	432
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Monogame	89,6	85,1	75,5	72,0	66,7	69,0
Polygame à 2 épouses	8,4	12,8	18,9	22,4	26,3	27,3
Polygame à 3 épouses	1,2	1,4	4,3	5,2	5,5	2,8
Polygame à 4 épouses	0,3	0,5	1,0	0,4	1,5	0
Polygame à 5 épouses et plus	0,1	0,2	0,3	-	-	0,7
Indéterminé	0,4	-	-	-	-	0,2

4.1.5 Nombre de mariages

S'agissant du nombre d'unions contractées par chaque femme actuellement en union, le tableau 4.6 montre que la majorité des femmes ne sont qu'à leur première union et ce quelque soit le milieu de

TABLEAU 4.6 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE NOMBRE D'UNIONS CONTRACTEES ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Nombre d'unions contractées	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	971	634	668	753	330	432
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1	67,5	78,7	82,6	71,5	74,3	84,2
2	9,4	13,6	15,3	23,6	23,0	7,9
3	0,6	0,8	-	2,3	1,2	0,5
4	-	0,3	-	0,1	-	-
Indéterminé[a]	22,5	6,6	2,1	2,5	1,5	7,4

(a) Aux femmes se déclarant célibataires à la question 501 mais qui plus tard, en réponse à la question 503, ont admis avoir cohabité avec un homme, la question sur le nombre d'unions n'a pas été posée.

résidence. Au niveau des centres urbains, la proportion de femmes en union vivant en remariage varie entre 10% à Kinshasa et 26% à Kisangani. Le fort pourcentage de remariage à Vanga (24%) est à comparer avec les 8% de Nkara où la population est en majorité catholique.

4.2 MODELES DE LA FECONDITE

Les données de l'EPC-Zaïre serviront à examiner les niveaux et les différentiels de la fécondité dans les six zones étudiées. Tout d'abord les modeles de la fécondité cumulée, telle que la représente le nombre d'enfants nés vivants sont considérées; puis une mesure de la fécondité actuelle, celle-ci relevant des données relatives aux naissances survenues ceci au cours des douze mois précédant l'EPC-Zaïre, est examinée.

4.2.1 Fécondité cumulée

Le tableau 4.7 indique que, dans les six zones, la parité moyenne varie d'un minimum à Kinshasa de 2,6 à un maximum légèrement supérieur à 3 à Lubumbashi et Kananga. La proportion de femmes n'ayant jamais donné naissance varie entre 29% à Kisangani et 39% à Kinshasa. La proportion de celles qui ont donné naissance à un ou deux enfants passe de 20% à Lubumbashi et Kananga à 28% à Kisangani. Pour 3, 4, ou 5 naissances les proportions varient de façon plus ou moins similaire, soit de 20% à Kananga et 24% à Kisangani et Nkara. Et, pour six naissances ou davantage, le pourcentage varie entre 19% à Kinshasa et Kisangani à 25% à Kananga.

Dans l'ensemble, la parité moyenne chez le groupe de femmes de 45 à 49 ans varie de 6,5 naissances à Kananga à 8,1 à Lubumbashi (tableau 4.8). La parité moyenne légèrement inférieure que l'on observe chez les femmes de 45 à 49 ans, comparée à celle des femmes de 40 à 44 ans,

TABLEAU 4.7 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Nombre de naissances	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1430	902	994	1061	535	625
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0	39,0	33,4	34,8	29,0	32,6	29,9
1 à 2 naissances	21,2	20,4	20,5	27,8	22,6	26,9
3 à 5 naissances	21,1	22,9	20,0	24,2	23,4	23,7
6 à 8 naissances	13,1	14,5	16,0	12,3	13,5	15,7
9 naissances ou +	5,6	8,8	8,7	6,7	7,3	3,8
Non déclarées	0,1	0	0	0	0,5	0
Nombre moyen	2,6	3,1	3,1	2,8	2,9	2,8

TABLEAU 4.8 NOMBRE MOYEN DE NAISSANCES VIVANTES PARMI LES FEMMES AGEES DE 15 A 49 ANS SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

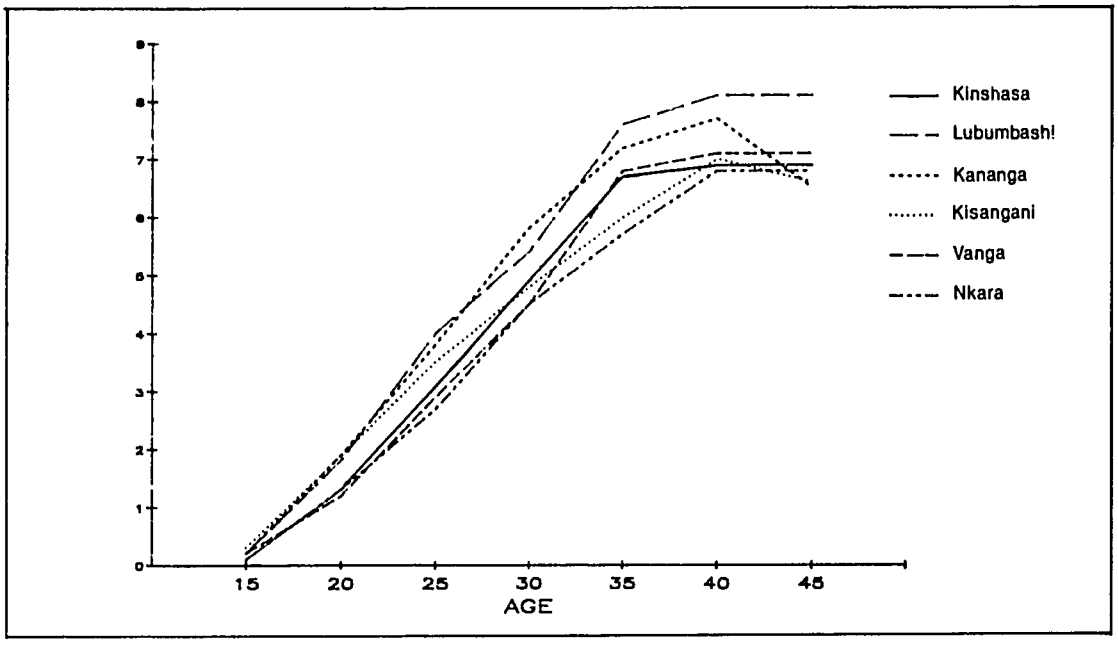
Age	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Total	2,6	3,1	3,1	2,8	2,9	2,8
15-19 ans	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1
20-24 ans	1,3	1,8	1,9	1,9	1,2	1,3
25-29 ans	3,1	4,0	3,8	3,5	2,9	2,7
30-34 ans	4,9	5,4	5,8	4,8	4,5	4,5
35-39 ans	6,7	7,6	7,2	6,0	6,8	5,7
40-44 ans	6,9	8,1	7,7	7,0	7,1	6,8
45-49 ans	6,9	8,1	6,5	6,6	7,1	6,8

s'explique par la présence de déclarations inexactes quant à l'âge et aux naissances (graphique 4.1). De telles inexactitudes ont, comme nous l'avons déjà mentionné, fréquemment affecté la qualité des données sur la parité collectées au Zaïre.

4.2.2 Différentiels de la fécondité cumulée

Le tableau 4.9 examine, chez les enquêtées de l'EPC, la question du nombre moyen d'enfants nés vivants et comment celui-ci varie selon un certain nombre de caractéristiques socio-démographiques. Le tableau révèle, en général, des différentiels relativement importants de la parité moyenne parmi les divers sous-groupes. Par exemple, à Kinshasa, la parité moyenne varie, selon le niveau culturel des femmes, d'un maximum de 5,0 naissances chez celles qui n'ont jamais été scolarisées à 1,6 naissances chez celles qui ont terminé ou dépassé le niveau de l'école primaire. Le même tableau 4.9 indique cependant que si l'on tient compte des différences d'âge chez les divers sous-groupes, la

GRAPHIQUE 4.1
NOMBRE MOYEN DE NAISSANCES VIVANTES
PARMI LES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON L'AGE
ET LE MILIEU DE RESIDENCE



magnitude des différentiels se trouve considérablement réduite. Si l'on examine de nouveau la variation de la parité moyenne selon le niveau d'instruction chez les enquêtées de Kinshasa, on remarque par exemple que, dès que l'on tient compte des différences d'âge parmi les groupes classés par niveau d'instruction, le différentiel de la parité moyenne entre les femmes qui n'ont jamais été scolarisées et celles qui n'ont jamais fait d'études secondaires se réduit de plus de 3 naissances à seulement 0,3 naissance.

D'une manière générale, si l'on considère les différentiels des parités moyennes selon l'âge standardisé, tels qu'ils sont présentés au tableau 4.9, il semble que l'éducation a un effet négatif sur leur fécondité, ceci étant vrai pour toutes les régions étudiées par l'EPC; les différences les plus marquées se trouvant parmi les femmes ayant fait

TABLEAU 4.9 PARITE MOYENNE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Caractéristiques	Kinshasa		Lubumbashi		Kananga		Kisangani		Vanga		Nkara	
	Non St.	St.[a]	Non St.	St.	Non St.	St.	Non St.	St.	Non St.	St.	Non St.	St.
Niveau d'instruction de l'enquêtée												
Sans instruction	5,0	2,7	5,4	3,4	5,3	3,2	4,2	2,8	4,2	3,0	4,1	3,0
Primaire	3,2	2,9	3,4	3,4	3,6	3,3	2,9	3,0	3,0	3,1	2,3	2,7
Secondaire et supérieure	1,6	2,4	2,2	3,0	1,7	2,8	1,9	2,9	1,0	1,5	1,6	2,5
Alphabétisme de l'enquêtée												
Alphabète	2,1	2,6	2,7	3,1	2,3	2,9	2,4	3,0	1,9	2,9	1,5	2,5
Analphabète	4,4	2,8	4,2	3,3	4,5	3,3	3,8	2,8	3,8	3,0	3,6	2,9
Niveau d'instruction du partenaire[b]												
Sans instruction	5,5*	2,2*	7,3*	2,4*	6,1*	2,7*	3,7*	2,8*	5,4*	2,9*	4,6*	2,6*
Primaire	5,2	3,4	6,1	3,7	6,3	3,6	4,5	3,3	5,0	3,5	4,7	3,1
Secondaire	3,1	2,8	3,5	3,5	3,5	3,4	3,1	3,1	3,1	3,3	2,3	2,6
Supérieure	2,3	2,4	3,3	2,9	3,2	2,1	3,0	3,0	1,8*	0,8*	1,2*	0,9*
Ne sait pas/Pas sûre	3,8	2,8	4,0	3,3	4,3	3,3	3,8	3,1	3,0*	1,2*	1,0*	0,4*
Etat d'emploi												
Occupée	4,0	2,6	4,3	3,1	5,2	3,4	4,3	3,4	3,7	3,0	3,3	2,8
Non occupée	1,9	2,6	2,7	3,1	1,8	3,0	2,1	2,7	0,4	2,6	0,2	1,2
Résidence pendant l'enfance												
La même que maintenant	1,8	2,5	2,6	3,1	2,0	3,0	2,3	2,9	1,8	1,0	2,2	2,3
(Autre) centre urbain	3,5	2,7	3,3	2,8	4,1	3,2	3,0	2,6	2,9	2,7	2,2	2,4
(Autre) village	4,3	2,8	5,0	3,3	4,9	3,3	4,0	2,8	3,1*	3,0*	2,9	2,8
Religion												
Catholique	2,4	2,6	2,9	3,0	2,9	3,2	2,7	2,9	2,8	2,6	2,7	2,7
Protestant	2,8	2,5	3,5	3,2	3,1	2,8	2,9	2,9	2,9	3,0	2,9	2,7
Autre	2,9	2,7	3,4	3,3	3,7	3,3	3,3*	3,0*	1,8*	0,5*	3,9*	3,1*

* Moins de 25 enquêtées

a) Non St. = non standardisé, St. = standardisé.

b) Seulement pour les femmes actuellement en union

quelques études secondaires. Parmi les femmes actuellement en union, et dans les six régions, il semble exister un rapport négatif entre la parité et le niveau d'instruction du conjoint. Il faut noter un manque d'uniformité parmi les six régions quant aux associations entre la parité moyenne et les autres caractéristiques des femmes, y compris les niveaux d'instruction et professionel, la religion et le lieu de résidence pendant l'enfance et la jeunesse.

4.2.3 Fécondité actuelle

Dans l'EPC-Zaïre figurait une question concernant la date de la dernière naissance vivante ou, si celle-ci était inconnue, le temps écoulé depuis cet évènement. On peut se servir des réponses à cette question pour évaluer les niveaux de la fécondité actuelle. L'une des mesures employées dans ce but est le taux de fécondité générale. Le taux de fécondité générale représente le rapport entre le nombre de naissances

TABLEAU 4.10 TAUX DE FECONDITE GENERALE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE

	Nombre des femmes	Total de naissances	Taux[a] de fécondité générale
Milieu urbain			
Kinshasa	1430	240	167
Lubumbashi	902	239	265
Kananga	994	178	179
Kisangani	1061	239	225
Milieu rural			
Vanga	535	104	194
Nkara	625	147	235

(a) Naissances ayant eu lieu au cours des douze mois précédant l'EPC, pour 1.000 femmes, âgées de 13 à 49 ans.

chez les femmes de 13 à 49 ans pendant une période de douze mois précédant l'EPC-Zaïre et le nombre total des dites femmes.

Le tableau 4.10 montre que le taux de fécondité générale varie considérablement parmi les six zones échantillons. Lubumbashi compte un maximum de 265 naissances déclarées par 1.000 femmes, suivie de Nkara (235) et de Kisangani (225). Tandis qu'à Vanga, Kananga et Kinshasa, les niveaux de fécondité actuelle semblent être légèrement inférieurs à 200, les taux variant dans ces trois régions entre un maximum de 194 naissances à Vanga et un minimum de 167 naissances à Kinshasa, pour mille femmes.

4.3 DIMENSION DESIREE DE LA FAMILLE

4.3.1 Désir de la femme d'avoir d'autres enfants

Selon les résultats de l'EPC-Zaïre, la majorité des femmes des six zones couvertes par cette étude manifestent le désir d'avoir au moins un autre enfant; la proportion des femmes actuellement en union qui déclarent ne pas vouloir d'autres enfants varie entre 10% seulement à Nkara à 28% à Kisangani (tableau 4.11). Il ressort aussi que les femmes déclarant avoir eu une naissance non désirée sont peu nombreuses. Les pourcentages des femmes actuellement en union déclarant qu'elles ne voulaient pas d'autre enfant, ceci avant leur dernière grossesse, varie de 1% à Nkara à 9% à Kananga.

Le tableau 4.12 montre que le pourcentage de femmes actuellement en union et ne désirant pas d'autres enfants augmente en général avec l'âge et le nombre d'enfants vivants. Prenons l'exemple de Kinshasa: le pourcentage augmente avec l'âge, de 0% pour le groupe des femmes de 13 à 19 ans à 89% pour le groupe des femmes de 45 à 49 ans. Il augmente avec le nombre d'enfants vivants, de moins de 2% chez les femmes n'ayant aucun enfant vivant à 73% chez les femmes avec huit enfants ou plus.

On observe, parmi les six zones, une variation nette quant à l'âge ou à la dimension de la famille où beaucoup de femmes disent qu'elles désirent terminer leur vie reproductive. Parmi les femmes de moins de 35 ans, il existe, par exemple, une tendance beaucoup plus forte à ne pas vouloir d'autres enfants à Kisangani, Lubumbashi et Kinshasa que dans les trois autres régions. Cependant, on notera que la majorité se déclarant opposée à une nouvelle naissance se trouve uniquement parmi les femmes âgées de 35 à 39 ans à Kinshasa et Lubumbashi et celles âgées de 40 à 44 ans à Kisangani, comme le montre le graphique 4.2.

TABLEAU 4.11 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON LEUR DESIR D'AVOIR D'AUTRES ENFANTS ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Désir d'avoir d'autres enfants	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	971	634	668	753	330	432
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Désirent plus d'enfants	72,8	65,1	77,8	65,2	77,3	88,2
Ne désirent plus d'enfants	20,7	24,6	19,3	28,3	21,5	10,4
N'en désiraient plus dès avant la dernière grossesse	6,4	8,0	9,0	6,9	6,7	1,4
Désiraient la dernière grossesse mais n'en veulent plus d'autre	14,3	16,6	10,3	21,4	14,8	9,0
Incertaines	6,5	10,3	2,8	6,4	0,9	0,7
Non déclarée	-	-	-	0,1	0,3	0,7

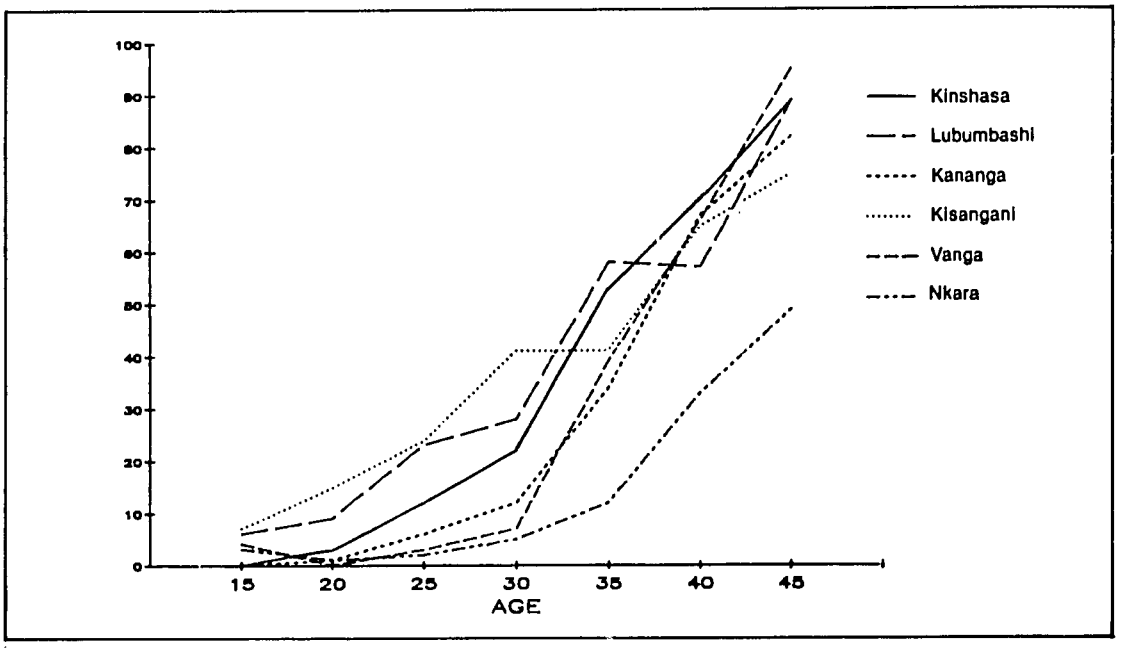
On observe des différences similaires entre Kinshasa, Lubumbashi, Kananga et les trois autres zones, lorsque l'on examine les variations dans la proportion des femmes ne voulant plus d'enfants, relativement au nombre d'enfants vivants. Par exemple, tandis qu'à Kinshasa, Lubumbashi et Kananga environ trois femmes sur dix ayant déjà quatre enfants déclarent n'en plus vouloir d'autres, seulement une femme sur six est de cet avis à Kananga, Vanga et Nkara.

TABLEAU 4.12 POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION, NE DESIRANT PLUS D'ENFANTS SELON L'AGE, LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS ET LE MILIEU DE RESIDENCE

	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Age						
13-19 ans	0	6,5	0	6,9	4,3	2,9
20-24 ans	2,6	8,9	1,3	15,2	0	0,9
25-29 ans	12,0	22,9	5,9	23,8	2,9	2,1
30-34 ans	22,1	28,0	11,5	40,9	6,8	4,7
35-39 ans	52,8	58,1	34,2	40,6	39,0	11,5
40-44 ans	70,0	56,7	66,7	65,4	65,9	33,3
45-49 ans	89,1	88,9	82,1	75,0	95,0	48,6
Nombre d'enfants vivants						
0	1,9	6,2	7,4	4,9	0	3,9
1 enfant	3,5	6,7	2,0	8,0	0	2,9
2 enfants	6,1	12,3	6,4	15,7	7,3	7,1
3 enfants	13,8	19,0	9,5	28,1	9,3	6,3
4 enfants	29,2	41,5	15,4	34,8	14,7	13,3
5 enfants	33,7	38,2	16,9	54,1	22,2	8,3
6 enfants	50,9	35,2	31,3	52,6	36,7	6,7
7 enfants	61,0	40,0	31,8	72,1	60,0	29,6
8 enfants ou plus	73,0	57,4	79,7	85,7	82,4	42,3

GRAPHIQUE 4.2

POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION NE DESIRANT PLUS D'ENFANTS SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE



4.3.2 Désir du partenaire d'avoir d'autres enfants

Les femmes actuellement en union durent répondre à une question, à savoir si leur conjoint désirait ou non d'autres enfants. Au tableau 4.13 nous avons une comparaison entre, d'une part les propres souhaits d'une femme et d'autre part l'attitude de son conjoint telle qu'elle la conçoit, quant au désir d'avoir d'autres enfants. Le tableau indique que, dans la majorité des cas dans les six zones, les deux conjoints semblent être en faveur d'un accroîssement du nombre d'enfants. Le pourcentage des cas où le désir partagé est en faveur d'avoir d'autres enfants varie de 58% à Lubumbashi à 86% à Nkara. Le pourcentage des cas où le désir partagé est de n'en pas avoir d'autres varie d'un maximum de 9% à Lubumbashi à seulement 4% à Nkara. Quant aux cas de désaccord des conjoints sur la dimension désirée de la famille, celui-ci est le plus

TABLEAU 4.13 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE DESIR D'AVOIR PLUS ENFANTS (LA FEMME ET SON CONJOINT) ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Désir d'avoir d'autres enfants (la femme et son conjoint)	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	971	634	668	753	330	432
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tous les deux en désirent d'autres	66,3	57,9	76,0	60,3	73,6	85,6
Le conjoint en désire d'autres mais pas la femme	6,7	9,5	4,2	16,3	3,3	3,5
La femme en désire d'autres mais pas le conjoint	2,4	4,1	0,3	1,2	2,1	1,2
Les deux n'en veulent plus	7,3	9,0	7,6	5,2	8,2	3,7
Incertitude chez l'un ou chez les deux	17,3	19,6	11,8	17,0	12,7	6,0

prononcé à Kisangani (18%) et à Lubumbashi (14%). Ce désaccord est de deux sortes: lorsque la femme désire d'autres enfants à l'encontre du désir de son conjoint et inversement, lorsque le conjoint désire d'autres enfants à l'encontre du désir de la femme.

4.3.3 Espacement désiré des naissances

On demanda aux femmes exprimant le désir d'avoir un autre enfant la date projetée de la naissance de celui-ci. Le tableau 4.14 indique que Vanga, Nkara et Kananga sont les seules zones où la majorité des femmes actuellement en union et désirant un autre enfant veulent laisser

s'écouler plus d'une année avant la prochaine naissance. Dans l'ensemble, le pourcentage en faveur d'un espacement de plus d'une année varie de 39% à Kisangani à 75% à Vanga.

TABLEAU 4.14 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET QUI DESIRENT UN AUTRE ENFANT SELON L'ESPACEMENT DESIRE AVANT LA PROCHAINE NAISSANCE

Espacement désiré avant la prochaine naissance	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	707	413	520	491	330	381
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dans un an	20,7	22,5	12,5	21,8	14,5	5,0
Entre un et moins de 2 ans	6,6	9,2	4,8	8,8	11,8	6,3
Après 2 ans	40,0	37,0	47,7	30,1	63,5	59,1
Quand cela viendra/ quand Dieu voudra	17,1	15,0	27,3	25,7	9,8	27,0
Autre	9,5	9,0	4,0	7,9	0,4	1,8
Incertaines	6,1	7,3	3,7	5,7	-	0,8

4.3.4 Dimension anticipée et dimension idéale de la famille

Des résultats de l'EPC, on peut tirer plusieurs mesures évaluant les souhaits des femmes du Zaïre en ce qui concerne la dimension de leur famille. L'une d'entre elles, que l'on pourrait nommer "dimension anticipée de la famille" considère le nombre d'enfants vivants que possède une femme ainsi que le nombre d'enfants supplémentaires qu'elle souhaiterait avoir. Une deuxième mesure représente le nombre d'enfants qu'une femme considère comme étant idéal.

TABLEAU 4.15 DIMENSION ACTUELLE MOYENNE DE LA FAMILLE,[a] DIMENSION ANTICIPEE MOYENNE DE LA FAMILLE[b] ET DIMENSION IDEALE MOYENNE DE LA FAMILLE[c] CHEZ LES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

	Kinshasa			Lubumbashi			Kananga		
	DAF	DFA	DIF	DAF	DFA	DIF	DAF	DFA	DIF
Total	3,0	5,9	6,0	3,5	6,6	7,8	3,6	7,5	10,4
13-19 ans	0,3	4,9	5,4	0,6	5,8	7,4	0,6	7,0	9,9
20-24 ans	1,3	5,3	5,6	1,8	6,1	7,1	1,9	7,6	9,5
25-29 ans	2,9	5,7	5,8	3,7	6,6	7,4	3,3	7,7	10,1
30-34 ans	4,4	6,8	6,5	5,0	6,9	8,2	4,9	8,4	10,6
35-39 ans	6,1	7,1	6,7	6,5	8,2	9,1	6,2	8,0	11,1
40-44 ans	6,2	6,8	6,5	7,2	7,7	9,7	6,3	7,1	11,4
45-49 ans	5,8	6,3	7,2	7,2	7,3	9,3	5,3	6,1	11,4

	Kisangani			Vanga			Nkara		
	DAF	DFA	DIF	DAF	DFA	DIF	DAF	DFA	DIF
Total	3,0	5,8	7,0	3,7	6,7	6,7	3,3	7,4	7,5
13-19 ans	0,6	5,0	6,4	[illegible],0	5,8	8,5	0,4	5,8	7,1
20-24 ans	1,7	5,5	6,7	1,3	6,5	6,7	1,3	6,5	6,9
25-29 ans	3,0	5,8	6,6	2,8	6,3	6,2	2,5	7,2	7,0
30-34 ans	4,3	6,0	7,1	3,8	6,6	6,3	4,5	8,4	8,6
35-39 ans	5,0	7,0	8,2	6,3	7,8	6,7	5,1	7,9	7,6
40-44 ans	5,9	6,8	8,2	6,4	7,3	6,8	6,4	9,4	8,8
45-49 ans	5,4	6,1	8,1	6,5	6,6	7,4	5,8	7,1	7,5

(a) DAF - Dimension actuelle de la famille: nombre d'enfants vivants

(b) DFA - Dimension anticipée de la famille: nombre d'enfants vivants plus le nombre d'enfants supplémentaires que désire une femme

(c) DIF - Dimension idéale de la famille: nombre d'enfants qu'une femme considère idéal

Le tableau 4.15 représente les dimensions moyennes, anticipée et idéale, ainsi que le nombre moyen d'enfants vivants (c'est-à-dire, la dimension actuelle de la famille), ceci chez les femmes actuellement en union selon l'âge. Les résultats montrent que les dimensions, anticipée et idéale, de la famille dépassent généralement six enfants. La dimension anticipée moyenne varie d'environ six enfants à Kinshasa et Kisangani à plus de sept enfants à Nkara et Kananga. La dimension idéale moyenne est similaire à la dimension anticipée moyenne à Kinshasa (5,9 contre 6,0), Vanga (6,7 contre 6,7) et Nkara (7,4 contre 7,5). A Lubumbashi et Kisangani, cependant, la dimension idéale moyenne est supérieure d'environ un enfant à la dimension anticipée moyenne, tandis qu'à Kananga, la dimension idéale moyenne (10 enfants) dépasse de presque trois enfants la dimension anticipée moyenne.

TABLEAU 4.16 COMPARAISON ENTRE LA DIMENSION ANTICIPEE DE LA FAMILLE[a] ET LA DIMENSION IDEALE DE LA FAMILLE[b] CHEZ LES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE MILIEU DE RESIDENCE

Comparaison des mesures de dimension de la famille	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	971	634	668	753	330	430
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anticipée moindre que l'idéal	38,6	50,0	71,6	46,3	35,8	38,2
Anticipée égale à l'idéal	29,7	32,5	17,6	34,4	27,3	29,9
Anticipée supérieure à l'idéal	31,7	17,5	10,9	19,3	37,0	31,9

(a) Nombre d'enfants vivants plus le nombre d'enfants supplémentaires que désire la femme.

(b) Nombre d'enfants qu'une femme considère idéal.

De même, il est clair d'après le tableau 4.15 que la dimension anticipée moyenne et la dimension idéale moyenne tendent à augmenter avec l'âge, bien que les modalités ne soient pas uniformes. A Lubumbashi, par exemple, la dimension anticipée chez les femmes de moins de trente ans est en moyenne de six enfants, tandis que la dimension idéale est en moyenne de sept enfants environ. Chez les femmes de 30 à 49 ans à Lubumbashi, la dimension anticipée est en moyenne de sept à huit enfants, tandis que la dimension idéale varie de huit à neuf enfants.

Le tableau 4.16 donne une étude plus détaillée encore de la similarité entre la dimension de la famille qu'anticipe une femme, c'est-à-dire, le nombre total d'enfants qu'elle souhaite avoir, et la dimension de la famille qu'elle considère comme étant idéale. Le tableau montre que la dimension anticipée d'une famille est, généralement, inférieure ou égale à la dimension qu'une femme considère comme idéale. Le pourcentage des cas où la dimension anticipée de la famille est inférieure ou égale à la dimension idéale varie de 63% à Vanga à 89% à Kananga. Par contre, la proportion des cas où, pour une femme, l'anticipé dépasse l'idéal varie de seulement 11% à Kananga à 37% à Vanga.

CHAPITRE V

CONNAISSANCE ET PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les données obtenues par l'EPC-Zaïre portent sur la connaissance et l'emploi des méthodes de planification familiale parmi les femmes en âge de reproduction, dans les six régions couvertes par cette étude. Dans ce chapitre, on examinera les questions concernant l'étendue de cette connaissance ainsi que la fréquence de l'utilisation des méthodes de planification familiale chez les femmes choisies pour cette étude. On examinera aussi les méthodes connues de ces femmes et utilisées par elles. Dans le chapitre suivant, l'étude sera centrée sur les questions relatives à l'utilisation actuelle de la contraception parmi les enquêtées de l'EPC.

5.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

L'un des objectifs majeurs de l'EPC-Zaïre était l'obtention d'information sur le niveau de connaissance des méthodes contraceptives. La collecte des données consiste à demander d'abord à l'enquêtée si elle a jamais entendu parler d'une des différentes méthodes à la disposition du couple pour différer la prochaine grossesse ou pour éviter d'avoir des enfants. Dans l'affirmative, la femme est invitée à énumérer les méthodes qu'elle connait. Quant aux méthodes qu'elle n'a pas mentionnées, l'enquêtrice doit les lui rappeler, sans les lui décrire et ensuite lui demander si elle les connait ou si elle en a entendu parler. Ce même procédé est appliquée aux femmes qui affirment n'avoir entendu parler d'aucune méthode de planification familiale.

Dans l'analyse qui va suivre, l'enquêtée qui connait une méthode contraceptive donnée est définie comme celle qui l'a mentionnée spontanément ou reconnait en avoir entendu parler après que l'enquêtrice la lui eut rappelée. Cependant, dans certains cas, une distinction sera

établie entre les deux modalités de rappel d'une méthode contraceptive donnée: "connaissance spontanée" et "connaissance avec aide" moyennant l'intervention de l'enquêtrice.

Les données sur la connaissance de la contraception sont obtenues pour les méthodes suivantes: la pilule, le condom, les méthodes vaginales, l'injection, le dispositif intra-utérin (DIU), la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, l'avortement, le calendrier, le retrait et l'abstinence. En plus de ces méthodes, le questionnaire est conçu de façon à enregistrer les méthodes traditionnelles (telles que l'usage d'herbes) spontanément mentionnées par l'enquêtée.

Ces méthodes seront ensuite classées en deux grandes catégories: les méthodes modernes et les méthodes traditionnelles. Les méthodes modernes comprennent: la pilule, le condom, les méthodes vaginales, l'injection, le dispositif intra-utérin, la stérilisation féminine, la stérilisation masculine et l'avortement. Le calendrier, le retrait, l'abstinence et autres méthodes folkloriques sont classés comme méthodes traditionnelles.

5.1.1 Niveau général de la connaissance de la contraception

Les données du tableau 5.1 montrent que la connaissance contraceptive est assez largement répandue chez les populations étudiées. Au niveau des quatre centres urbains et considérant l'ensemble des enquêtées, Lubumbashi (89%) vient en tête de liste pour le pourcentage de femmes connaissant une méthode contraceptive. Il est suivi de Kisangani (79%), Kananga (77%) et Kinshasa (73%). Cependant, ces trois derniers centres urbains ainsi que Nkara (78%) sont surclassés par Vanga où 80% des femmes enquêtées déclarent connaître des méthodes contraceptives.

Les femmes non-célibataires sont plus informées des méthodes contraceptives que les femmes célibataires. Comme le montre d'ailleurs

le tableau 5.1, les pourcentages de femmes de cette catégorie déclarant connaître au moins une méthode contraceptive varient entre 86% à Kisangani et 97% à Lubumbashi. Par contre pour les célibataires, le niveau des pourcentages est plus bas et l'amplitude de variation est plus large, allant de 21% à Nkara à 66% à Lubumbashi.

Chez les femmes célibataires, le bas niveau des pourcentages par rapport aux femmes non-célibataires, est imputable à leur situation matrimoniale en vertu de laquelle elles perçoivent inopportune l'information sur la planification familiale. Il est possible que les plus jeunes d'entre elles se soient montrées rétives, peu désireuses de passer pour être au courant de méthodes contraceptives. La discussion suivante porte sur les modalités de la connaissance des méthodes contraceptives chez les femmes non-célibataires afin de contrôler l'effet de l'état matrimonial sur cette variable.

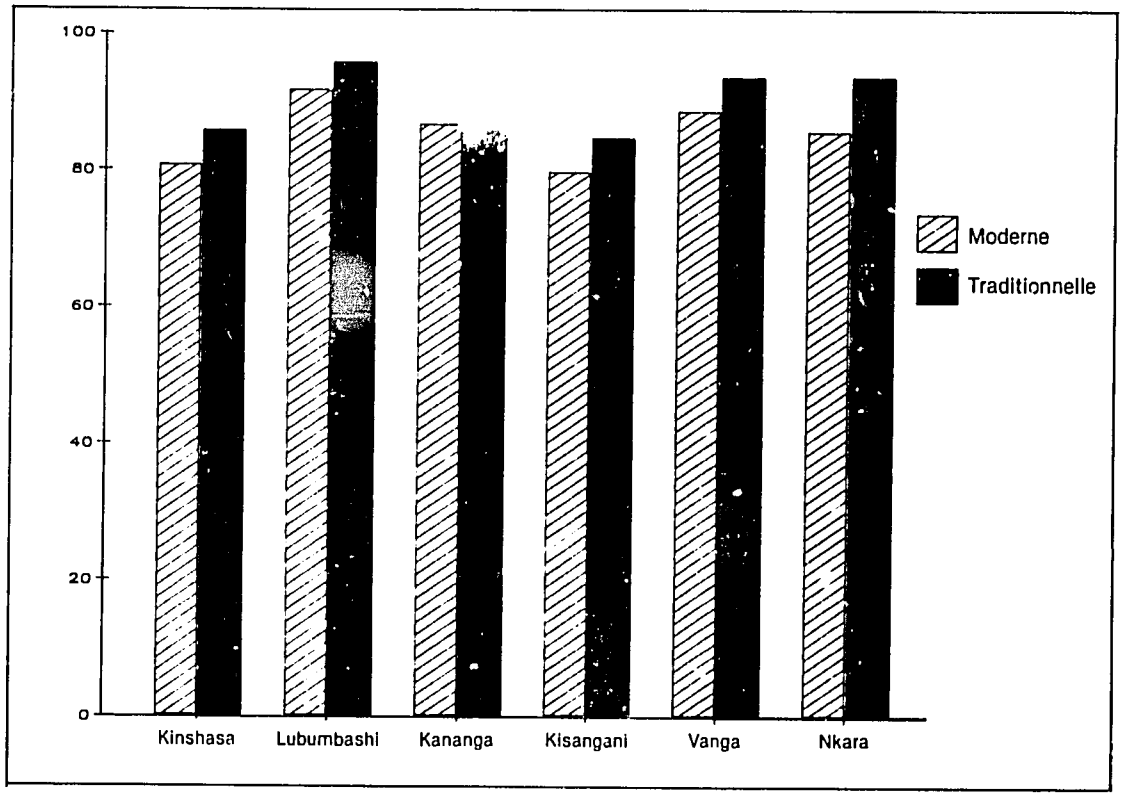
TABLEAU 5.1 POURCENTAGE DE FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON L'ETAT MATRIMONIAL ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Etat matrimonial	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1.430	902	994	1.061	535	625
Toutes les femmes	73,2	88,8	76,6	79,2	80,4	78,2
Femmes non-célibataires	87,7	97,3	88,6	86,5	93,7	94,5
Jamais en union	33,8	66,3	46,2	55,1	44,8	21,3

5.1.2 Type de méthode connue

Le graphique 5.1 compare le niveau de connaissance des méthodes modernes à celui des méthodes traditionnelles de contraception dans les six régions couvertes par l'EPC-Zaïre. Les pourcentages de femmes connaissant au moins une méthode moderne varient entre 80% à Kisangani et 92% à Lubumbashi (tableau 5.2). A l'exception de Kananga, les femmes non-célibataires des quatre centres urbains sont plus informées des méthodes traditionnelles que des méthodes modernes. A Vanga, 94% des femmes non-célibataires connaissent une méthode traditionnelle contre 89% ayant entendu parler d'au moins une méthode moderne. A Nkara les chiffres correspondants sont, respectivement, de 94% et 86%.

GRAPHIQUE 5.1
NIVEAU DE LA CONNAISSANCE D'AU MOINS UNE METHODE MODERNE ET D'AU MOINS UNE METHODE TRADITIONNELLE DE CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE



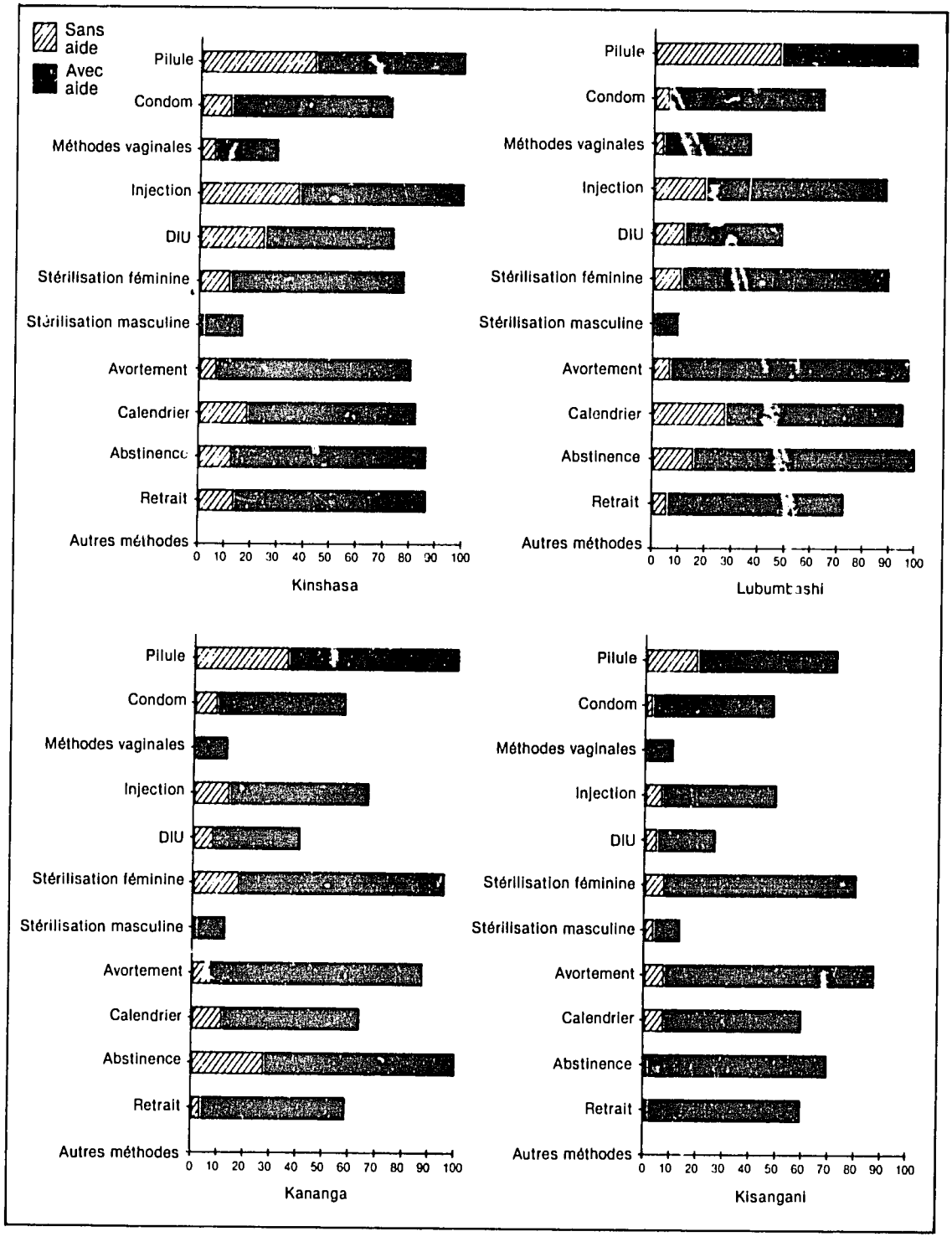
5.1.3 Connaissance des méthodes spécifiques de contraception

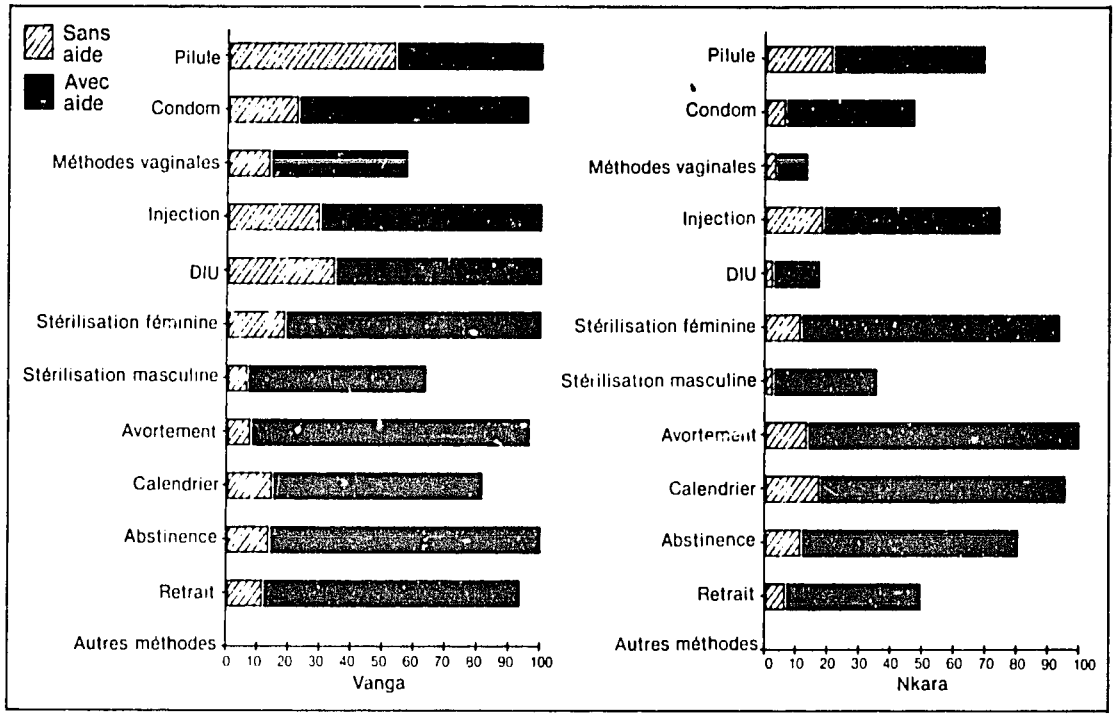
Les niveaux de connaissance des méthodes contraceptives varient considérablement dans les quatre centres urbains et les deux zones rurales. Le tableau 5.2 et le graphique 5.2 montrent que l'avortement est la méthode moderne la plus largement connue dans les six régions; les

TABLEAU 5.2 POURCENTAGE DE FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS CONNAISSANT UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON LE TYPE DE METHODE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Méthode	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1108	702	755	886	427	506
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Connait au moins une méthode	87,7	97,3	88,6	86,5	93,7	94,5
Connait au moins une méthode moderne	31,4	92,2	87,0	80,0	88,8	86,2
Pilule	66,3	75,1	72,7	52,5	74,0	47,0
Condom	60,5	58,7	49,0	46,1	72,6	40,1
Méthodes vaginales	23,7	33,3	11,9	9,9	43,1	9,5
Injection	70,3	68,7	53,0	43,1	73,3	55,5
DIU	48,6	36,9	32,6	21,9	74,4	13,8
Avortement	74,3	90,6	80,0	80,1	88,3	86,8
Stéril. féminine	66,2	78,9	78,5	73,4	84,5	80,8
Stéril. masculine	15,0	8,7	10,6	9,8	56,4	32,2
Connait au moins une méthode traditionnelle	86,4	96,0	86,4	85,3	93,7	94,1
Calendrier	64,5	68,5	52,5	51,5	66,0	76,8
Abstinence	74,2	88,9	77,9	68,4	90,2	69,2
Retrait	72,8	67,2	55,2	57,1	81,2	42,7
Autres méthodes folkloriques	4,8	12,3	3,3	7,8	0,5	0,6

GRAPHIQUE 5.2
NIVEAU DE LA CONNAISSANCE D'AU MOINS UNE METHODE DE CONTRACEPTION SANS AIDE ET AVEC AIDE CHEZ LES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON LA METHODE ET LE MILIEU DE RESIDENCE





pourcentages de femmes informées de cette méthode varient entre 74% à Kinshasa et 91% à Lubumbashi. La stérilisation féminine est également très connue. Le pourcentage de femmes l'ayant mentionnée passe de 66% à Kinshasa à 84% à Vanga. La pilule, le condom, et l'injection sont moins connus que l'avortement ou la stérilisation féminine; néanmoins, au niveau des régions considérées, au moins quatre femmes sur dix sont au courant de ces méthodes.

Le pourcentage de femmes non-célibataires déclarant connaître le DIU présente une grande variation: il passe de 14% à Nkara à 74% à Vanga. De toutes les méthodes scientifiques considérées, la stérilisation masculine et les méthodes vaginales sont les moins connues. Le pourcentage de femmes non-célibataires déclarant connaître cette dernière varie d'un minimum de 10% à Kisangani et à Nkara à un maximum de 43% à Vanga alors que pour la stérilisation masculine une plus grande variation est observée: 9% à Lubumbashi et 56% à Vanga.

En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, les plus connues sont par ordre d'importance: l'abstinence, le retrait et le calendrier. Dans les six zones couvertes par l'enquête, au moins la moitié des femmes non-célibataires ont déclaré avoir entendu parler de ces trois méthodes. Toutefois, peu de femmes ont spontanément mentionné d'autres méthodes folkloriques, telles que l'utilisation d'herbes. Mais du fait que les enquêtrices ne devaient pas rappeler ces méthodes éventuelles, le pourcentage de femmes les ayant mentionnées est faible, variant entre moins de 1% à Vanga et Nkara et 12% à Lubumbashi.

L'importance du procédé de rappel dans la collecte des données sur le niveau de connaissance est en outre illustrée dans le graphique 5.2 qui montre les pourcentages de femmes non-célibataires déclarant connaître les différentes méthodes contraceptives avec ou sans le rappel de l'enquêtrice. Ce rappel a eu pour effet d'augmenter le niveau de connaissance de toutes les méthodes. En fait, et à l'exception de la pilule, la majorité des femmes non-célibataires n'ont pas spontanément mentionné les différentes méthodes mais ont reconnu en être au courant seulement après intervention de l'enquêtrice.

Dans certains cas, les faibles niveaux de connaissance spontanée de la contraception peuvent être imputables à la timidité ou à des contraintes culturelles rendant les femmes peu désireuses d'admettre la connaissance de méthodes telles que le condom. Il est possible, par ailleurs que les enquêtées n'ont pas spontanément mentionné des méthodes traditionnelles comme l'abstinence, le calendrier et le retrait, pensant que l'enquêtrice était seulement intéressée par les méthodes modernes. Les enquêtrices de leur côté n'ont peut-être pas suffisamment encouragé les enquêtées à citer toutes les méthodes qu'elles connaissent avant de procéder au rappel. Pour éviter l'embarras d'avoir à admettre leur ignorance, certaines enquêtées peuvent aussi avoir prétendu connaître des méthodes après le rappel de l'enquêtrice alors qu'en réalité il n'en est pas ainsi. Toutefois rien ne prouve que cette surestimation de la connaissance contraceptive se soit fréquemment produite.

En fait, les résultats de l'EPC-Zaïre ne sont pas significativement différents de ceux d'autres études conduites dans le pays sur le même sujet. Le tableau 5.3 présente des données sur la connaissance de la contraception obtenues de deux études: l'une menée par le Centre National de Planification Humaine (CEPLANUT) dans trois zones de Kinshasa en 1980 (1) et l'autre conduite par le Programme d'Education Familiale (PRODEF) dans le Bas-Zaïre en 1981 (2). Chez les femmes interviewées par l'enquête du CEPLANUT, les niveaux de connaissance varient de 11% pour la stérilisation masculine à 94% pour l'abstinence. L'injection, mentionnée par 84% des femmes, était la plus connue de toutes les méthodes modernes. L'étude du Bas-Zaïre pour sa part a révélé que l'abstinence

TABLEAU 5.3 COMPARAISON DES NIVEAUX DE CONNAISSANCE DES METHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE A PARTIR DES ETUDES MENEES A KINSHASA (1980) ET AU BAS-ZAIRE (1981)

Méthode	Kinshasa[a]	Bas-Zaïre[b]	
		Matadi (Urbain)	Songololo (Rural)
Effectif total	2.459	1.797	1.704
Pilule	81,7	62,4	53,6
Condom	69,8	29,0	37,0
Méthodes vaginales	16,6	7,0[c]	15,3[c]
Injection	83,5	61,6	52,6
DIU	39,3	21,0	22,5
Stéril. féminine	50,3	58,9	66,2
Stéril. masculine	11,0	NA	NA
Calendrier	82,4	50,6	36,8
Abstinence	94,1	72,1	83,0
Retrait	88,5	71,1	63,1

(a) L'échantillon comprenait 2.459 femmes mariées ou vivant en union maritale, agées de 15 à 49 ans et vivant dans trois zones de Kinshasa (Lingwala, Bumbu, et Kimbanseka).

(b) La population de référence était composée de 1.797 et 1.704 femmes en âge de reproduction (15-49) respectivement à Matadi et à Songololo.

(c) Non compris le diaphragme et la douche vaginale.

était, tant en milieu urbain qu'en milieu rural, la méthode la plus largement connue: 72% des enquêtées de Matadi et 83% de celles de Songololo l'ont mentionné. Quant aux méthodes modernes, la première place revenait à la stérilisation féminine suivie par la pilule et l'injection.

5.1.4 Nombre de méthodes connues

Les données sur la connaissance collectées par l'EPC-Zaïre portaient sur un total de 12 méthodes différentes. L'examen du nombre de méthodes connues par femme fournit une autre mesure de l'ampleur de la connaissance contraceptive. Comme le montre le tableau 5.4, au niveau des quatre centres urbains et des deux zones rurales couverts par l'enquête, une femme non-célibataire sur deux a entendu parler d'au moins

TABLEAU 5.4 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON LE NOMBRE DE METHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE CONNUES ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Nombre de méthodes	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1108	702	755	886	427	506
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Aucune	12,3	2,7	11,4	13,5	6,3	5,5
1-2 méthodes	5,0	6,0	4,4	8,4	4,6	7,3
3-5 méthodes	16,1	19,5	24,8	26,9	11,2	32,8
6-8 méthodes	32,6	38,5	41,1	35,6	15,2	42,9
9-12 méthodes	34,1	33,3	18,4	15,7	63,2	11,5
Moyenne (ensemble des méthodes)	6,4	6,9	5,8	5,2	8,0	5,6
Moyenne (méthodes modernes)	3,5	3,6	3,1	2,6	4,8	2,8

six méthodes contraceptives. A Vanga, 63% des femmes non-célibataires connaissent au moins neuf méthodes de planification familiale. Le nombre moyen de méthodes connues varie entre 5 à Kisangani et 8 à Vanga.

Sur un total de sept méthodes modernes, le nombre moyen de méthodes connues varie de seulement 2,6 pour les femmes de Kisangani, à 4,8 pour celles de Vanga. Dans cette dernière région, la grande connaissance contraceptive, mesurée par le nombre de méthodes connues, reflète bien l'impact de l'action éducative menée par l'hôpital de Sanru dans le domaine de la planification familiale.

5.1.5 Facteurs différentiels de connaissance contraceptive

Le tableau 5.5 présente les différences dans les pourcentages de femmes non-célibataires connaissant au moins une méthode contraceptive selon l'âge, le nombre d'enfants vivants, le niveau d'instruction, l'état d'emploi, la profession, la résidence pendant l'enfance, la religion et, pour les femmes en union au moment de l'enquête, le niveau d'instruction du partenaire. Puisque la connaissance de la contraception est assez répandue dans les régions couvertes par l'EPC-Zaïre, les différences, bien qu'évidentes selon la plupart des caractéristiques sus-mentionnées, présentent peu de marge de variation.

Considérant l'effet de l'âge, dans toutes les régions, le niveau de la connaissance contraceptive est plus bas aux extrémités de l'âge de reproduction, c'est à dire chez les femmes de 13 à 19 ans et de 40-49 ans, respectivement. A Kinshasa par exemple, le pourcentage de femmes non-célibataires connaissant au moins une méthode de planification familiale passe de 80% chez les plus jeunes de 13-49 ans, à un maximum de 93% dans le groupe de 30-34 ans avant d'atteindre le minimum de 72% chez les femmes de la plus ancienne cohorte. L'exception à cet effet de l'âge s'observe à Nkara où la connaissance contraceptive des jeunes femmes de 13-19 ans ne diffère pas de celles des femmes de 20-29 ans.

Le tableau 5.5, permet également d'apprécier la relation entre la connaissance de la contraception et le nombre d'enfants vivants. En général, à l'exception de Nkara, le pourcentage de femmes non-célibataires connaissant au moins une méthode de planification familiale augmente avec le nombre d'enfants vivants; le maximum est atteint chez

TABLEAU 5.5 POURCENTAGE DE FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON QUELQUES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Caractéristiques	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1.108	702	755	886	427	506
Age						
13-19 ans	80,2	95,9	85,8	83,4	86,5	97,9
20-24 ans	89,5	97,5	91,9	93,1	93,1	97,0
25-29 ans	91,5	99,4	91,3	91,0	96,4	97,3
30-34 ans	92,9	98,2	95,6	87,9	96,9	94,4
35-39 ans	91,3	98,5	87,8	82,1	95,5	93,1
40-44 ans	84,0	89,2	78,8	75,8	94,0	87,2
45-49 ans	71,9	92,6	79,5	69,4	92,9	84,2
Nombre d'enfants vivants						
Aucun	82,3	95,5	77,8	79,5	83,1	96,1
1-2	87,9	97,1	91,7	87,2	95,7	95,7
3-5	92,2	98,6	93,0	90,2	96,0	93,5
6 et plus	87,0	97,0	87,1	85,4	95,6	92,0
Niveau d'instruction de l'enquêtée						
Sans instruction	80,6	95,7	77,8	71,5	92,2	91,1
Primaire	86,7	96,5	88,2	88,4	93,6	97,7
Secondaire et supérieure	90,4	98,5	94,1	95,3	97,1	96,3

Caractéristiques	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Alphabétisme de l'enquêtée						
Alphabète	89,2	98,2	93,0	92,8	95,4	97,1
Analphabète	84,7	95,1	83,6	76,8	92,1	93,5
Niveau d'instruction du partenaire[a]						
Sans instruction	64,3*	72,7*	50,0*	75,0*	81,4	92,0
Primaire	88,3	96,0	89,2	83,8	97,9	95,6
Secondaire	87,0	98,8	92,8	89,6	96,8	97,0
Supérieure	95,3	98,6	90,9	96,9	100,0*	87,5*
Ne sait pas/Pas sûre	87,5	97,4	82,5	81,9	85,7*	100,0*
Etat d'emploi et type de profession						
Occupée	91,1	97,5	90,2	87,3	94,9	94,6
Prof. libérales et cadres supérieures	98,9	100,0	100,0	94,0	95,5*	100,0*
Commerçants	89,2	97,7	93,0	87,4	93,3	100,0*
Agriculteurs	92,9*	100,0*	79,8	80,6	94,6	94,1
Service/autre	88,0	93,9	100,0*	89,5*	100,0*	93,3
Non occupée	85,4	97,2	87,1	85,8	84,3	92,9
Religion						
Catholique	88,6	98,5	89,2	87,8	94,8	94,3
Protestant	85,4	97,4	90,6	85,9	93,2	94,4*
Autre	87,6	94,0	86,5	86,4*	100,0*	100,0*
Résidence pendant l'enfance						
La même que maintenant	89,7	97,8	91,5	90,5	93,1	93,3
(Autre) centre urbain	90,1	100,0	90,8	87,7	94,9	98,1
(Autre) village	82,2	94,8	81,9	74,6	100,0*	100,0

* Moins de 25 enquêtées

a) Seulement pour les femmes actuellement en union

les femmes avec 3 à 5 enfants vivants, suivi d'une légère baisse chez celles en ayant six ou plus. A Nkara, la connaisance de la contraception est légèrement plus répandue chez les femmes ayant moins de trois enfants que chez celles en ayant trois et plus, bien que la différence ne soit pas grande.

Comme le montre le tableau 5.5, l'association entre niveau d'instruction et connaissance de la contraception est positive. Par exemple, à Kinshasa, le pourcentage de femmes non-célibataires connaissant au moins une méthode de planification familiale varie de 81% chez celles n'ayant jamais été à l'école à 90% chez celles ayant au moins sept années d'étude. L'effet du niveau d'instruction est plus important à Kinshasa, Kananga et Kisangani que dans les autres aires.

Chez les femmes actuellement en union, le niveau d'instruction du partenaire semble présenter une association positive avec la connaissance de la contraception. Par exemple à Kisangani, le pourcentage de femmes en union connaissant au moins une méthode de planification familiale varie de 75% chez celles dont le partenaire n'a jamais été à l'école à 97% chez celles dont le partenaire a plus de douze années d'étude. Dans l'ensemble, les différences introduites par le niveau d'instruction de l'enquêtée sont plus grandes ou plus uniformément positives que celles introduites par le niveau d'instruction du partenaire.

Le tableau 5.5 montre que les femmes occupées sont en quelque sorte plus enclines à déclarer un minimum de connaissance de méthodes contraceptives que celles qui chôment. Toutefois, à l'exception de Vanga et de Kinshasa, les différences introduites par l'état d'emploi sont généralement faibles. En outre, chez les femmes occupées, le statut professionnel n'exhibe pas d'association uniforme avec le niveau de connaissance de la contraception, et il en est de même de la religion et de la résidence pendant l'enfance.

5.2 UTILISATION PASSEE OU ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

Dans le cadre de l'EPC-Zaïre, une question était adressée aux femmes qui s'étaient déclarées au courant d'une méthode contraceptive et leur demandait si elles l'avaient utilisée. Sur la base de ces données, il a été possible de déterminer dans quelle mesure la femme Zaïroise a eu à utiliser la contraception.

5.2.1 Niveau général de l'utilisation passée ou actuelle de la contraception

La familiarité avec les méthodes de planification familiale est assez grande chez les femmes interviewées par l'EPC-Zaïre. Le tableau 5.6 montre que le pourcentage de femmes non-célibataires ayant utilisé ou utilisant actuellement la contraception varie de 39% à Kananga à 80% à Vanga. Ce plus fort pourcentage observé à Vanga par rapport aux autres villes ou Nkara reflète l'apport du programme de planification familiale dont l'hôpital de Vanga est le centre.

Les résultats de l'enquête établissent encore que les méthodes traditionnelles font, ou ont fait, l'objet d'une plus grande utilisation que les méthodes modernes (graphique 5.3). Chez les femmes non-célibataires ayant utilisé la contraception les pourcentages mentionnant les méthodes modernes varient entre 6% à Nkara et 30% à Vanga, alors que pour les méthodes traditionnelles, les variations se situent entre 33% à Kananga et 72% à Vanga.

5.2.2 Utilisation passée ou actuelle des méthodes spécifiques de contraception

Au tableau 5.6 figurent les données sur le niveau d'utilisation, passée ou actuelle, des différentes méthodes de planification familiale dans les aires de l'EPC. De toutes les méthodes modernes, la pilule et le condom sont les plus populaires (graphique 5.4). Les proportions de femmes non-célibataires ayant mentionné la pilule se situent entre 3% à

Nkara et 16% à Lubumbashi alors que pour le condom, les variations oscillent entre moins de 2% à Kananga et Nkara et 10% à Vanga.

Le tableau 5.6 révèle encore que les méthodes vaginales, l'injection, le dispositif intra-utérin et la stérilisation sont moins souvent utilisées que les deux méthodes citées plus haut. A Kinshasa, Kisangani,

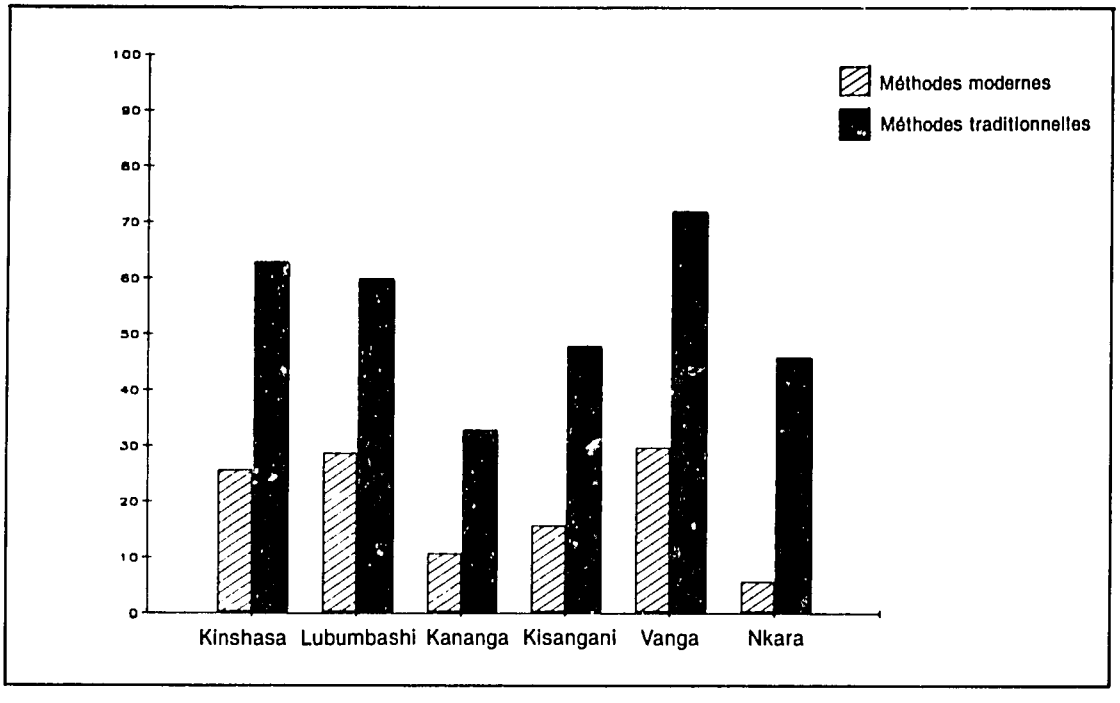
TABLEAU 5.6 POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS AYANT UTILISE AU MOINS UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON LE TYPE DE METHODE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Méthode	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1.108	702	755	886	427	506
Ayant utilisé au moins une méthode	69,8	66,7	38,8	52,0	80,3	48,6
Ayant utilisé au moins une méthode moderne	26,4	29,1	10,7	16,5	30,0	5,9
Pilule	12,7	15,5	5,8	6,4	12,2	2,8
Condom	7,0	7,1	1,6	7,1	10,3	1,4
Méthodes vaginales	1,4	3,8	0,3	0,8	5,6	0,4
Injection	5,0	5,6	1,7	1,4	3,5	0,6
DIU	2,5	2,7	1,2	1,1	4,9	0,2
Stéril. féminine	0,5	1,0	1,5	0,3	5,4	0,4
Stéril. masculine	0	0	0	0	0	0
Avortement	9,4	7,5	2,1	5,5	1,6	0,8
Ayant utilisé au moins une méthode traditionnelle	63,4	59,7	33,1	47,5	72,4	46,3
Calendrier	32,4	31,1	9,4	16,1	34,0	32,4
Abstinence	32,1	37,9	22,9	32,2	53,6	27,3
Retrait	31,9	17,7	6,5	21,8	33,0	7,7
Autres méthodes folkloriques	1,7	3,3	3,0	1,2	0,2	-

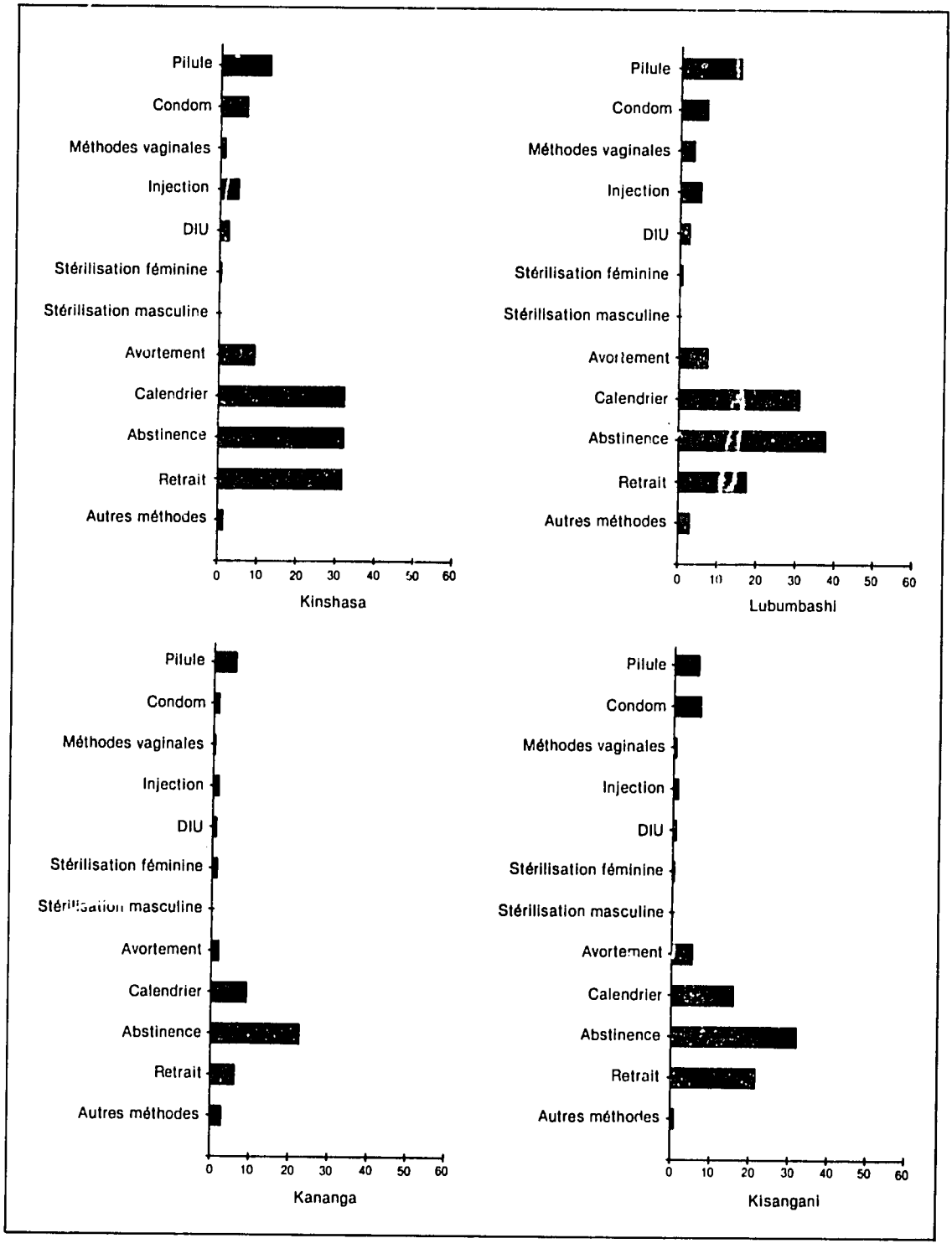
Kananga et Nkara, près d'un pour cent seulement des femmes ont essayé les méthodes vaginales, contre 4% à Lubumbashi et 6% à Vanga. Les proportions de femmes ayant utilisé l'injection varient entre 1% à Kisangani et Nkara et 6% à Lubumbashi. Le DIU est à égalité avec l'injection: les valeurs extrêmes enregistrées étant moins de 1% à Nkara et 5% à Vanga. La vaséctomie n'a été mentionnée par aucune des femmes interviewées. En ce qui concerne la stérilisation féminine, son niveau d'utilisation rappelle celui de l'injection, avec des valeurs allant de moins de 1% à Kinshasa, Kisangani et Nkara à 5% à Vanga.

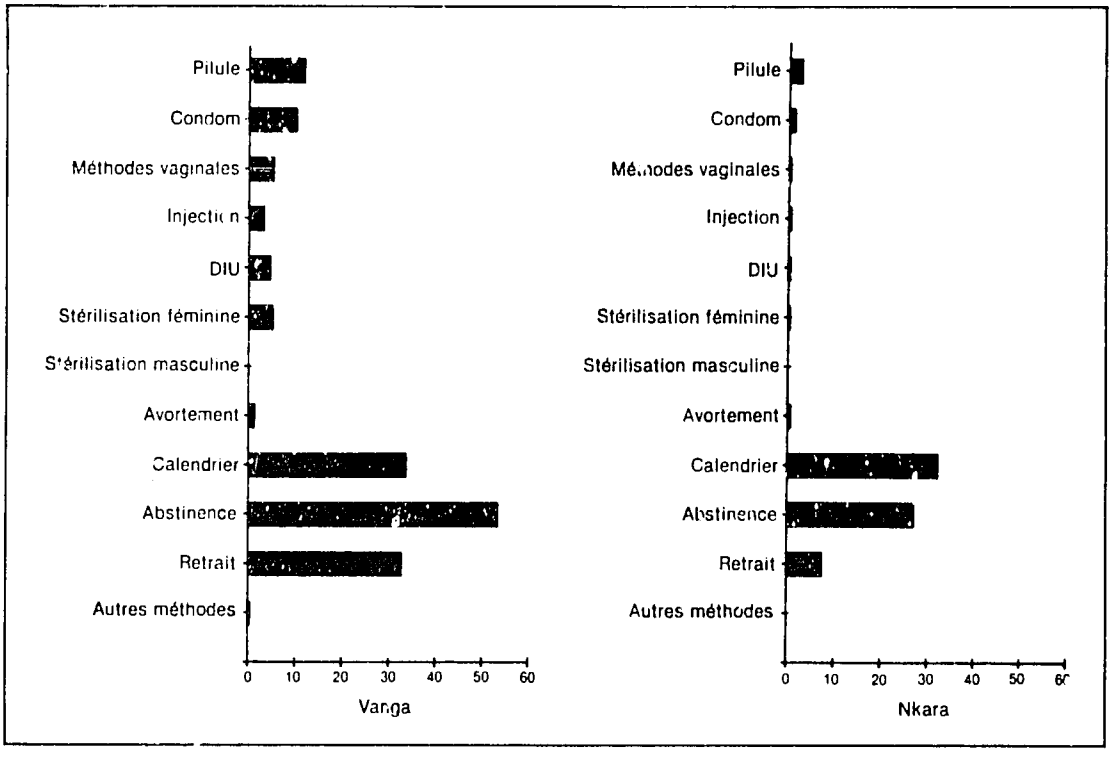
Comme indiqué plus haut, les méthodes traditionnelles semblent bénéficier d'un statut préférentiel par rapport aux méthodes modernes. Le tableau 5.6 met encore en évidence des différences appréciables, au niveau des aires, dans l'utilisation de ces méthodes. Sauf à Kinshasa et

GRAPHIQUE 5.3
NIVEAU DE L'UTILISATION PASSEE ET ACTUELLE D'AU MOINS UNE METHODE MODERNE ET D'AU MOINS UNE METHODE TRADITIONNELLE DE CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES NON-CELEBATAIRES SELON LE MILIEU DE RESIDENCE



GRAPHIQUE 5.4
NIVEAU DE L'UTILISATION PASSEE OU ACTUELLE DE CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES NON-CELEBATAIRES SELON LA METHODE UTILISEE ET LE MILIEU DE RESIDENCE





à Nkara, l'abstinence occupe la première place et montre une marge de variation: 23% des femmes à Kananga et 54% à Vanga. Ensuite vient le calendrier qui a été utilisé par un tiers des femmes à Kinshasa, Lubumbashi, Vanga et Nkara. En ce qui concerne le retrait, la marge de variation de son utilisation se situe entre 6% à Kananga et 33% à Vanga. Il faut aussi remarquer que peu des enquêtées n'a fait allusion aux méthodes folkloriques (utilisations d'herbes comme contraceptif); les proportions des femmes non-célibataires ayant utilisée ces méthodes se situent entre moins d'un pour cent à Vanga et Nkara à 3% à Lubumbashi et Kananga.

5.2.3 Nombre de méthodes utilisées

Le tableau 5.7 montre la distribution des femmes ayant utilisé la contraception selon le nombre des méthodes utilisées. A Kinshasa,

TABLEAU 5.7 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS AYANT UTILISE AU MOINS UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON LE NOMBRE DE METHODES UTILISEES ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Nombre de méthodes	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	773	468	293	461	343	246
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1 méthode	45,7	44,7	73,4	50,6	43,8	56,1
2 méthodes	29,6	28,2	18,1	28,4	25,4	37,8
3 méthodes	13,7	15,6	6,5	13,0	20,1	4,1
4 méthodes	6,7	7,3	2,0	6,5	6,4	2,0
5 méthodes ou plus	4,3	4,2	-	1,5	4,2	-
Moyenne (ensemble des méthodes)	2,0	2,0	1,4	1,8	2,1	1,5
Moyenne (méthodes modernes)	0,6	0,6	0,4	0,4	0,5	0,1

Lubumbashi, Vanga, il est plus courant qu'à Kisangani, Nkara et Kananga spécialement, de rencontrer des femmes indiquant avoir essayé au moins 2 méthodes contraceptives. En effet, cette catégorie de femmes varie de 27% à Kananga à 56% à Vanga. Le nombre moyen de méthodes utilisées passe de 1,4 à Kananga, à 2,1 à Vanga.

5.2.4 Facteurs différentiels de l'utilisation de la contraception

Au tableau 5.8 figure la variation des pourcentages de non-célibataires ayant utilisé ou utilisant la planification familiale, en fonction des caractéristiques démographiques et socio-économiques. Les données ne fournissent pas l'évidence d'une association uniforme entre la pratique de la contraception et des variables telles que l'âge

TABLEAU 5.8 POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS AYANT UTILISE AU MOINS UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON QUELQUES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Caractéristiques	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1108	702	755	886	427	506
Age						
13-19 ans	59,2	52,8	23,7	43,9	58,2	50,0
20-24 ans	72,5	75,9	46,8	58,0	78,2	51,9
25-29 ans	75,5	73,3	37,8	58,3	85,7	58,6
30-34 ans	75,5	64,2	39,8	51,6	81,5	46,5
35-39 ans	77,7	67,6	45,1	52,4	88,6	43,1
40-44 ans	63,0	56,8	41,2	40,3	86,0	40,4
45-49 ans	57,8	51,9	36,4	44,9	89,3	28,9
Nombre d'enfants vivants						
Aucun	58,9	50,0	17,8	38,4	62,0	59,2
1-2	68,0	68,8	40,6	52,8	79,3	47,6
3-5	77,3	71,5	44,4	56,7	86,5	51,0
6 et plus	73,9	68,7	44,6	56,3	87,8	37,5
Niveau d'instruction de l'enquêtée						
Sans instruction	60,6	48,7	32,4	36,0	78,3	41,5
Primaire	70,4	62,3	36,5	50,0	79,4	51,7
Secondaire et supérieure	71,9	76,5	45,6	67,4	85,4	57,9
Alphabétisme de l'enquêtée						
Alphabète	71,6	71,8	42,7	61,4	83,4	97,1
Analphabète	64,7	52,4	33,9	38,7	78,0	93,5

Caractéristiques	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Niveau d'instruction du partenaire[a]						
Sans instruction	57,1*	27,3*	0*	55,0*	69,8	44,0
Primaire	70,2	54,7	42,8	47,5	86,9	40,5
Secondaire	71,4	71,1	39,0	54,7	87,1	61,0
Supérieure	77,9	88,8	57,6	71,9	83,3*	50,0*
Ne sait pas/pas sûre	66,4	50,0	36,1	49,1	71,4*	80.0*
Etat d'emploi et type de profession						
Occupées	74,1	75,4	39,9	54,3	82,4	48,3
Prof. libérales et cadres supérieures	85,1	97,1	53,8	79,4	90,9*	76,2*
Commerçants	71,4	73,7	36,8	50,8	76,7	37,5*
Agriculteurs	64,3*	100,0*	43,4	54,8	81,6	47,4
Service/autre	76,0	66,7	44,4*	57,9*	100,0*	75,0*
Non occupées	66,7	63,2	37,7	50,4	64,7	53,6
Religion						
Catholique	72,2	69,3	41,9	55,9	81,3	49,5
Protestante	62,5	68,4	41,5	48,4	79,6	39,4
Autre	70,5	60,3	31,2	49,1	100,0*	64,7*
Résidence pendant l'enfance						
La même que maintenant	72.2	69.3	39.3	59.2	80,0	44,9
Autre centre urbain	68,0	74,0	37,5	50,0	83,3	52,6
Autre village	65,8	55,2	38,5	34,1	81,8	64,2

* Moins de 25 cas

(a) Femmes actuellement en union

de la femme ou le nombre d'enfants vivants. Toutefois, il n'en est pas de même pour le niveau d'instruction de la femme dont l'effet s'observe surtout à Lubumbashi et Kisangani. De même, quand la femme se déclare en union, le niveau d'instruction de son partenaire influe positivement sur le niveau d'utilisation de la contraception. A Kinshasa, par exemple, le niveau d'utilisation de la contraception passe de 57% chez les femmes en union dont le mari n'a jamais été à l'école, à 78% quand le partenaire a achevé 12 années d'étude ou plus.

Le tableau 5.8 montre encore une relation positive entre l'état d'emploi et la pratique de méthodes contraceptives, la femme qui travaille étant beaucoup plus susceptible d'avoir essayé la planification familiale. Chez la catégorie de femmes occupées, on n'observe pas d'uniformité dans la relation entre statut professionnel et utilisation de méthodes de planification familiale. Toutefois, les femmes exerçant des professions libérales et administratives ont une plus grande propension vers la contraception.

Le tableau 5.8 permet de constater qu'il n'y a pas de relation systématique, dans un sens ou dans un autre, entre la religion et la pratique de la contraception, bien qu'en ce qui concerne la planification familiale, les catholiques soient considérées plus ouvertes que les protestantes ou membres d'autres communautés religieuses. A Kinshasa, par exemple, 73% des catholiques ont pratiqué la contraception; ce résultat est à comparer avec 63% et 71%, respectivement, chez les protestantes et les membres d'autres dénominations religieuses.

Le tableau 5.8 indique également qu'un plus haut niveau d'utilisation de méthodes de planification familiale est associé à la résidence urbaine pendant l'enfance. A Kisangani, par exemple, chez les femmes qui durant leur enfance ont vécu en milieu urbain (à Kisangani même ou dans un autre centre urbain) 59% et 50%, respectivement ont utilisé au moins une méthode de contraception. Par contre le pourcentage tombe à 34% chez celles ayant vécu en milieu rural. Il faut toutefois admettre que cette relation n'est pas aussi clairement établie à Kananga et Vanga que dans les autres aires.

Notes

(1) Bertrand, Jane T., Bertrand, W. E. and Malonga, Miatudila, "The Use of Traditional and Modern Methods of Fertility Control in Kinshasa, Zaire," Population Studies Vol. XXXVII, No. 1 (March, 1983), pp. 129-136.

(2) Report on the PRODEF/TULANE Survey in Bas-Zaire New Orleans: November, 1982.

CHAPITRE VI

UTILISATION ACTUELLE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les informations sur la pratique de la planification familiale figurent parmi les données les plus importantes recueillies par l'EPC-Zaïre. Pour obtenir ces données, on a commencé par demander à toutes les enquêtées déclarant connaître au moins une méthode de planification si elles pratiquaient ou avaient pratiqué la contraception le mois antérieur afin d'éviter une grossesse (Questions 306 et 307). Ce procédé a permis d'identifier d'abord les utilisatrices de méthodes contraceptives. Celles-ci étaient ensuite soumises à toute une série de questions supplémentaires sur la durée d'utilisation, les ennuis possibles et leur désir éventuel de changer de méthode. Elles ont été aussi interrogées sur l'accessibilité aux sources d'approvisionnement. Cette partie du questionnaire couvre le type de sources d'approvisionnement, la distance, les moyens de locomotion et leur accessibilité.

Les non-utilisatrices devaient, pour leur part, répondre à des questions sur les raisons de non-utilisation et leur attitude sur la pratique de la contraception. D'autres sujets d'investigation traitaient de leur intention d'utiliser la planification familiale à l'avenir et leur méthode préférée au cas où elles se proposaient d'en adopter une.

Ce chapitre présente l'analyse de l'information obtenue grâce à l'EPC sur l'utilisation actuelle de la contraception au Zaïre. Il offre un aperçu général du niveau et des modalités de la planification dans les quatre centres urbains et les deux zones rurales. Ces données s'avèreront utiles, en tant qu'évaluation de base des progrès enregistrés au fur et à mesure que le programme de planification familiale du Zaïre continue d'étendre ses services à la population.

6.1 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

6.1.1 Niveau général de l'utilisation actuelle

Le niveau d'utilisation actuelle des méthodes contraceptives présente une grande variabilité dans les populations couvertes par l'EPC-Zaïre. Comme le montre le graphique 6.1, et considérant d'abord les centres urbains, le taux de prévalence contraceptive atteint sa plus grande valeur à Lubumbashi et à Kinshasa où 36% et 35% des femmes en union utilisent une méthode de planification familiale, respectivement. Pour Kisangani et Kananga, les chiffres correspondants sont 19% et 12%, respectivement.

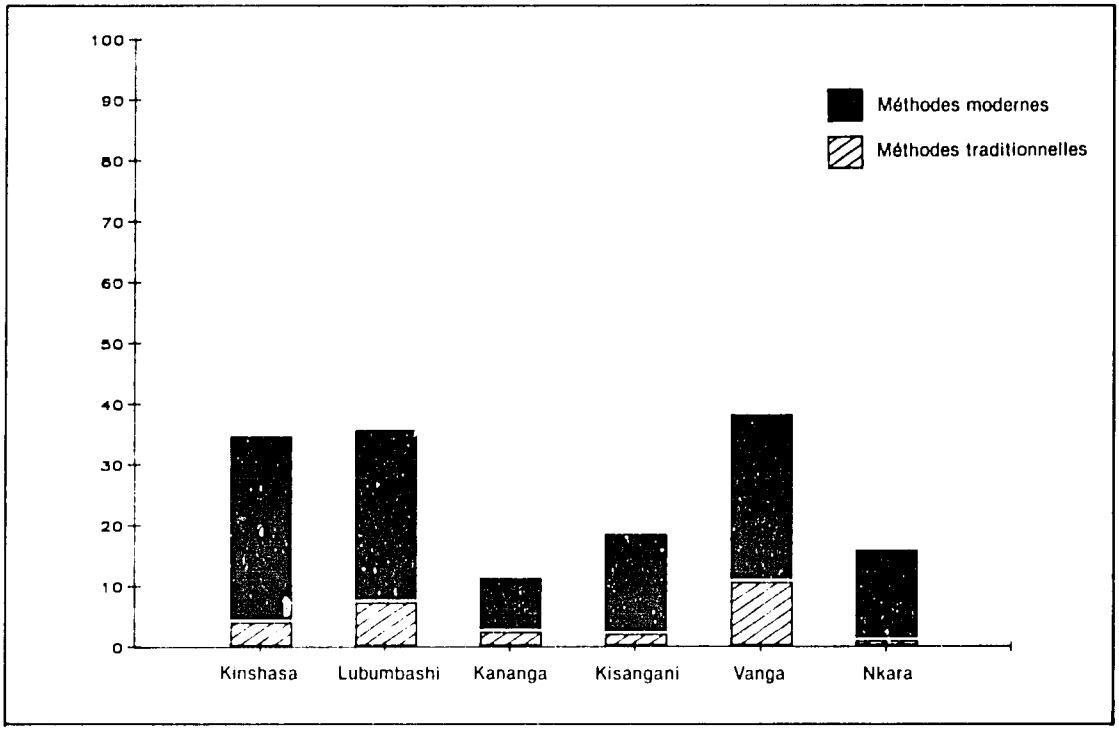
En outre, la planification familiale semble être plus répandue à Vanga que dans les quatre centres urbains. En effet, dans cette zone rurale, 38% des femmes en union ont déclaré utiliser une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Par contre, à Nkara, ce pourcentage est réduit de moitié, soit à environ 17%.

En ce qui concerne la méthode choisie, le graphique 6.1 révèle encore que le pourcentage de femmes utilisant une méthode moderne est le plus élevé à Vanga (11%), suivi de Lubumbashi (8%). A Kinshasa, Kananga, Kisangani ou Nkara, moins de 5% des femmes en union pratiquent la contraception moderne. Dans toutes les régions considérées, ces méthodes sont d'un usage moins fréquent que les méthodes traditionnelles. En fait les niveaux d'utilisation de ces dernières sont par ordre d'importance décroissante, 31% à Kinshasa, 28% à Lubumbashi, 27% à Vanga, 16% à Kisangani, 15% à Nkara et 9% à Kananga.

6.1.2 Utilisation actuelle des méthodes spécifiques

Dans les quatre centres urbains les utilisatrices se différencient beaucoup, quant aux méthodes spécifiques qu'elles utilisaient au moment de l'enquête (tableau 6.1). A Kinshasa, la méthode du calendrier,

GRAPHIQUE 6.1
NIVEAU DE L'UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION
SELON LE TYPE DE METHODE ET LE MILIEU DE RESIDENCE



utilisée actuellement par 14% des femmes en union, est la plus répandue. Après elle, viennent l'abstinence (9%), le retrait (7%), la pilule (1%) et l'injection (1%). A Lubumbashi, l'abstinence est la plus répandue (17%). Elle est suivie de la méthode du calendrier (9%), puis de la pilule (4%) et du D.I.U. (2%). Avec 7% des femmes un union, l'abstinence est encore la méthode la plus courante à Kananga, le calendrier et la stérilisation féminine venant en deuxième et troisième position avec, 2% et 1%, respectivement,. A Kisangani, la première place revient toujours à l'abstinence, pratiquée par 8% des femmes en union tandis que le retrait et le calendrier viennent en deuxième et troisième positions, avec, respectivement, 4% et 2% des femmes.

Cette variabilité observée au niveau de la méthode particulière de planification familiale chez les femmes urbaines est aussi présente en

TABLEAU 6.1 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES EN UNION AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON L'UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION ET LE MILIEU DE RESIDENCE

	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	971	633	669	752	329	451
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Utilise une méthode quelconque	34,8	35,8	11,3	18,3	38,1	16,9
Utilise une méthode moderne quelconque	4,2	7,6	2,6	2,3	10,9	2,1
Pilule	1,3	3,6	0,6	0,4	1,8	1,2
Condom	0,4	0,2	0,3	0,3	0,3	0
Méthodes vaginales	0,2	0,3	0	0	0	0
Injection	1,3	0,8	0,3	0,5	1,8	0,2
D.I.U.	0,6	1,6	0,1	0,7	0,9	0
Stéril. féminine	0,4	1,1	1,3	0,4	6,1	0,7
Stéril. masculine	0	0	0	0	0	0
Utilise une méthode traditionnelle quelconque	30,6	28,2	8,7	16,3	27,2	14,8
Calendrier	13,9	8,8	1,6	4,5	3,6	8,3
Abstinence	9,1	16,9	6,7	8,4	19,1	6,3
Retrait	6,9	1,4	0,4	2,5	4,5	0,2
Méthodes folkloriques	0,7	1,1	0	0,9	0	0
N'utilise aucune méthode	65,2	64,2	88,7	81,4	61,9	83,1

milieu rural. A Vanga, par exemple, 19% des femmes en union pratiquent l'abstinence, 6% la stérilisation féminine, 4% la méthode du calendrier et le retrait, et 2% la pilule et l'injection. A Nkara, la méthode du

calendrier vient en tête de liste, avec 8% des femmes, suivie de l'abstinence (6%) et de la pilule (1%).

6.2 FACTEURS DIFFERENTIELS DE L'UTILISATION ACTUELLE

Le tableau 6.2 permet d'apprécier dans quelle mesure des caractéristiques démographiques et socio-économiques peuvent rendre compte des variations dans l'utilisation actuelle de la contraception chez les femmes en union. En effet, ni l'âge ni le nombre d'enfants vivants ne semble introduire de différence systématique. Par contre, l'usage d'une méthode contraceptive est directement lié au désir d'avoir d'autres enfants. Les femmes ne désirant plus d'enfants ont davantage tendance à faire appel à la planification familiale que celles qui en désirent encore. On note partout cette tendance, sauf à Kinshasa et Nkara.

Dans l'ensemble, l'utilisation de la contraception varie aussi avec le niveau d'instruction de l'enquêtée, mais cet effet de l'instruction est beaucoup moins évident à Kananga que dans les autres régions. De même l'alphabétisme paraît être un facteur différentiel d'utilisation des méthodes contraceptives, les femmes alphabétisées étant plus ouvertes que les analphabètes à la pratique de la contraception.

A l'exception de Vanga et de Nkara où la grande majorité des femmes travaillent, le tableau 6.2 montre un faible lien entre la planification familiale et l'état d'emploi. A Kinshasa, par exemple, 37% des femmes travaillant au moment de l'enquête utilisent la contraception, contre 34% chez celles qui ne travaillent pas. Toutefois, chez les femmes qui travaillent, la relation constatée entre leur profession et le niveau d'utilisation d'une méthode n'est pas uniforme.

Le facteur religieux affecte aussi le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives. En effet, en milieu urbain on comptait plus d'utilisatrices chez les catholiques que chez les protestantes ou membres

TABLEAU 6.2 POURCENTAGE DE FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET PRATIQUANT LA CONTRACEPTION SELON QUELQUES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Caractéristiques	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	967	633	667	752	329	431
Ensemble	34,9	35,9	11,5	18,7	36,3	13,9
Age						
13-19 ans	38,9	34,6	9,4	20,0	34,8*	38,2
20-24 ans	39,9	36,3	11,3	19,4	40,5	17,6
25-29 ans	37,2	36,5	8,4	16,9	31,8	17,3
30-34 ans	28,6	44,0	6,8	23,1	37,3	15,7
35-39 ans	47,2	38,8	18,4	16,5	56,1	11,5
40-44 ans	21,4	16,6	20,0	14,4	37,3	13,4
45-49 ans	13,0	11,2*	10,3	21,1	25,0	8,6
Nombre d'enfants vivants						
Aucun	36,0	28,1	2,1	13,8	26,0	39,3
1-2 enfants	34,6	33,4	11,9	16,2	39,6	12,4
3-5 enfants	31,4	39,2	9,9	20,3	32,1	16,1
6 enfants et plus	40,8	39,5	18,3	25,4	48,2	13,4
Désire d'avoir d'autres enfants						
Désire plus d'enfants	36,3	30,8	8,6	15,3	36,5	17,4
N'en désire plus	33,4	50,0	23,2	24,4	47,1	13,3
Ne sait pas	27,3	33,8	10,5	27,1	0*	33,3*
Niveau d'instruction de l'enquêtée						
Sans instruction	21,7	25,4	10,6	10,9	36,0	13,4
Primaire	34,1	33,3	11,4	14,1	39,0	14,8
Secondaire ou supérieur	39,3	41,6	12,4	31,0	42,6	32,0

Caractéristiques	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Alphabétisme de l'enquêtée						
Alphabète	38,0	39,9	13,2	22,6	45,3	22,7
Analphabète	25,4	24,2	9,4	12,2	33,5	14,2
Niveau d'instruction du partenaire (a)						
Sans instruction	28,5*	18,2*	0*	15,0*	32,5	18,0
Primaire	28,7	26,7	16,9	17,2	41,0	10,8
Secondaire	37,5	36,7	8,6	17,5	37,4	23,2
Supérieure	41,0	54,6	27,3	41,2	50,0*	25,0*
Ne sait pas	30,2	23,1	9,2	15,1	14,3	40,0*
Etat d'emploi et type de profession						
Occupée	37,0	39,0	12,9	21,1	38,5	14,5
Prof. libérales et cadres supérieurs	52,6	32,1	9,1*	44,8	60,0*	27,3*
Commerçants	32,5	35,7	11,5	17,5	40,5*	27,3*
Agriculteurs	16,7*	0	10,7	17,9	37,2	13,3*
Service/autre	50,0*	40,0	0*	31,2*	25,0*	100,0*
Non occupée	33,8	34,2	10,2	17,1	39,1*	72,2*
Religion						
Catholique	36,5	37,6	14,0	23,9	35,0	17,2
Protestant	32,7	36,6	11,9	15,8	38,9	19,3
Autre	33,0	33,1	6,8	7,4	40,0*	0
Résidence depuis l'enfance						
La même que maintenant	37,4	36,9	12,9	21,7	38,9	16,9
(Autre) centre urbain	33,4	40,5	8,3	22,7	50,0*	9,7
(Autre) village	29,6	30,5	10,7	8,2	35,8	16,6

* Moins de 25 enquêtées

(a) Seulement pour les femmes actuellement en union

d'autres sectes religieuses, tandis qu'à Vanga et Nkara, on note l'inverse. Par ailleurs les différences imputables à la religion sont relativement plus importantes à Kananga et Kisangani que dans les autres aires. Le tableau 6.2 suggère encore que, à l'exception de Nkara, la pratique de la contraception est directement associée au milieu de résidence pendant l'enfance, les femmes qui durant leur enfance ont vécu en milieu urbain, présentent, par rapport à celles ayant vécu en milieu rural, une plus grande propension à la contraception.

6.3 UTILISATION CONTINUE

6.3.1 Utilisation passée et actuelle

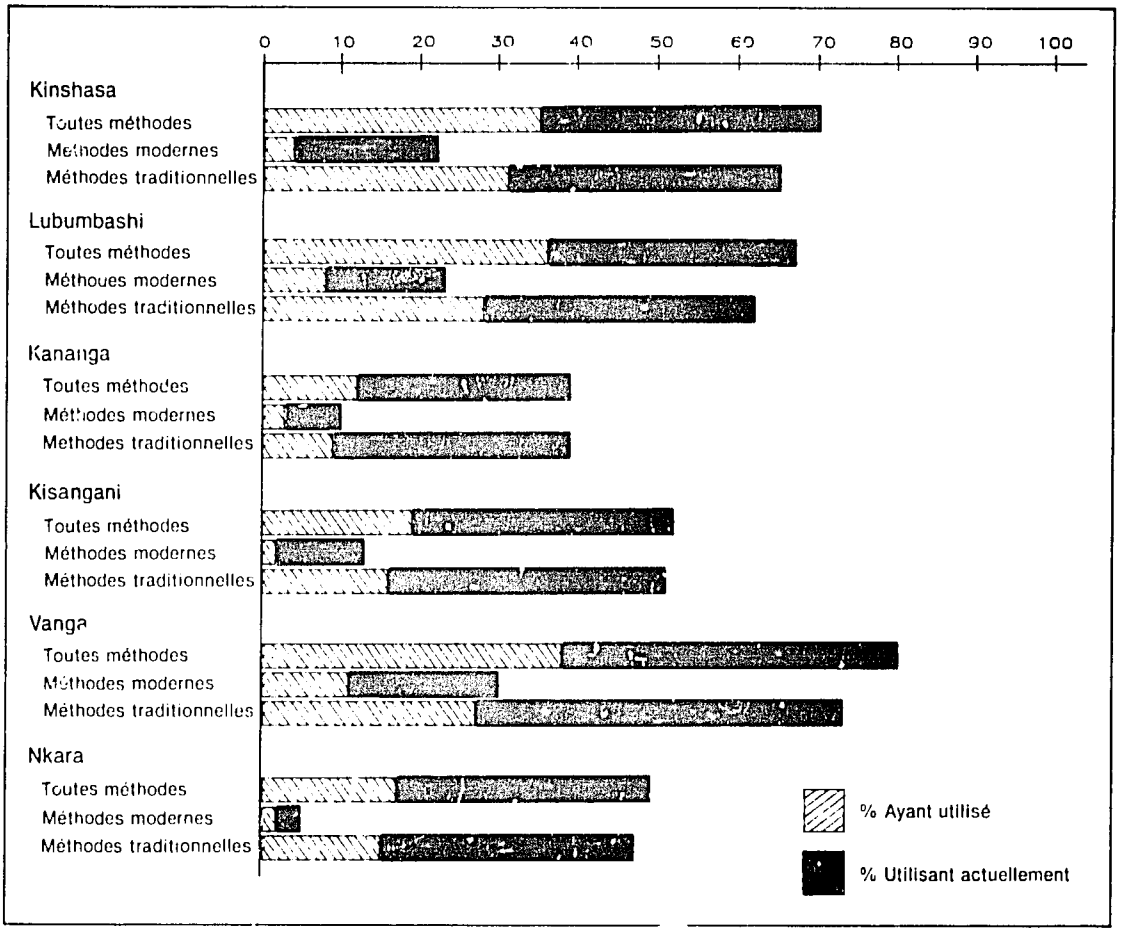
La comparaison des données sur la contraception montre qu'au moment de l'EPC-Zaïre, le taux d'abandon est très élevé. Par exemple, le graphique 6.2 montre qu'à Kinshasa, Lubumbashi et Vanga, environ une femme sur 2 utilise la contraception de façon continue, alors qu'à Kananga, Kisangani et Nkara, cette proportion est encore plus faible: environ 1 femme sur 3.

Chez les femmes ayant utilisé une méthode moderne, le taux d'abandon est plus élevé par rapport à celles ayant utilisé une méthode traditionnelle. En effet, pour les méthodes modernes, les quotients d'utilisation actuelle par rapport à l'utilisation passée varient de moins de 1/3 chez les résidentes de Lubumbashi, Kananga, Vanga et Nkara, à environ 1/6 chez celles de Kinshasa et Kisangani. Par contre, pour les méthodes traditionnelles, ces mêmes quotients passent de moins de 1/4 parmi les résidentes de Kananga à environ 1/2 parmi celles de Kinshasa et Lubumbashi.

6.3.2 Durée de l'utilisation actuelle de la contraception

Il ressort de la comparaison précédente que la femme Zaïroise ayant adopté une méthode de planification familiale tend le plus souvent à

GRAPHIQUE 6.2
COMPARAISON DES NIVEAUX DE L'UTILISATION PASSEE ET ACTUELLE DES METHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE PARMI DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON LE MILIEU DE RESIDENCE



l'abandonner, et ceci est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit des méthodes modernes. Une question adressée à celles qui pratiquent la contraception et leur demandant depuis quand elles utilisaient leur méthode sans interruption (Question 317) a permis de recueillir quelques indications sur la durée d'utilisation des méthodes en question. Toutefois, lors de la tabulation, les femmes qui ne présentaient pas une certaine constance dans l'utilisation d'une méthode contraceptive ont été éliminées des statistiques, la durée de l'emploi étant plus grande chez

celles qui persistent, à n'importe quelle période. Il en résulte donc une certaine surestimation de la durée moyenne de l'emploi de la contraception.

Le tableau 6.3 montre que, dans l'ensemble, les femmes pratiquant la contraception utilisaient leurs méthodes depuis 13 mois en moyenne, dans la zone de Vanga, contre 16 mois dans le centre urbain de Kisangani. En général, à l'exception de Kinshasa, quand la méthode employée est une méthode moderne, sa pratique, par rapport aux méthodes traditionnelles, remonte à bien plus loin. A Lubumbashi, par exemple, la durée moyenne d'utilisation des méthodes modernes est de 26 mois contre 12 mois pour les méthodes traditionnelles. A Kinshasa la situation se présente de façon légèrement différente: 16 mois pour les méthodes traditionnelles contre 15 mois pour les méthodes modernes. Ceci résulte du fait que la méthode du calendrier est employée pendant plus longtemps: 22 mois en moyenne contre seulement 10 mois pour les autres méthodes traditionnelles. Par rapport aux autres aires, c'est encore à Kinshasa que les femmes ont déclaré une plus courte durée d'utilisation des méthodes modernes. Il est possible que ces chiffres révèlent, dans cette région, une plus grande insatisfaction quant aux méthodes modernes et, subséquemment, un taux d'abandon plus important.

6.4 DEGRE DE SATISFACTION

6.4.1 Préférences en matière de méthodes

Les réponses aux questions sur le type de méthode et sur la préférence pour cette méthode sont un certain indicateur du degré de la satisfaction procurée par les méthodes contraceptives employées (Question 313). Le tableau 6.4, présentant la distribution des utilisatrices selon que la méthode adoptée est ou non leur méthode préférée, résume ces données. En général la majorité des femmes utilisent leur méthode préférée. Quant à celles qui se déclarent prêtes à changer de méthode ou qui veulent abandonner la planification familiale, elles sont

TABLEAU 6.3 DUREES MOYENNE ET MEDIANE D'UTILISATION CHEZ LES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET PRATIQUANT LA CONTRACEPTION SELON LE TYPE DE METHODE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Milieu de résidence	Durée d'utilisation (en mois)		
	Toutes les méthodes	Méthodes modernes	Méthodes traditionnelles
Milieu urbain			
Kinshasa			
Moyenne	15,6	14,9	15,9
Médiane	10,5	12,3	10,1
Lubumbashi			
Moyenne	14,5	25,5	11,6
Médiane	8,4	23,6	7,2
Kananga			
Moyenne	14,9	18,1	13,9
Médiane	8,0	15,5	7,3
Kisangani			
Moyenne	15,9	24,1	14,7
Médiane	8,4	13,0	8,2
Milieu rurale			
Vanga			
Moyenne	13,3	19,4	10,9
Médiane	6,4	12,2	5,2
Nkara			
Moyenne	12,0	24,0	10,3
Médiane	6,2	15,0	5,6

TABLEAU 6.4 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET PRATIQUANT LA CONTRACEPTION[a] SELON QUE LA METHODE EST LEUR METHODE PREFEREE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Méthode utilisée et méthode préférée	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Ensemble						
Effectif total	335	220	68	137	105	70
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Préfère la méthode actuelle	69,2	73,6	85,3	70,1	78,1	98,6
Préfère une autre méthode	29,0	25,5	11,8	20,4	17,1	0
Ne désire aucune méthode	1,8	0,9	2,9	9,5	4,8	1,4
Utilisant une méthode moderne						
Effectif total	38	41	9	14	16	8
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Préfère la méthode actuelle	84,2	87,8	88,9	57,2	93,8	100,0
Préfère une autre méthode	13,2	12,2	11,1	21,4	0	0
Ne désire aucune méthode	2,6	0	0	21,4	6,2	0
Utilisant une méthode traditionnelle						
Effectif total	297	179	59	123	89	62
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Préfère la méthode actuelle	67,3	70,4	84,7	71,5	75,3	98,4
Préfère une autre méthode	31,0	28,5	11,9	20,3	20,2	0
Ne désire aucune méthode	1,7	1,1	3,4	8,1	4,5	1,6

a. Les femmes stérilisées, non comprises.

minoritaires: passant de moins de 1% (Nkara) jusqu'à 31% (Kinshasa). Bien que dans certains cas le faible effectif des utilisatrices de méthodes modernes ne permette pas de tirer des conclusions définitives, le tableau 6.4 semble indiquer que sauf à Kisangani, ce sont les femmes utilisant une méthode moderne qui semblent être les plus satisfaites de la méthode qu'elles emploient.

6.4.2 Problèmes en cours d'utilisation

Le tableau 6.5 présente un autre indicateur de la satisfaction éprouvée par les utilisatrices. Il s'agit du pourcentage de femmes déclarant avoir eu des problèmes secondaires dues à la méthode utilisée. A l'exception de Lubumbashi où 11% des utilisatrices ont déclaré des effets secondaires, le pourcentage des insatisfaites dans les six autres régions se monte à moins de 10%. Le tableau 6.5 révèle aussi que cette forme d'insatisfaction s'accentue quand il s'agit des méthodes modernes, par rapport aux méthodes traditionnelles. Encore une fois, compte tenu du faible effectif des utilisatrices de contraceptifs modernes, il est difficile d'interpréter la signification de ces résultats.

TABLEAU 6.5 POURCENTAGE D'UTILISATRICES RAPPORTANT DES PROBLEMES SECONDAIRES DUS A LEUR METHODE SELON LE TYPE DE METHODE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Total	8,6	11,0	5,2	7,0	3,2	0
Utilisatrices des méthodes modernes	14,3	14,6	5,5	29,4	10,8	0
Utilisatrices des méthodes traditionnelles	7,7	10,0	6,0	4,1	0	0

6.5 PRATIQUE DE L'ABSTINENCE

De toutes les méthodes traditionnelles, l'abstinence, comme précédemment indiqué, est la méthode la plus en usage dans les zones couvertes par l'enquête, à l'exception toutefois de Kinshasa où cette première place revient à la méthode du calendrier. Le pourcentage des femmes en union pratiquant l'abstinence varie entre 6% à Nkara et 19% à

TABLEAU 6.6 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET PRATIQUANT L'ABSTINENCE SELON LA RAISON DONNEE POUR L'UTILISATION, LE TYPE D'ALCOVE, LA DUREE MOYENNE D'UTILISATION ACTUELLE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Raison donnée						
Effectif	88	107	45	63	65	29
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Eviter une grossesse	81,8	97,2	95,6	66,7	66,2	96,6
Tradition	18,2	2,8	4,4	33,3	32,[illegible]	3,4
Type d'alcôve						
Effectif total	88	107	45	63	65	29
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Lit conjugal	50,0	55,1	46,7	38,1	35,9	3,3
Couche séparée	31,8	29,0	44,4	36,5	51,6	76,7
Endroits différents	17,0	15,9	8,9	22,2	12,5	20,0
Autre	1,1	0	0	3,2	0	0
Durée d'utilisation actuelle (en mois)						
Effectif total	88	96	44	62	63	29
Moyenne	8,4	7,6	14,1	11,5	9,3	7,3
Médiane	4,6	5,3	7,7	5,5	7,5	3,7

Vanga (Voir tableau 6.1). Pour obtenir des informations supplémentaires sur les raisons d'utilisation de cette méthode, on a demandé aux femmes en union pratiquant l'abstinence au moment de l'enquête si cette pratique était coutumière après une naissance ou si elle traduisait un objectif purement anticonceptionnel (Question 310). Le pourcentage des femmes pratiquant l'abstinence dans le but précis d'éviter une nouvelle grossesse varie entre 66% à Vanga et Kisangani contre 97% à Lubumbashi et Nkara (tableau 6.6).

On demanda au même groupe de femmes si elles dormaient dans le même lit que leur conjoint, un lit séparé ou une chambre séparée (Question 311). Le tableau 6.6 indique qu'en zone rurale et dans deux des centres urbains (Kananga et Kisangani) la majorité de ces femmes adoptent la couche séparée, soit sous le toit conjugal, soit dans des endroits différents. A Kinshasa et Lubumbashi, au moins 50% adoptent le lit conjugal.

Par ailleurs, la durée d'utilisation de cette méthode traditionnelle présente une grande variabilité parmi les six zones couvertes par l'enquête. Les durées moyennes les plus courtes sont enregistrées à Nkara (7,3 mois) et Lubumbashi (7,6 mois). Kinshasa enregistre 8,4 mois et Vanga 9,3 mois. Tandis qu'à Kisangani et Kananga, elles sont respectivement de 11,5 mois et 14,1 mois.

6.6 DISPONIBILITE DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

En vue d'obtenir des informations sur la disponibilité des services de planification familiale, des questions spécifiques ont été adressées aux utilisatrices des méthodes contraceptives. Ces questions portaient sur les sources d'approvisionnement (Question 403), les moyens de transport (Question 405), le temps mis pour arriver aux sources (Question 404) et la perception de l'accessibilité aux sources. Bien que le faible effectif des utilisatrices de méthodes modernes, dans l'ensemble, limite la portée des conclusions découlant de ces données, les résultats donnent

néanmoins un aperçu sur l'accessibilité aux services de planification familiale dans les aires couvertes par l'EPC-Zaïre.

6.6.1 Sources des services

Le tableau 6.7 montre que les quatre centres urbains et les deux zones rurales présentent une grande variabilité, quant au type de source d'approvisionnement en méthodes de planification familiale. A Kinshasa, les utilisatrices s'approvisionnent aux hôpitaux ou cliniques dans la proportion de 60% et aux pharmacies dans la proportion de 21%. A Lubumbashi, les centres de santé et les pharmacies sont fréquentés dans la proportion de 44% et 33%, respectivement, alors que les médecins privés accueillent 19% de la clientèle. Cette dernière source est mentionnée par 38% des femmes de Kisangani, suivi par les hôpitaux ou cliniques (19%) et les pharmacies (19%). C'est aussi aux hôpitaux ou cliniques que s'approvisionnent la majorité des utilisatrices de Kananga (83%) et de Vanga (97%). Enfin, les sources ci-dessus mentionnées

TABLEAU 6.7 REPARTITION EN POURCENTAGE DES UTILISATRICES DES METHODES SELON LE TYPE DE SOURCES D'APPROVISIONNEMENT ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Sources d'Approvisionnement	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	42	48	18	16	35	8
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hôpital/Clinique	59,5	43,8	83,3	18,8	97,1	37,5
Dispensaire publique	7,1	0	5,6	12,5	0	0
Dispensaire d'Eglise	2,4	0	0	12,5	0	37,5
Médecin privé	4,8	18,8	0	37,5	2,9	0
Pharmacie	21,4	33,3	5,6	18,8	0	12,5
Autre	4,8	4,2	5,6	0	0	12,5

(hôpitaux, cliniques) ainsi que les dispensaires d'églises desservent chacun 75% des femmes de Nkara.

6.6.2 Accessibilité aux services

Le tableau 6.8 propose plusieurs indicateurs de l'accessibilité aux services de planification familiale. En ce qui concerne le transport, la majorité des femmes urbaines déclarent utiliser un moyen de locomotion. Par contre, en milieu rural, comme on pouvait s'y attendre étant donné la rareté des moyens de locomotion, la majorité des utilisatrices se rendent à pied à leurs sources d'approvisionnement. La durée du trajet déclarée varie grandement dans les six zones. Selon 83% des femmes de Kisangani, 62% de celles de Lubumbashi, 53% de celles de Kinshasa et seulement 17% de celles de Kananga, il faut tout au plus 30 minutes pour arriver aux sources. Par contre, en milieu rural, les centres d'approvisionnement sont tout au plus 30 minutes de marche pour 42% des femmes de Vanga et pour 60% de celles de Nkara.

Les durées moyennes du trajet aux sources d'approvisionnement sont, selon toute attente, plus grandes en milieu rural; en effet, de Vanga et de Nkara les points d'approvisionnement sont en moyenne à 83 minutes et 72 minutes respectivement. En milieu urbain, il y a plus de différences, les trajets variant de 29 minutes à Kisangani à 79 minutes à Kananga. Ces données font ressortir qu'en milieu urbain les femmes sont desservies par des sources d'approvisionnement situées en dehors de leur voisinage immédiat. On ne peut dire dans quelle mesure cette situation est due à un choix délibéré ou à la non disponibilité de services de planification familiale dans la vicinité.

Bien que la durée moyenne du trajet aux sources d'approvisionnement dépasse ce qu'on pourrait considérer comme optimum, tant en milieu urbain qu'en milieu rural, la majorité des utilisatrices ne semblent pas considérer la distance comme un problème majeur. Le tableau 6.8 montre que les pourcentages de ce groupe considèrant leur sources

d'approvisionnement d'accès facile varient entre 72% à Kananga et 100% à Vanga.

TABLEAU 6.8 REPARTITION EN POURCENTAGE DES UTILISATRICES SELON LE TYPE DE TRANSPORT, LE TEMPS MIS POUR SE RENDRE A LA SOURCE, LA PERCEPTION DE L'ACCESSIBILITE AUX SOURCES D'APPROVISIONNEMENT ET LE MILIEU DE RESIDENCE

	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Type de Transport						
Effectif total	42	48	18	16	35	8
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
A pied	33,3	29,8	27,8	35,5	100,0	62,5
Autre moyen	66,7	70,2	72,2	64,7	0	37,5
Temps de déplacement à la source						
Effectif total[a]	34	45	18	12	35	5
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
15 minutes ou moins	32,4	24,4	11,1	58,3	32,3	40,0
16-30 minutes	20,6	37,8	5,6	25,0	9,7	20,0
31-60 minutes	29,4	22,2	44,4	0	16,7	20,0
61 minutes et plus	17,6	15,6	38,9	16,7	41,9	20,0
Moyenne (en minutes)	51	44	79	29	83	72
Perception de l'accès						
Effectif total	42	45	18	12	35	8
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Parfois difficile/ difficile	7,1	6,4	22,2	0	0	12,5
Facile	88,1	93,6	72,2	82,4	100,0	87,5
Ne sait pas	4,8	0	5,6	17,6	0	0

a Non compris les femmes ayant répondu "Ne sait pas" ou "N'est pas sûre"

6.7 NON-UTILISATRICES

Comme indiqué au tableau 6.3, les pourcentages de femmes en union et ne pratiquant pas la contraception au moment de l'enquête oscillent entre 62% à Vanga et 89% à Kananga. Beaucoup de non-utilisatrices actuelles ont été utilisatrices quelquefois dans le passé. Le tableau 6.2 suggère que les pourcentages de femmes n'ayant jamais utilisé une méthode contraceptive varient de 32% à Vanga, à 69% à Kananga.

Dans les sections qui vont suivre seront analysées les raisons alléguées par les non-utilisatrices, leurs attitudes vis-à-vis de la planification familiale et leur intention de la pratiquer ou non à l'avenir.

6.7.1 Raisons de la non-utilisation

Le tableau 6.9 présente la répartition des femmes en union, non enceintes et connaissant au moins une méthode de planification familiale selon la raison principale pour laquelle elles n'en utilisent pas. En zone urbaine tant qu'en zone rurale, les femmes ne pratiquent pas la contraception par manque d'intérêt ou parce que le besoin ne s'en fait pas sentir. Les pourcentages de femmes alléguant l'intention bien arrêtée, soit par désir d'avoir d'autres enfants, soit par manque d'intérêt, varient de 24% à Vanga, à 58% à Kisangani. Quant aux femmes n'éprouvant pas de besoin contraceptif, et la raison donnée pour cela étant souvent l'allaitement au sein, l'inactivité sexuelle et la sous-fertilité, leur nombre varie, en pourcentage, de 56% à Vanga à 15% à Kisangani.

Les problèmes liés aux méthodes de planification familiale, c'est-à-dire la crainte des effets secondaires et les difficultés d'approvisionnement ou d'application des modes d'emploi semblent être cités surtout à Kinshasa, Lubumbashi et Kisangani, comme des raisons pour lesquelles les femmes s'abstiennent de la contraception. Dans l'ensemble, les pourcentages de femmes alléguant ces raisons varient de

seulement 8% à Kananga à 21% à Kisangani. Enfin, au niveau des six régions, les cas où la planification familiale rencontre la désapprobation du conjoint ou va à l'encontre des principes religieux, ne dépassent pas les 5%.

TABLEAU 6.9 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 15 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION, NON ENCEINTES ET CONNAISSANT UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE SELON LA RAISON PRINCIPALE DE NON-UTILISATION ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Raison de non-utilisation	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	390	291	433	403	143	269
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Peur des effets secondaires	8,5	8,6	5,1	4,0	6,3	3,0
Difficultés dans l'approvisionnement ou l'utilisation	8,5	9,6	3,2	16,9	4,9	1,5
Désapprobation du mari	2,8	1,7	4,2	1,7	-	0,7
Croyances religieuses	3,3	5,2	4,8	1,5	-	1,1
Manque d'intéret	14,6	23,7	12,0	16,1	7,0	12,3
Désir d'avoir d'autres enfants	23,3	29,2	33,5	41,9	17,5	33,1
Allaitement	11,8	10,0	19,6	7,4	23,8	17,8
Infertilité/ inactivité sexuelle	19,0	7,9	15,5	7,4	32,2	6,7
Autres	8,2	4,1	2,1	3,0	8,4	23,8

6.7.2 Approbation de la planification familiale

Dans quelle mesure les utilisatrices manifestent-elles une attitude positive au sujet de la planification familiale? Voilà une question sur laquelle l'unanimité est loin d'être réalisée au niveau des six zones. Comme indiqué au tableau 6.10, la plupart des femmes en union, au courant des méthodes de planification familiale, mais n'en utilisant pas au moment de l'enquête, se montrent favorables à la contraception. Toutefois, la mesure de l'approbation, exprimée en pourcentage de femmes en faveur de la contraception présente une grande variabilité, passant de 55% à Lubumbashi à 95% à Vanga.

TABLEAU 6.10 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE ET NE PRATIQUANT PAS LA CONTRACEPTION SELON L'APPROBATION DE PLANIFICATION FAMILIALE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	518	391	521	512	187	337
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Approuvent la planification familiale	72,4	55,2	80,0	64,6	95,2	86,9
Désapprouvent la planification familiale	23,6	41,7	18,0	27,3	4,3	5,9
Changent d'opinion selon les circonstances	1,5	2,0	1,9	5,3	0	4,7
Incertaines	2,5	1,0	0	2,7	0,5	2,4

6.7.3 Les raisons de l'approbation de la planification familiale

Une liste de raisons jugées de nature à encourager une attitude favorable à la planification familiale fut proposée aux non-utilisatrices se déclarant d'accord (accord de principe ou accord conditionnel) avec la contraception et il leur fut en outre demandé d'indiquer la raison qui, sous ce rapport, leur paraissait la plus importante (Question 327A). Le tableau 6.11 révèle qu'à Kinshasa, plus que dans les autres régions, le poids économique que constitue l'éducation des enfants semble être le facteur déterminant dans le recours à la contraception. En effet, 61% des femmes vivant dans ce centre urbain ont cité comme facteurs déterminants le bien-être matériel de la famille, l'impossibilité de prendre soin de tous les enfants ou l'impossibilité présente et future d'élever l'enfant. Dans les autres aires les pourcentages de femmes alléguant ces raisons varient de seulement 27% à Kisangani à 42% à Vanga.

Pour beaucoup de non-utilisatrices, la santé de la mère, comme facteur justifiant la pratique de la contraception est encore plus importante que les raisons d'ordre purement économiques; les effectifs de femmes se rangeant sous cet avis varient de 28% à Kisangani à 59% à Lubumbashi. Une minorité non négligeable (30% à Kisangani et moins de 10% dans les autres aires) se déclare en faveur de la contraception, surtout lorsque la famille a déjà atteint sa taille désirée. Enfin, 26% des enquêtées de Nkara sont sensibilisées par la contribution que peut apporter la planification familiale au bonheur de la famille. Toutefois, ni la capacité de travail dont bénificie la mère, ni la liberté offerte au couple de participer à des activités autres que celle d'élever des enfants, ni même les avantages découlant pour le Zaïre d'une diminution de la croissance de la population ne semblent constituer des facteurs importants de nature à favoriser la diffusion de la planification familiale chez les non-utilisatrices se déclarant en faveur de la contraception.

TABLEAU 6.11 DISTRIBUTION DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET APPROUVANT[a] L'UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE SELON LA RAISON PRINCIPALE DE PRATIQUER LA CONTRACEPTION (DONNEES OBTENUES AVEC L'AIDE DE L'ENQUETRICE) ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Raison de pratiquer la contraception	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	375	216	417	331	178	293
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
La santé de la mère	33,1	58,8	48,4	27,5	44,9	31,1
Impossibilité de prendre soin de tous les enfants	39,7	19,4	24,7	15,7	18,0	14,7
Bien-être matériel de la famille en jeu	13,9	5,6	7,0	4,8	15,2	15,4
Impossibilité présente et future d'élever l'enfant	7.5	7.4	8.2	7.3	9.0	6.4
La planification familiale contribue au bonheur de la famille	1,3	2,3	3,6	11,5	5,1	25,6
Nombre désiré d'enfants obtenu	1,6	3,2	4,6	29,9	6,7	2,7
Possibilité de travailler pour la mère	1,6	1,4	1,0	1,8	0,6	0
Possibilité pour le couple d'avoir d'autres activités que celle d'élever des enfants	1,1	1,9	0,5	0,6	0,8	0
Décroissance de la population sert l'intérêt national	0,3	0	2,2	0,9	0	4,4

a Y compris celles qui ont donné une approbation conditionnelle

6.7.4 Les raisons de la désapprobation de la planification familiale

Les non-utilisatrices se déclarant contre la contraception ont d'abord été interrogées sur les raisons de leur désapprobation. Il leur

TABLEAU 6.12 DISTRIBUTION DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET DESAPPROUVANT L'UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE SELON LA RAISON PRINCIPALE DE NE PAS PRATIQUER LA CONTRACEPTION (INFORMATION OBTENUE SPONTANEMENT SANS L'AIDE DE L'ENQUETRICE) ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Raison de la désapprobation de la planification familiale	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	118	162	92	139	7	19
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Les méthodes sont nocives à la santé	56,8	27,2	21,7	42,4	71,4	52,6
Les méthodes empêchent la procréation future	0	1,9	1,1	1,4	0	18,8
Les méthodes sont inéfficaces/elles interfèrent dans le plaisir sexuel	0,8	0	3,3	0	0	0
Les méthodes vont à l'encontre de la volonté de Dieu/ défendues par la religion	18,6	47,0	41,3	31,6	14,3	0
Elles sont désapprouvées par le partenaire	0	0,6	3,3	0,7	0	0
La taille désirée de la famille n'est pas encore atteinte	23,7	22,3	28,3	21,6	14,3	26,3
Autre	0	1,2	1,1	2,2	0	5,3

fut proposé une liste de causes ayant pour effet d'écarter les couples de la planification familiale, et desquelles elles devaient retenir la plus importante (Question 326). Le tableau 6.12 montre que dans les six aires les réponses spontanées sont aussi variées. Par exemple, 22% des femmes de Kananga, contre 71% de celles de Vanga sont opposées à la contraception par ce qu'elles la considèrent dangereuse pour la santé de la femme.

Le facteur religieux, bien que sans effet à Nkara, est important dans les autres aires. En effet, sa force inhibitive est reconnue par 14% des femmes de Vanga contre 47% de celles de Lubumbashi. Enfin dans beaucoup de cas où la femme désapprouve la planification familiale, elle donne une raison personnelle, à savoir qu'elle n'a pas encore réalisé la taille idéale de la famille. C'est le cas par exemple pour 14% des non-utilisatrices de Vanga et de 28% de celles de Kananga.

L'aide de l'enquêtrice dans le rappel des méthodes contraceptives ne semble pas influer sur les raisons retenues par les non-utilisatrices à l'appui de leur désapprobation (Question 327B). Comme indiqué au tableau 6.13, les effets nocifs sur la santé, et les interdits moraux ou religieux, continuent à être, dans la plupart des regions, les raisons principales alléguées contre le recours à la planification familiale. Toutefois, pour 55% des non-utilisatrices de Kisangani désapprouvant la contraception, la raison principale est exprimée dans la remarque "mieux vaut avoir une famille nombreuse." Dans les autres aires, la fréquence de cette réponse varie de 5% à Nkara à 25% à Vanga.

6.7.5 Intentions concernant l'utilisation future de la contraception

Les non-utilisatrices au courant d'au moins une méthode contraceptive furent interrogées sur leur intention d'en utiliser une à l'avenir (Question 232). Les pourcentages de réponses positives, varient de 50% à Kananga à 78% à Vanga. Ceux-ci semblent dépendre, comme indiqué au tableau 6.14, de la mesure dans laquelle la femme a pratiqué la contraception dans le passé.

L'investigation auprès des femmes affirmant leur intention d'utiliser la planification familiale à l'avenir s'est poursuivie avec une question sur le type de méthode envisagée. A l'exception de Kananga, la majorité des enquêtées se sont prononcées pour une méthode moderne (voir tableau 6.15). Dans l'ensemble, les effectifs de non-utilisatrices se proposant d'adopter une méthode moderne varient de 42% à Kananga, à 70% à Vanga. Par contre les utilisatrices potentielles de méthodes traditionnelles varient de 29% à Kinshasa à 56% à Kananga et Nkara. Les méthodes modernes préférées sont la pilule, l'injection et la stérilisation

TABLEAU 6.13 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET DESAPPROUVANT L'UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE SELON LA RAISON PRINCIPALE DE NE PAS PRATIQUER LA CONTRACEPTION (INFORMATION OBTENUE AVEC L'AIDE DE L'ENQUETRICE) ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Raison principale de ne pas pratiquer la contraception	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	122	163	94	140	7	20
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Contre la religion	12,7	49,7	53,2	15,0	0	5,0
Contre la moralité	10,7	3,1	6,4	4,3	37,5	20,0
Nocif à la santé	50,8	14,1	6,4	15,7	26,0	45,0
Difficile à utiliser	3,3	4,3	9,6	1,4	0	10,0
Désapprobation du partenaire	1,6	2,5	14,9	5,0	0	0
Coûteux	0	1,2	3,2	0,7	12,5	5,0
Famille nombreuse préférable	12,3	20,2	6,4	55,0	25,0	5,0
Profite au pays	4,1	4,9	0	2,9	0	10,0

féminine; quant aux méthodes traditionnelles, elles sont l'abstinence et le calendrier.

6.8 BESOIN D'AUGMENTER LES SERVICES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes actuellement en union qui sont exposées au risque de grossesse et qui n'emploient aucune méthode contraceptive sont considérées, par définition, comme nécessitant les services immédiats de la planification familiale, dans le cas où elles ne veulent pas d'autres enfants ou désirent attendre au moins un an avant leur prochaine

TABLEAU 6.14 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION, CONNAISSANT AU MOINS UNE METHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE ET NE PRATIQUANT PAS LA CONTRACEPTION SELON L'INTENTION D'EN UTILISER UNE A L'AVENIR ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Utilisation passée d'une méthode et intention d'en utiliser une à l'avenir	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	518	391	521	512	186	336
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
A utilisé dans le passé						
A l'intention d'en utiliser	42,7	37,1	24,2	32,6	65,1	27,1
N'a pas l'intention d'en utiliser	19,7	12,0	11,5	16,6	17,2	15,8
Incertaine	4,6	1,5	0,4	3,8	0	0
N'a jamais utilisé						
A l'intention d'en utiliser	14,7	21,2	25,9	21,1	13,4	24,1
N'a pas l'intention d'en utiliser	15,8	24,3	37,6	24,8	4,3	33,0
Incertaine	2,5	3,8	0,4	2,9	0	0

grossesse. Les données de l'EPC peuvent servir à explorer le niveau des besoins existants de planification familiale parmi ce groupe de femmes.

Le tableau 6.16 examine le niveau d'exposition des femmes actuellement en union, dans les six régions couvertes par l'EPC. Il indique que c'est à Kananga que la proportion des femmes qui ne sont pas exposées, dans l'immédiat, au risque de grossesse est la plus élevée avec

TABLEAU 6.15 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION N'UTILISANT PAS LA CONTRACEPTION ET AYANT L'INTENTION DE L'UTILISER A L'AVENIR SELON LA METHODE PREFEREE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Méthode préférée	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	334	249	265	300	146	172
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Une méthode moderne quelconque	60,3	51,4	41,9	59,6	69,9	44,1
Pilule	24,0	20,5	16,6	19,0	37,0	18,6
Condom	2,1	1,6	1,5	3,7	4,0	1,2
Méthodes vaginales	1,5	3,[illegible]	1,5	0,3	0	1,7
Injection	18,0	13,3	8,7	10,0	17,8	9,3
D.I.U.	8,1	1,2	3,0	2,3	4,1	2,3
Stérilisation fém.	6,6	10,4	10,6	24,3	6,8	11,0
Stérilisation masc.	0	0,8	0	0	0	0
Avortement	0	0,4	0	0	0	0
Une méthode traditionnelle quelconque	28,8	40,2	56,6	32,0	30,1	55,8
Calendrier	15,0	15,3	12,1	18,3	6,8	30,8
Abstinence	7,2	18,1	41,5	5,0	19,2	23,3
Retrait	5,4	4,4	3,0	3,0	4,1	1,7
Autre	1,2	2,4	0	5,7	0	0
Incertaine	11,1	8,4	1,5	8,3	0	0

39%, dont 14% déclarent être déjà enceintes et 25% dans l'impossibilité physique de devenir enceintes. Parmi les cinq autres régions, la proportion non exposée au risque de grossesse varie de 26% à Kinshasa et Lubumbashi à 31% à Vanga et Nkara.

Le tableau 6.16 nous montre la distribution des femmes actuellement en union et exposées au risque de grossesse, selon qu'elles utilisent ou

TABLEAU 6.16 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION SELON L'ETAT D'EXPOSITION ET DE PRATIQUE, ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Niveau d'exposition et niveau d'emploi	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	971	634	668	753	330	432
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Femmes exposées	74,0	73,7	60,6	72,6	69,4	78,6
Utilisant la planification familiale	34,9	35,8	11,5	18,6	38,2	16,9
Méthode moderne	4.3	7.6	2.7	2.3	10.9	2.1
Méthode traditionnelle	30,6	28,2	8,8	16,3	27,3	14,8
N'utilisant pas la p. f.	39,1	37,9	49,1	54,0	31,2	51,7
Femmes non exposées	25,8	26,1	39,3	27,3	30,6	31,2
Actuellement enceintes	14,9	16,4	14,5	15,7	14,2	15,5
Stériles ou ménopausées	10,9	9,7	24,8	11,6	16,4	15,7
Condition non déclarée	0,2	0,2	0,1	0,1	-	0,2

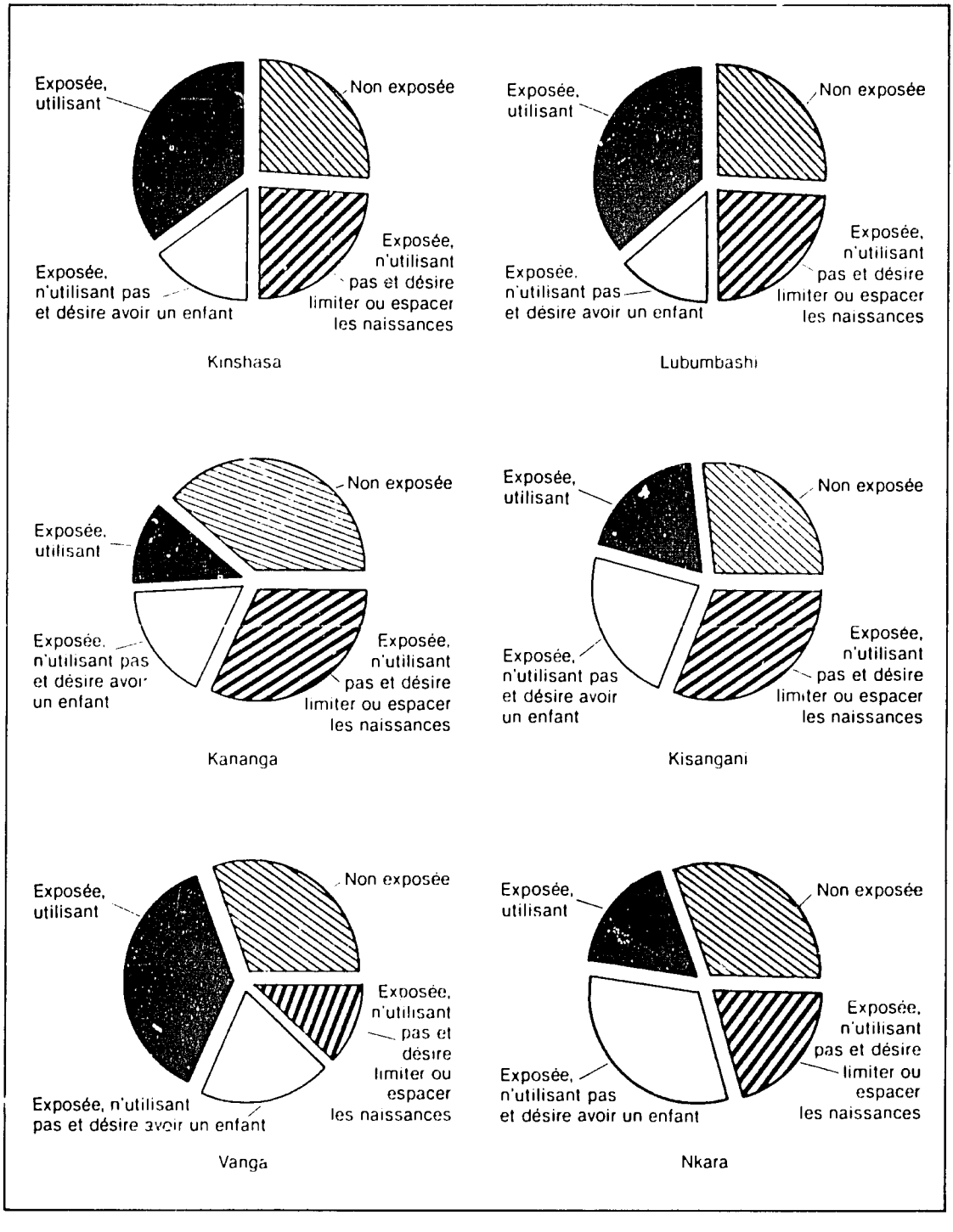
non de la planification familiale. Le groupe exposé au risque de grossesse et n'utilisant pas les services de planification familiale se révèle proportionnellement bien supérieur à Kisangani, Kananga et Nkara que dans les trois autres régions. Dans l'ensemble, la proportion des femmes actuellement en union qui sont exposées et n'utilisent aucune méthode contraceptive, varie de 31% à Vanga à 54% à Kisangani.

Le tableau 6.17 présente la distribution des femmes actuellement en union qui sont exposées au risque de grossesse et qui n'emploient aucune méthode de planification familiale, selon leur désir de limiter le nombre de naissances c'est-à-dire qu'elles ne veulent pas avoir d'autres enfants), de les espacer (c'est-à-dire qu'elles désirent un intervalle d'au moins un an entre la dernière naissance et la prochaine), ou bien selon leur désir d'avoir un autre enfant immédiatement, ou selon leur incertitude en ce qui concerne la dimension désirée pour leur famille. Pour les quatre régions urbaines, le tableau indique que, parmi les femmes exposées au risque de grossesse et sans protection contraceptive,

TABLEAU 6.17 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS ACTUELLEMENT EN UNION ET N'UTILISANT PAS LA PLANIFICATION FAMILIALE SELON L'EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE, LE DESIR DE LIMITER OU D'ESPACER LES NAISSANCES ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Désir de limiter ou d'espacer les naissances	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	379	241	327	407	103	223
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Désirant limiter	13,7	9,1	1,2	19,9	7,8	6,7
Désirant espacer	23,7	28,6	33,6	22,4	55,3	54,7
Désirant avoir un autre enfant immédiatement/Incertaines	62,5	62,2	65,1	57,7	36,9	38,6

GRAPHIQUE 6.3
REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION SELON L'ETAT D'EXPOSITION, L'ETAT DE PRATIQUE, LE DESIR DE LIMITER OU D'ESPACER LES NAISSANCES ET LE MILIEU DE RESIDENCE



quatre sur dix bénéficieraient de l'assistance de la planification familiale pour voir se réaliser leurs souhaits de limiter le nombre d'enfants ou d'espacer la prochaine naissance. On remarquera que la proportion des femmes étant exposées au risque de grossesse et qui n'utilisent pas de méthode contraceptive, nécessitant par conséquent les services de la planification familiale, est plus élevée dans les régions rurales que dans les régions urbaines. Ceci est dû principalement au fait que les femmes rurales ont un intérêt beaucoup plus grand que les femmes urbaines à espacer les naissances. Dans l'ensemble, parmi les femmes de Nkara et Vanga qui sont exposées et n'utilisent pas la contraception, environ six sur dix ont besoin de la planification familiale.

Le graphique 6.3 résume l'information obtenue sur l'état d'exposition et de pratique, et le désir de limiter ou d'espacer les naissances, ceci pour les femmes actuellement en union, dans les six régions couvertes par l'EPC. Le graphique indique que la proportion des femmes actuellement en union et nécessitant les services de la planification familiale varie dans l'ensemble de 14% à Lubumbashi à 23% à Kisangani, pour les quatre régions urbaines, et de 20% à Vanga à 32% à Nkara, pour les régions rurales.

Les données obtenues indiquent qu'il faudrait augmenter les services de planification familiale dans les six régions couvertes par l'EPC. La difficulté consiste à transformer ce besoin en demande active.

CHAPITRE VII

SANTE DES JEUNES ENFANTS ET DE LA MERE

La santé, ainsi que la définit l'Organisation Mondiale de la Santé "est un état d'un complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en absence de maladie ou d'infirmité." Ceci est bien entendu une définition plus large que l'EPC-Zaïre n'avait intention d'appréhender dans toute sa dimension. Néanmoins, l'information provenant de l'enquête rend possible l'analyse d'un certain nombre de facteurs directement associés à la santé de la population vivant dans les six zones échantillons. Ce chapitre aborde des questions relatives à l'état de santé des jeunes enfants et de la mère tandis que les chapitres suivants porteront sur la disponibilité et l'utilisation des services sanitaires par l'ensemble de la population.

7.1 SANTE DES ENFANTS

L'EPC-ZAIRE a réservé un volet à la santé des enfants de moins de 5 ans (section VII). La présente section analyse les résultats des réponses recueillies. Une restriction suivait enfin: il ne doit s'agir que d'un enfant biologique pour la femme éligible et dont la présence dans le ménage au moment de l'enquête est effective. De ce fait, tous les enfants de moins de 5 ans présents dans le ménage, mais n'y ayant pas leur mère propre sont exclus. Certes, cela aboutit à une légère sous-estimation de la population des enfants malades au niveau de l'ensemble de l'échantillon. C'est notamment le cas pour les filles-mères en milieu urbain qui, dans certaines régions, laissent même les bébés à leurs grand-mères. Exclusion faite de ce dernier cas, on croit que l'information se révèle relativement suffisante et de bonne qualité parce que obtenue d'une manière directe. Par surcroît, elle provient de la personne la plus en vue pour les soins maternels.

7.1.1 Age et sexe

Le tableau 7.1 présente la distribution par âge et sexe des enfants de moins de 5 ans éligibles à la Section VII du questionnaire de l'EPC. La mauvaise déclaration de l'âge ne semble pas revêtir une proportion inquiétante, en dépit de l'évidence de la surestimation du nombre d'enfants de moins de 12 mois, particulièrement à Lubumbashi et Kisangani et, dans une certaine mesure à Vanga. Dans les centres urbains, spécialement à Kinshasa, l'idée de la surestimation du nombre d'enfants de 48 à 59 mois n'est peut-être pas non plus à écarter.

TABLEAU 7.1 REPARTITION EN POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SELON L'AGE, LE SEXE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Age et sexe	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	937	711	701	754	390	512
Age (en mois)						
Effectif total	937	711	701	754	390	512
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moins de 12 mois	21,6	31,9	21,5	27,7	25,6	22,9
12 à 23 mois	21,3	19,3	21,7	16,6	17,2	21,1
24 à 35 mois	19,7	18,6	20,8	21,2	19,7	18,0
36 à 47 mois	16,5	14,6	17,3	17,0	19,7	19,3
48 à 59 mois	18,8	15,6	18,7	17,6	17,7	18,7
Sexe						
Effectif total	937	711	701	754	390	512
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Garçons	48,5	52,7	49,6	49,7	48,1	51,3
Filles	51,5	47,3	50,4	50,3	51,9	48,7

En ce qui concerne la répartition par sexe des enfants de moins de 5 ans (Question 705), il semble se manifester un partage égal en Kananga et Kisangani. A Kinshasa et à Vanga, le pourcentage de filles excède légèrement celui de garçons; à Lubumbashi et à Nkara, c'est le contraire.

7.1.2 Incidence de quelques maladies infantiles et leur traitement

Pour se faire une idée sur l'incidence de certaines maladies infantiles des enfants de moins de 5 ans, l'EPC-ZAIRE a inseré dans le module VII une série de questions qui permettent de déterminer la nature des maladies et les types de traitement appliqués (Question 704 à 712).

Diarrhée

Les résultats du tableau 7.2 montrent que la proportion d'enfants ayant souffert de la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'interview varie beaucoup entre centres. Kananga et Nkara connaîtront plus de cas de diarrhée que Vanga, Lubumbashi, Kinshasa et, surtout, Kisangani (graphique 7.1). La grande variabilité du nombre de cas de diarrhée déclarés peut être imputée au fait que cette maladie présente des variations saisonnières et que l'EPC a été conduite, dans les six zones échantillons, à des saisons différentes de l'année. Dans certaines aires, spécialement à Kananga et Nkara, les résultats ont dû aussi être gonflés, soit parce que les enquêtées ont rapporté des cas de diarrhée survenus en dehors de la période de référence (c'est-à-dire plus de deux semaines avant l'interview), soit parce que, se méprenant sur la définition, elles ont fait référence à des enfants qui en fait ne présentaient pas les symptômes de diarrhée, du point de vue de l'EPC (1). Ces données fournissent toutefois une certaine mesure de l'incidence de cette maladie dans les aires couvertes par l'enquête.

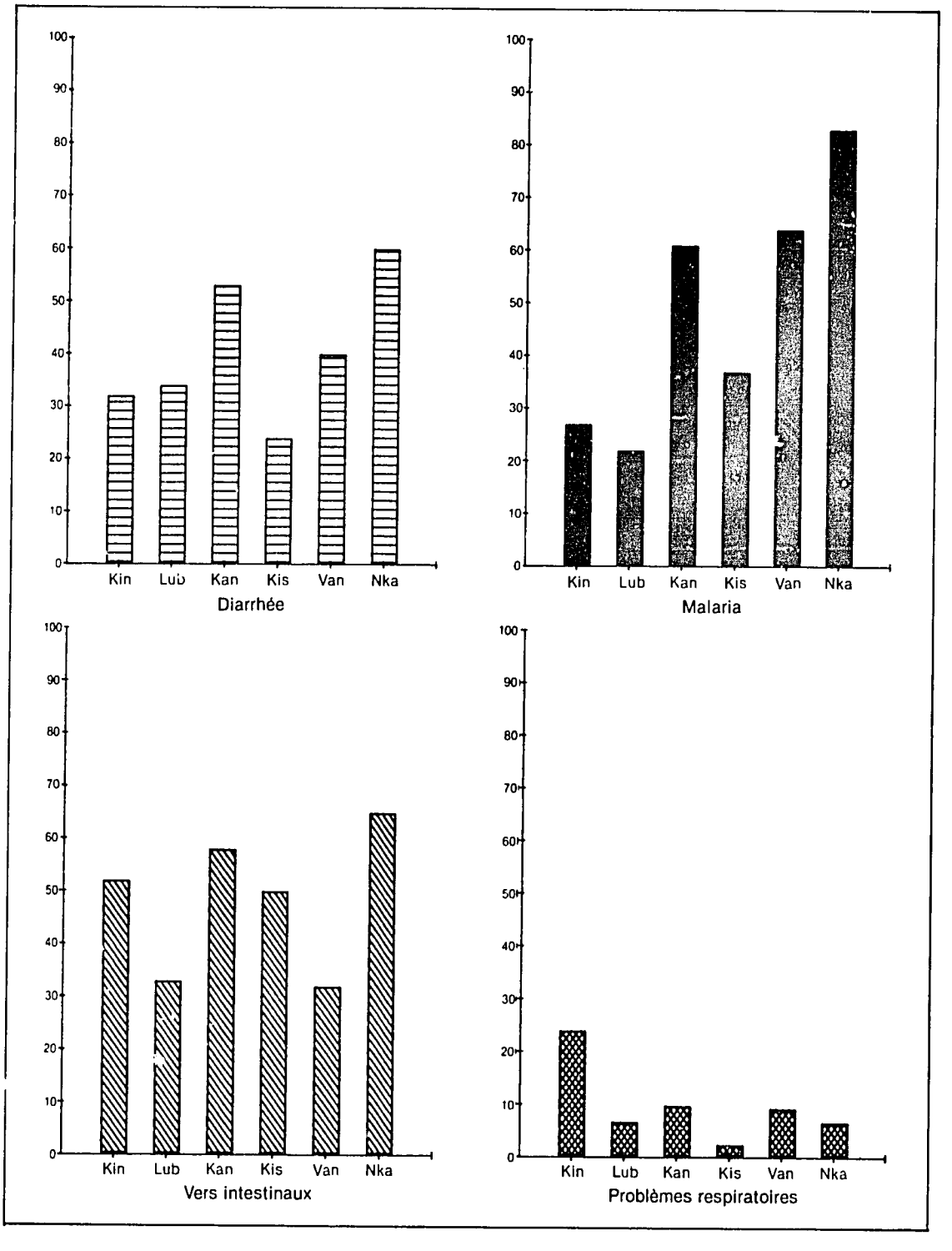
Peu de mères des six zones échantillons se sont montrées insensibles à la diarrhée infantile. En effet, la proportion de cas où les mères n'ont pris aucune mesure curative oscille entre moins de 4% à Nkara et

TABLEAU 7.2 REPARTITION EN POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SELON L'EXPERIENCE DU DIARRHEE DANS LES 2 SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW, LE TRAITEMENT RECU ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Diarrhée et traitement	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Diarrhée						
Effectif total	937	711	701	754	387	507
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ayant souffert	31.6	33.6	52.8	24.4	38.9	60.2
N'ayant pas souffert	68,4	66,4	47,2	75,6	61,1	39,8
Traitement						
Effectif total	296	239	370	184	150	305
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Aller au dispensaire ou à l'hôpital	55,6	29,7	43,8	30,4	12,0	55,8
Médicaments	27,7	19,7	27,0	33,7	16,0	15,7
Solution oralyte	2,0	2,5	2,2	3,3	8,7	1,6
L'eau sucrée et salée	1,4	5,0	4,3	0,5	37,3	11,8
L'eau de riz bouillie	2,7	17,6	6,5	1,6	9,3	8,9
Infusion de pelure de mangues et feuilles de goyave	1,4	4,2	2,2	10,9	4,0	2,3
Autres	2,7	6,3	1,4	3,8	2,0	0,0
Pas de traitement	5,7	13,4	12,7	13,6	10,7	3,9
Ne sait pas	0,7	1,7	0,0	2,2	0,0	0,0

14% à Kisangani. Le tableau 7.2 montre aussi que la procédure utilisée pour soigner la diarrhée est souvent la même quel que soit le centre et le milieu, sauf à Vanga et Kisangani. Dans la majorité des cas, la mère est allée au dispensaire ou à l'hôpital. A Vanga, par contre, la mère a d'abord tenté d'administrer de l'eau sucrée ou salée ou une solution oralyte. Une solution à base de sel et de sucre était utilisée pour le

GRAPHIQUE 7.1
INCIDENCE DE LA DIARRHEE, LA MALARIA, LES VERS INTESTINAUX ET LES PROBLEMES RESPIRATOIRES CHEZ DES ENFANTS MOINS DE 5 ANS SELON LE MILIEU DE RESIDENCE



traitement de moins de 5% des cas de diarrhée, et ceci au niveau de toutes les autres zones, à l'exception de Nkara. A Kisangani, les mères sont plus enclines à se procurer, à la pharmacie, une médication jugée adéquate, au lieu de rechercher assistance auprès de l'unité de santé. De toutes les façons, la prise de médicaments avant la consultation auprès d'un membre du corps médical est assez fréquente, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

Malaria

En vue d'établir l'incidence de la malaria, l'EPC-Zaïre demandait aux mères si leur enfant de moins de 5 ans avait manifesté des symptômes de fièvre au cours des deux semaines précédant l'interview et, dans l'affirmative, si ce dernier souffrait de la malaria. Evidemment, un tel procédé n'est pas sans inconvénient: des enfants présentant des symptômes de fièvre du fait d'une autre pathologie (par exemple le flu, etc.) peuvent être considérés comme ayant la malaria. Toutefois, ces questions permettent d'avoir une idée de l'incidence probable de cette maladie chez les enfants de moins de 5 ans au moment de l'EPC.

Le graphique 7.1 montre en pourcentage les effectifs d'enfants de moins de 5 ans déclarés souffrant de la malaria au cours des deux semaines d'avant l'interview. Cette maladie semble avoir une plus grande incidence à Kananga et dans les deux zones rurales que dans les trois autres villes.

Le type de traitement envisagé en cas de malaria infantile varie grandement au niveau des six zones (voir tableau 7.3). A Kinshasa et Nkara les mères emmèneraient plutôt leurs enfants à l'hôpital ou au dispensaire au lieu de prendre l'initiative de leur administrer des médicaments antimalariques ou autres. A Lubumbashi, Kananga, Kisangani et surtout Vanga, au lieu de compter sur l'assistance médicale ou d'autres méthodes de traitement, les mères utiliseraient plutôt des médicaments antimalariques.

TABLEAU 7.3 REPARTITION EN POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SELON L'EXPERIENCE DE LA DIARRHEE DANS LES 2 SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW, LE TRAITEMENT RECU ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Malaria et traitement	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Malaria						
Effectif total	937	711	701	755	386	508
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ayant souffert	27,2	22,1	60,8	36,6	64,0	82,6
N'ayant pas souffert	72,8	77,9	39,2	63,4	36,0	17,4
Traitement						
Effectif total	255	157	426	276	247	367
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Aller au dispensaire ou à l'hôpital	51,8	40,8	32,9	26,8	10,1	55,6
Médicaments chloroquines	26,7	28,0	31,7	16,3	34,0	12,3
Médicaments autres (quinine)	12,5	15,3	9,9	30,4	47,0	10,6
Aspirine	6,3	10,2	16,7	13,8	5,7	16,3
Plantes médicales	0,4	0,0	0,0	2,5	0,4	0,5
Prophète	0,4	0,0	1,2	1,1	0,4	0,5
Autres	0,8	3,8	0,2	4,3	0,4	1,6
Pas de traitement	1,2	1,9	7,0	4,7	2,0	2,5
Ne sait pas	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0

Vers intestinaux

Une question était encore adressée aux mères en leur demandant si leurs enfants avaient souffert de parasites intestinaux durant les 6 mois précédant l'interview. Puisqu'il faut un certain temps aux symptômes de parasitose intestinale pour se manifester et puisque le diagnostic

correct du problème requiert l'analyse des selles de l'enfant, l'incidence de cette maladie, mesurée par les déclarations des mères, peut être sous estimée. Malgré tout, la parasitose intestinale est déclarée comme étant assez courante.

On constate au tableau 7.4 qu'en dehors de Lubumbashi et Vanga, plus qu'un enfant sur deux âgés de moins de 5 ans est déclarée avoir souffert

TABLEAU 7.4 REPARTITION EN POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SELON L'EXPERIENCE DES VERS INTESTINAUX DANS LES 6 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW, LE TRAITEMENT RECU ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Vers intestinaux et traitement	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Vers Intestinaux						
Effectif total	925	666	514	679	374	501
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ayant souffert	52,1	33,3	57,6	50,2	32,1	64,9
N'ayant pas souffert	47,9	66,7	42,4	49,8	67,9	35,1
Traitement						
Effectif total	482	222	296	341	120	325
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Médicaments métronidozoles	1,9	18,9	1,4	2,3	18,3	6,8
Médicaments vermox	27,4	13,5	28,0	22,9	18,3	31,7
Médicaments décaris	55,6	45,9	41,6	53,9	31,7	32,3
Médicaments pipérazine	2,1	2,7	1,4	2,3	21,7	2,2
Plantes médicales	0,6	0,0	0,7	0,6	0,8	0,3
Prophète	0,4	2,3	7,7	1,2	0,0	2,8
Aller au dispensaire ou à l'hôpital	5,6	7,7	6,1	10,6	2,5	20,6
Autres	3,7	3,6	1,4	1,2	1,7	0,0
Pas de traitement	2,7	5,4	11,1	2,9	5,0	3,4
Ne sait pas	0,0	0,0	0,7	2,1	0,0	0,0

de vers intestinaux durant la période de référence. A Nkara, en particulier, cette proportion atteint 65% d'enfants de moins de 5 ans.

Pour ceux des enfants reportés avoir souffert de vers intestinaux, leur traitement consiste dans l'administration de l'un des deux types des médicaments les plus communément utilisés: le décaris et le vermox. Les médicaments métronidozoles ne sont pas d'un emploi rare à Lubumbashi, Vanga et Nkara. Quoiqu'à une proportion assez faible, il convient par ailleurs de signaler que la solution d'abord au dispensaire ou à l'hôpital ne manque pas de retenir l'attention de certaines mères.

Autres maladies

La question 713 consistait à interroger la femme sur d'autres maladies contractées par l'enfant en dehors de diarrhée, malaria, et vers intestinaux pendant les 6 mois précédant l'interview. Chaque fois, la femme devait indiquer, en ordre de gravité pour elle, la première et la deuxième maladie contactées par l'enfant. Le tableau 7.5 permet de constater qu'à Kinshasa, Vanga et Nkara, les problèmes respiratoires sont les plus cités. Les maladies comme la rougeole surtout à Kananga (11%) se signale par une proportion significative.

7.1.3 Prévalence des vaccinations

Un des moyens utilisés pour réduire la mortalité infantile due à certaines maladies endémiques présentant une influence nocive est de vacciner le sujet potentiel, afin de l'immuniser contre les effets de celles-ci. En pratique, plusieurs types de vaccinations peuvent être effectués en même temps ou sur un intervalle donné de temps. En vue de collecter des données sur ce sujet, on demandait aux mères si leurs enfants de moins de 5 ans avaient été vaccinés au DPT, polio, BCG ou contre la rougeole. Malheureusement aucun effort n'a été fait pour vérifier l'exactitude des réponses moyennant la confrontation avec la carte de santé des enfants. Par conséquent, il est possible que les

résultats ainsi obtenus aient surestimé la prévalence des immunisations chez les enfants de moins de 5 ans. Par souci de simplification, l'analyse au niveau de ce rapport se contente de connaître combien d'enfants ont reçu au moins un type de vaccination donné.

TABLEAU 7.5 REPARTITION EN POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SELON LES AUTRES MALADIES DECLAREES PAR LES MERES ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Maladies	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Première maladie						
Effectif total	936	711	701	752	386	511
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Problème respiratoire	21,6	6,3	5,4	1,9	9,0	5,9
Gale	0,6	1,0	2,1	1,3	2,6	4,5
Rougeole	4,3	2,3	10,8	1,6	1,0	1,4
Varicelle	0,9	1,7	0,3	0,3	0,0	0,0
Conjonctivite	2,1	1,5	0,1	0,5	2,1	0,4
Kwachiorkor (malnutrition)	0,7	0,8	1,7	0,1	0,5	0,4
Autres	4,1	8,6	2,0	11,4	17,9	0,8
Pas de maladie	65,6	77,4	77,6	82,4	66,6	86,5
Ne sait pas	0,1	0,4	0,0	0,4	0,3	0,2
Deuxième maladie						
Effectif total	911	701	690	743	386	511
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Problème respiratoire	2,4	0,4	0,4	0,5	0,3	0,8
Gale	0,7	0,7	0,0	0,5	0,0	1,6
Rougeole	0,3	0,6	0,6	0,1	0,0	0,0
Varicelle	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conjonctivite	1,4	0,8	0,0	0,4	0,0	0,3
Kwachiorkor (malnutrition)	0,4	0,3	0,3	0,0	0,3	0,0
Autres	1,3	1,6	0,3	0,9	3,6	0,0
Pas de problème	93,5	95,5	98,4	97,4	95,8	97,3
Ne sait pas	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0

TABLEAU 7.6 REPARTITION EN POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS SELON L'ETAT DE VACCINATION ET LE MILIEU DE RESIDENCE

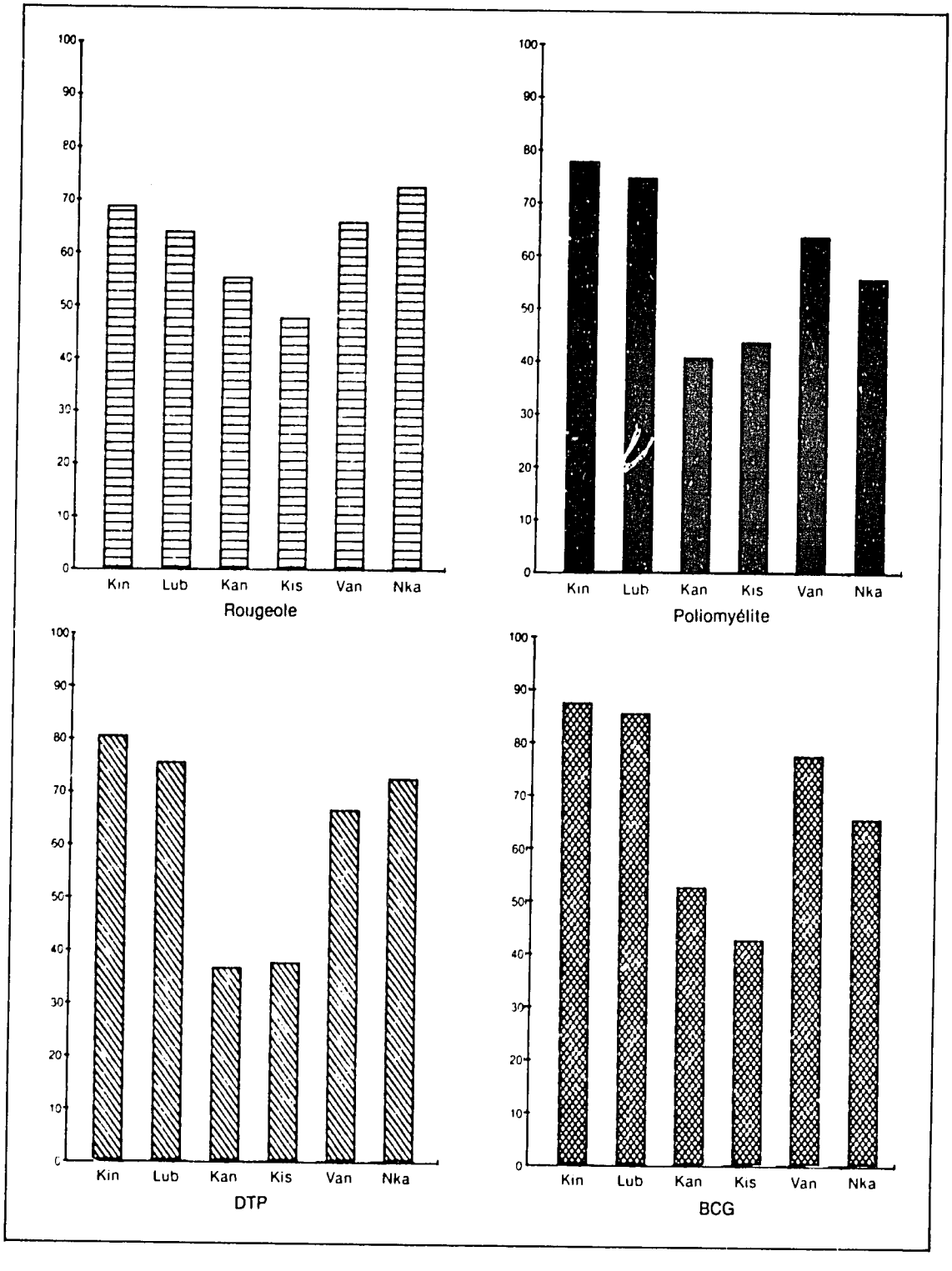
Etat de vaccination	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	937	711	701	754	388	513
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Enfants ayant reçu au moins un vaccin	94,7	91,8	71,7	74,8	94,1	92,6
Enfants non vaccinés	5,0	6,6	18,7	22,7	5,4	6,4
La mère ne sait pas	0,3	1,6	9,6	2,5	0,5	1,0

Il ressort du tableau 7.6 que la plupart des enfants âgés de moins de 5 ans ont reçu au moins un type de vaccin. On enregistre une proportion de plus de 90% à Kinshasa, Lubumbashi, Vanga et Nkara. Font exception à cette constatation: Kananga et Kisangani où, respectivement, 72% et 75% des enfants de moins de 5 ans sont déclarés vaccinés.

TABLEAU 7.7 POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DECLARES VACCINES SELON LE TYPE DE VACCIN ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Type de vaccin	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	937	711	701	756	388	513
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
La rougeole	72,1	66,9	58,1	50,5	69,6	76,0
La poliomyélite	77,7	75,3	41,1	44,3	64,4	56,1
La D.T.Pertussis	80,7	76,6	37,2	37,8	66,8	73,5
La B.C.G.	88,0	86,1	53,4	43,5	78,4	66,3

GRAPHIQUE 7.2
POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS AYANT ETE VACCINES SELON LE TYPE DE VACCIN ET LE MILIEU DE RESIDENCE



Le tableau 7.7 présente la proportion d'enfants de moins de 5 ans considérés comme ayant été immunisés contre certains types de maladies. Les pourcentages varient grandement au niveau des six zones. En ce qui concerne la rougeole, la couverture varie entre seulement 50% à Kisangani et 76% à Nkara. L'immunisation contre la polio est beaucoup plus répandue à Kinshasa et Lubumbashi que dans les autres aires. C'est également le cas pour le DPT et le BCG. Bien que la couverture au polio, BCG et DPT soit quelque peu moins importante à Vanga, Nkara qu'à Kinshasa et Lubumbashi, elle est beaucoup plus grande dans ces deux zones rurales qu'à Kananga ou Kisangani (Voir graphique 7.2).

7.2 MORTALITE DE L'ENFANCE ET MORTALITE INFANTILE

On peut se servir des données collectées à l'EPC-Zaïre au sujet du nombre de naissances vivantes et d'enfants survivants pour étudier les niveaux de la mortalité chez les enfants. Les questions ont été formulées de manière à réduire les déclarations incomplètes quant au nombre d'enfants nés. Il semble cependant qu'il existe, comme il a été remarqué lorsque la qualité de ces données a été considérée au chapitre IV, une tendance marquée chez les enquêtées de l'EPC, en particulier chez les femmes moins jeunes, à ne pas déclarer les enfants décédés. Par conséquent, il se peut que l'étude ci-dessous de la mortalité infantile et de l'enfance, basée sur une comparaison du nombre total des naissances vivantes et des enfants survivants, sous-estime l'incidence de la mortalité infantile dans les six zones échantillons choisies par l'EPC-Zaïre.

7.2.1 Prévalence de la mortalité de l'enfance

Le tableau 7.8 offre une comparaison entre le nombre moyen d'enfants nés-vivants et le nombre moyen d'enfants survivants, chez les femmes âgées de 13 à 49 ans, ainsi qu'une démonstration des conséquences de la mortalité infantile et de l'enfance sur la dimension actuelle de la famille, dans les six zones couvertes par l'EPC. Le décalage entre le nombre des enfants nés-vivants et celui des enfants survivants augmente

en général avec l'âge de la mère. A Kinshasa, par exemple, les femmes âgées de 30 à 34 ans déclarent une moyenne de 4,9 naissances vivantes et de 4,3 enfants survivants, tandis que les femmes âgées de 45 à 49 ans,

TABLEAU 7.8 NOMBRE MOYEN D'ENFANTS NES-VIVANTS ET NOMBRE MOYEN D'ENFANTS SURVIVANTS CHEZ LES FEMMES AGEES DE 13 A 49 ANS SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Age de la mère	Kinshasa		Lubumbashi		Kananga	
	Enfants nés-vivants	Enfants survivants	Enfants nés-vivants	Enfants survivants	Enfants nés-vivants	Enfants survivants
Total	2,6	2,3	3,1	2,7	3,1	2,6
13-19 ans	0,2	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3
20-24 ans	1,3	1,2	1,8	1,6	1,9	1,7
25-29 ans	3,1	2,8	4,0	3,6	3,8	3,2
30-34 ans	4,9	4,3	5,4	4,9	5,8	4,9
35-39 ans	6,7	5,9	7,6	6,4	7,2	6,0
40-44 ans	6,9	6,0	8,1	7,[illegible]	7,7	5,9
45-49 ans	6,9	5,0	8,1	6,[illegible]	6,5	4,8

	Kisangani		Vanga		Nkara	
	Enfants nés-vivants	Enfants survivants	Enfants nés-vivants	Enfants survivants	Enfants nés-vivants	Enfants survivants
Total	2,8	2,4	2,9	2,5	3,4	3,0
13-19 ans	0,5	0,4	0,2	0,2	0,4	0,4
20-24 ans	1,9	1,6	1,2	1,1	1,3	1,2
25-29 ans	3,5	3,0	2,9	2,6	2,7	2,4
30-34 ans	4,8	4,1	4,5	3,9	4,5	4,1
35-39 ans	6,0	4,9	6,8	6,1	5,7	5,0
40-44 ans	7,1	5,8	7,1	6,1	6,8	5,8
45-49 ans	6,7	5,0	7,4	6,0	6,8	5,8

TABLEAU 7.9 POURCENTAGE DE TOUTES LES FEMMES EN UNION PASSEE OU PRESENTE, AGEES DE 15 A 49 ANS, ET DECLARANT DES DECES D'AU MOINS UN ENFANT, SELON L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Age	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Tous les âges	25,1	27,4	38,1	30,2	24,8	19,8
13-19 ans	2,9	5,7	3,9	9,0	5,5	2,1
20-24 ans	13,6	17,1	16,8	18,8	11,9	6,8
25-29 ans	22,9	29,4	40,9	30,8	22,6	20,7
30-34 ans	36,1	34,9	54,0	46,0	30,8	23,9
35-39 ans	42,7	44,1	61,0	53,6	40,9	36,2
40-44 ans	53,1	56,8	70,6	48,4	38,0	36,2
45-49 ans	56,2	59,3	68,2	57,1	53,6	31,6

dont les naissances atteignaient une moyenne de 6,9, ne déclarent que 5,8 enfants survivants.

Il est à supposer qu'un niveau élevé de la mortalité infantile et de l'enfance engendre un niveau plus grand de la fécondité quand les femmes qui ont fait l'expérience de la mort d'un enfant recherchent une naissance de substitution. Le tableau 7.9 montre la proportion des femmes déclarant le décès d'au moins un enfant. Le pourcentage obtenu varie chez les femmes non-célibataires, d'un minimum de 20% à Nkara à un maximum de 38% à Kananga. Le fait que les femmes non-célibataires de ces deux zones rurales aient tendance à ne pas toujours déclarer le décès d'un enfant, contrairement à leurs homologues des zones urbaines, ne laisse pas de surprendre si l'on considère que, dans les pays en voie de développement, les niveaux de la mortalité de l'enfance s'avèrent en général plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbaines. On peut attribuer les résultats obtenus dans ces deux zones au fait que les décès infantiles ont été déclarés avec une fréquence moindre, ou bien au fait que l'accès aux services de santé y est meilleur que dans la plupart des zones rurales (et urbaines) du Zaïre.

TABLEAU 7.10 TAUX DE LA MORTALITE INFANTILE DERIVES DES TECHNIQUES D'ESTIMATION INDIRECTES, SELON LE MILIEU DE RESIDENCE

Urbain	
Kinshasa	90
Lubumbashi	86
Kananga	103
Kisangani	103
Rural	
Vanga	95
Nkara	73

7.2.2 Estimation de la mortalité infantile

Les données sur la survie infantile, présentées au tableau 7.8, peuvent servir à estimer le niveau de la mortalité infantile dans les six régions étudiées. Il faut cependant interpréter de telles estimations avec prudence, car celles-ci sont affectées tant par la qualité des données que par les suppositions sur lesquelles se base la technique d'estimation (2). Comme l'indique le tableau 7.10, les estimations suggèrent une tendance à une mortalité infantile modérément élevée. On observe le taux le plus bas à Nkara, où plus de 70 nouveaux-nés sur mille (soit un sur huit) décèdent au cours de la première année. Parmi les autres régions, le taux de décès par rapport aux naissances varie d'environ 86 sur mille pour Lubumbashi à environ 103 sur mille pour Kananga et Kisangani.

7.3 ALLAITEMENT AU SEIN ET SES DIVERSES TENDANCES

Les coûtumes différentes dans l'allaitement au sein exercent une grande influence tant sur la fertilité que sur la santé des

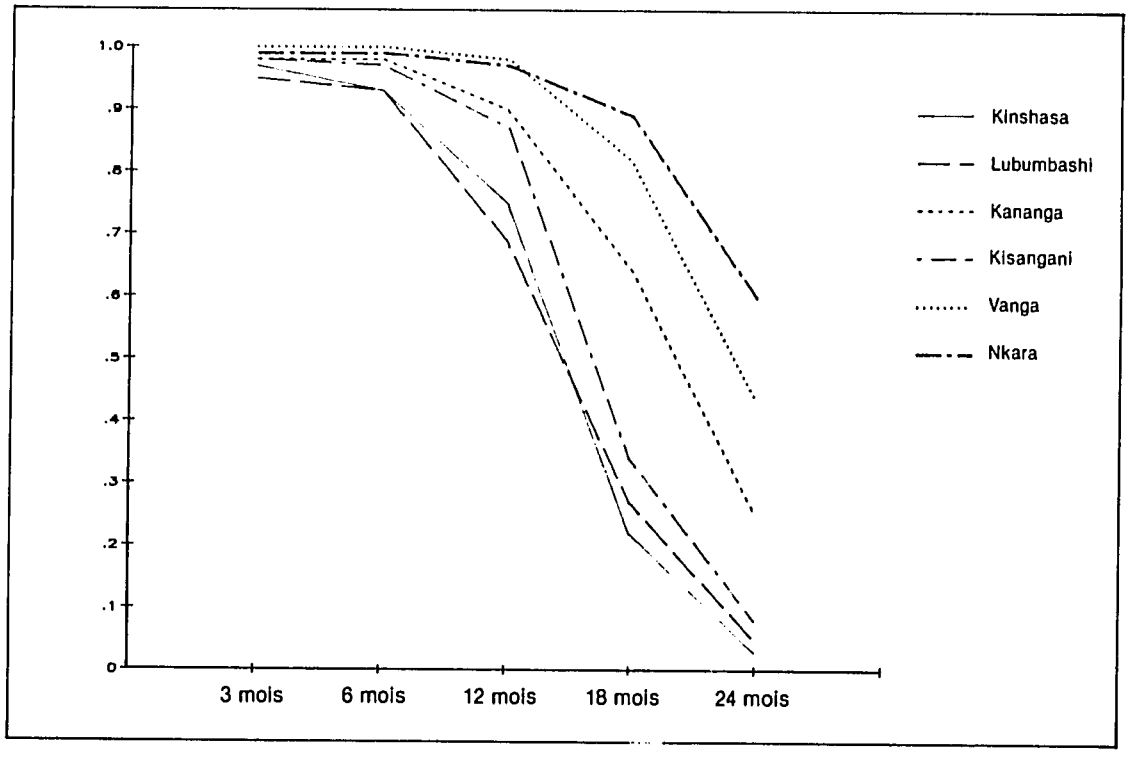
nouveaux-nés. Les données obtenues à ce sujet nous viennent des enquêtées de l'EPC qui avaient donné naissance au cours des 36 mois de l'interview portant sur la durée de l'allaitement au sein de leur dernier-né, ainsi que sur l'âge auquel elles avaient commencé à compléter le lait maternel par d'autres aliments. Grâce à l'emploi de ces données, ainsi qu'aux techniques de tables de mortalité, on peut calculer la probabilité pour une femme de poursuivre l'allaitement au sein, et ceci pour chaque mois successif, consécutivement à la naissance de son enfant. On peut de même calculer la probabilité qu'elle a de commencer une alimentation complémentaire au cours d'un mois donné quelconque, consécutivement à la naissance.

7.3.1 Age au sevrage

Il convient de faire quelques remarques en ce qui concerne l'analyse de ces données. Il faut noter tout d'abord qu'il n'existe aucune information disponible sur les enfants qui sont décédés pendant l'intervalle en question, et que, de plus, l'analyse est centrée non pas sur un échantillon de naissances mais sur un échantillon de femmes. Par suite, se trouvent exclues de l'analyse les naissances ayant eu lieu avant la dernière naissance vivante, bien qu'au cours de la période des 36 mois précédant l'EPC. Les durées de l'allaitement pour le deuxième enfant né au cours de la période des 36 mois seront plus courtes que la moyenne, de sorte que, si l'on limite l'analyse à ces naissances-là, on obtient des estimations légèrement moins élevées quant à la probabilité pour un enfant d'être encore allaité au sein, que si l'on considérait les conditions d'allaitement au sein pour toutes les naissances, au cours de cette période.

Il faut aussi tenir compte de l'effet d'accumulation quant aux âges déclarés du sevrage. Environ le tiers des enquêtées déclaraient avoir allaité leur enfant au sein pendant 3, 6, 12, 18 ou 24 mois, ce qui dénote une tendance à arrondir les réponses aux questions sur l'âge au

GRAPHIQUE 7.3
POURCENTAGE DES FEMMES AYANT EU UNE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW QUI ONT ALLAITE AU SEIN PENDANT UN MINIMUM DE 3, 6, 12, 18 ET 24 MOIS SELON LE MILIEU DE RESIDENCE



sevrage. Il ne faut pas perdre de vue cette tendance lorsque l'on examine les résultats de l'analyse des données sur l'allaitement au sein.

Le graphique 7.3 indique une variabilité quant à la durée de l'allaitement au sein à Kananga, et surtout à Vanga et Nkara où les mères allaitent leurs enfants pendant une période qui excède celle des autres régions. Par exemple, la proportion des femmes déclarant allaiter leur enfant au sein pendant une période d'au moins 18 mois est beaucoup plus élevée à Vanga (82%), Nkara (89%) et Kananga (64%) qu'à Kisangani (34%), Lubumbashi (27%) ou Kinshasa (22%). La durée médiane de l'allaitement au sein varie de 16 mois à Kinshasa à 29 mois à Nkara (tableau 7.11).

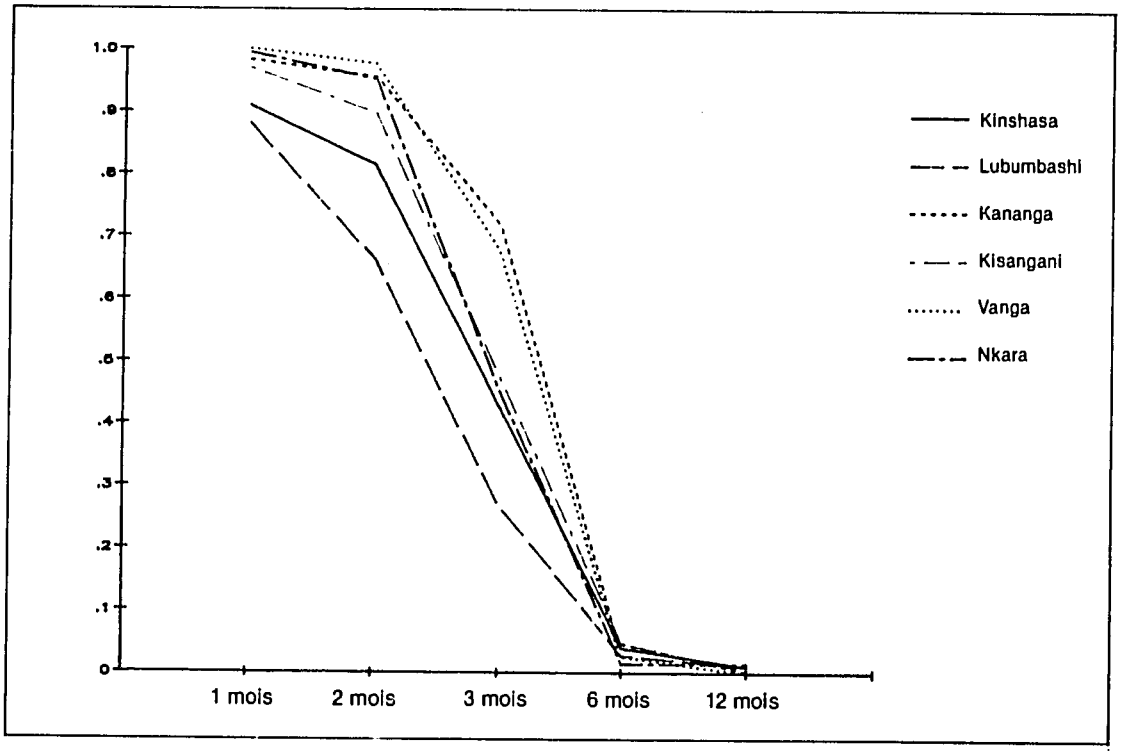
TABLEAU 7.11 PROPORTION N'AYANT JAMAIS ALLAITE AU SEIN LEUR DERNIER-NE, PROPORTION AYANT NOURRI AU SEIN PENDANT UN MINIMUM DE 3, 6, 12, 18 ET 24 MOIS, ET DUREE MEDIANE DE L'ALLAITEMENT AU SEIN, TIREES DES TECHNIQUES DE TABLES DE MORTALITE POUR TOUTES LES FEMMES AYANT EU UNE NAISSANCE SURVIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE MILIEU DE RESIDENCE

	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Proportion n'ayant jamais allaité	0,03	0,03	0,01	0,01	-	0,01
Proportion ayant allaité pendant un minimum de						
3 mois	0,97	0,95	0,98	0,98	1,00	0,99
6 mois	0,93	0,93	0,98	0,97	1,00	0,99
12 mois	0,75	0,69	0,90	0,87	0,98	0,97
18 mois	0,22	0,27	0,64	0,34	0,82	0,89
24 mois	0,03	0,05	0,25	0,08	0,43	0,60
Durée médiane (mois)	16,1	16,8	20,7	17,7	24,8	28,6

7.3.2 Age à l'introduction d'aliments complémentaires

L'EPC a, en outre, collecté des données sur les mères dont le dernier enfant était né au cours des 36 mois de l'enquête, en ce qui concerne la prédominance d'aliments complémentaires et l'âge auquel des aliments autres que le lait maternel sont introduits pour la première fois. Grâce à l'application des techniques de tables de mortalité à ces données, il est possible d'estimer la durée médiane de l'allaitement exclusivement au sein. De même que pour les données portant sur la durée totale de l'allaitement au sein, les résultats sont affectés par la tendance des

GRAPHIQUE 7.4
POURCENTAGE DES FEMMES AYANT EU UNE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW QUI ONT ALLAITE AU SEIN SANS AUCUN ALIMENT COMPLEMENTAIRE PENDANT UN MINIMUM DE 1, 2, 3, 6 ET 12 MOIS SELON LE MILIEU DE RESIDENCE



mères à arrondir leurs réponses. Le degré d'arrondissement varie entre 23% seulement à Lubumbashi à 48% à Nkara.

Dans toutes les régions, à l'exception de Lubumbashi, la majorité des mères déclarent avoir nourri leur enfant au sein, trois mois au moins avant d'introduire un aliment complémentaire (graphique 7.4). Le tableau 7.12 nous montre que la proportion des femmes nourrissant leur enfant au sein, sans le recours à un aliment complémentaire, et ceci pendant un minimum de trois mois, oscille entre un maximum de 72% (Kananga) à un minimum de 27% à Lubumbashi (tableau 7.12). La durée médiane de l'allaitement au sein, sans recours à un aliment complémentaire, varie de 3,4 mois à Lubumbashi à presque 5 mois à Kananga.

TABLEAU 7.12 PROPORTION AYANT ALLAITE AU SEIN SANS AUCUN ALIMENT COMPLEMENTAIRE, PENDANT UN MINIMUM DE 1, 2, 3, 6 ET 12 MOIS, ET DUREE MEDIANE DE L'ALLAITEMENT AU SEIN SANS AUCUN ALIMENT COMPLEMENTAIRE, TIREES DES TECHNIQUES DE TABLES DE MORTALITE, POUR LES FEMMES AYANT EU UNE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE MILIEU DE RESIDENCE

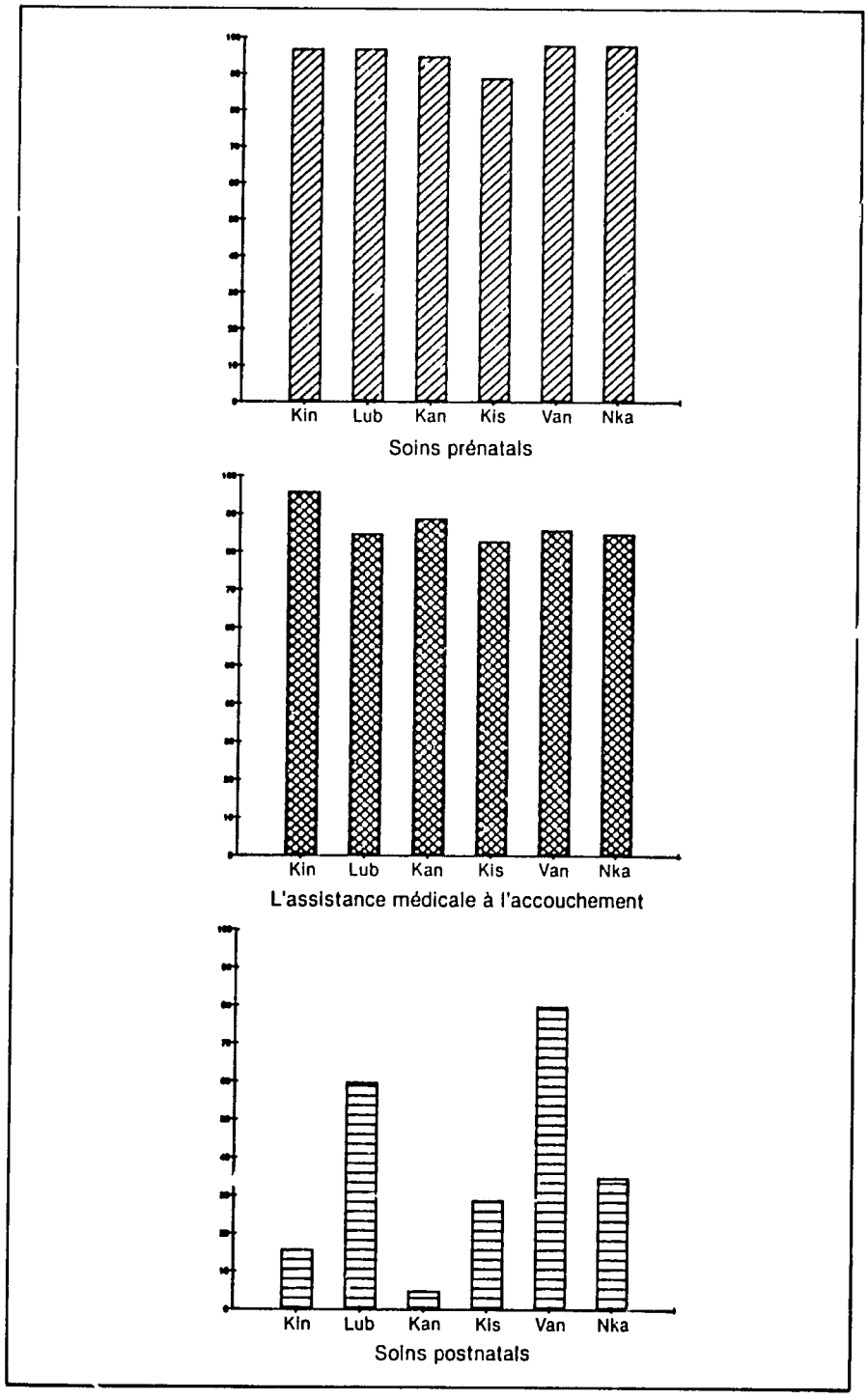
	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Durée minimum d'allaitement au sein sans aucun aliment complémentaire un minimum de						
1 mois	0,91	0,88	0,98	0,97	1,00	0,99
2 mois	0,81	0,66	0,95	0,90	0,99	0,95
3 mois	0,43	0,27	0,72	0,48	0,68	0,45
6 mois	0,04	0,03	0,05	0,05	0,03	0,01
12 mois	0,01	0,01	-	0,00	-	0,01
Durée médiane	3,8	3,4	4,8	3,9	4,6	3,9

7.4 SANTE DE LA MERE

En plus des questions relatives à la santé des enfants, l'EPC a aussi considéré un certain nombre d'autres aspects liés à la santé et au bien-être des femmes dans leur âge reproductif. A cet effet, l'EPC comprenait aussi certaines questions destinées à renseigner sur l'utilisation des services de santé au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement et pendant la période postnatale (graphique 7.5), trois périodes au cours desquelles il est important, tant pour la mère que pour l'enfant, que la femme se soigne de façon adéquate. De même, des informations concernant l'attitude à l'égard de l'avortement étaient aussi recueillies auprès des femmes des 6 zones d'enquête.

GRAPHIQUE 7.5

POURCENTAGE DES FEMMES AYANT EU UNE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW QUI ONT RECU DES SOINS PRENATALS, L'ASSISTANCE MEDICALE A L'ACCOUCHEMENT OU DES SOINS POSTNATALS SELON LE MILIEU DE RESIDENCE



7.4.1 Soins prénatals

On demanda aux femmes qui avaient accouché au cours des 36 mois précédent l'EPC, si elles avaient été examinées pendant leur grossesse. Le tableau 7.13 indique que la majorité des femmes avaient reçu certains soins prénatals et que la porportion des femmes déclarant qu'elles n'avaient reçu aucun soin varie seulement de 2% à Vanga et Nkara à 11% à Kananga. Selon les résultats, il semble aussi que les femmes utilisent assez régulièrement les services de santé pendant toute la durée de leur grossesse. Le proportion déclarant un minimum de quatre consultations prénatales varie de 46% pour Nkara à 67% pour Lubumbashi.

7.4.2 Assistance à l'accouchement

Le tableau 7.14 donne le lieu d'accouchement du dernier-né pour les femmes qui ont donné naissance à un enfant vivant au cours des trente-six mois précédant l'étude. La majorité de tous les accouchements ont lieu dans un hôpital, une maternité ou une clinique. La proportion des femmes

TABLEAU 7.13 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT LA DERNIERE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE NOMBRE DE CONSULTATIONS PRENATALES ET LE MILIEU DE RESIDENCE

	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	588	448	443	513	231	325
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pas de visites	2,6	3,3	5,0	11,1	1,7	1,5
1 visite	1,9	4,5	3,2	2,5	4,8	3,7
2 visites	9,2	8,0	9,0	9,7	18,2	15,1
3 visites	30,3	17,0	21,7	19,7	25,5	34,2
4 visites et plus	56,1	67,2	61,2	56,9	49,8	45,5

TABLEAU 7.14 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT LA DERNIERE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT DU DERNIER ENFANT ET LE MILIEU DE RESIDENCE

	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	588	448	443	513	231	325
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hôpital	55,6	58,3	44,5	20,5	0,9	0,3
Maternité	36,7	21,4	28,0	18,1	81,0	3,4
Dispensaire d'Etat	0,5	-	6,5	6,4	3,5	64,3
Dispensaire ou clinique privée	3,1	4,5	1,4	19,7	0,4	13,2
Domicile	3,6	14,7	17,8	34,3	12,1	18,2
Autres	0,5	1,1	1,8	1,0	2,2	0,6

déclarant avoir eu leur dernier accouchement à domicile varie de seulement 4% à Kinshasa, à 34% à Kananga. Le tableau 7.14 indique de même que la plupart des femmes accouchant de leur dernier-né dans un établissement médical choisissent en général un établissement public. Moins de 5% accouchent dans une clinique privée, excepté à Kisangani et Nkara où la proportion est 20% et 13%, respectivement.

Le tableau 7.15 montre que, dans la majorité des cas, les femmes qui accouchent sont assistées par une sage-femme ou une infirmière. Les proportions ayant ce type d'assistance varie de 75% à Kisangani à 87% à Kananga. Il ressort du même tableau que la femme qui accouche n'a recours à un médecin que dans la minorité des cas. La proportion des femmes recevant les soins d'un médecin au moment de l'accouchement varie de moins d'un pour cent à Nkara à 16% à Kinshasa. La proportion des femmes assistées par des parents ou des voisins varie de 2% à Kinshasa à 16% à Nkara.

TABLEAU 7.15 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT LA DERNIERE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LA CATEGORIE DE LA PERSONNE L'AYANT ASSISTEE A L'ACCOUCHEMENT DU DERNIER ENFANT ET LE MILIEU DE RESIDENCE

	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	568	448	443	513	231	325
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Médecin	15,8	5,6	1,8	7,8	3,5	0,3
Sage femme	15,1	41,7	79,5	57,3	8,2	20,9
Infirmier(e)	64,6	37,7	7,7	17,5	74,0	64,0
Parentes	1,2	6,3	0,5	9,2	5,6	8,0
Voisines	0,7	3,1	8,4	3,7	5,6	6,8
Autres	2,6	5,4	2,3	4,5	3,0	-

7.4.3 Soins postnatals

Un examen médical après l'accouchement constitue une composante importante des services de santé maternelle. Aussi demanda-t-on aux enquêtées ayant eu leur dernier accouchement au cours des 36 mois précédant l'EPC, si elles avaient jamais subi un examen postnatal. Les résultats tels qu'ils sont présentés au tableau 7.16 suggèrent que la plupart des femmes du Zaïre ne font pas appel aux services médicaux à la suite d'un accouchement. Dans les zones urbaines, la proportion des femmes ayant rendu visite à un établissement de santé pour recevoir des services postnatals varie de 5% à Kananga à 29% à Kisangani. Dans les deux zones rurales, les femmes tendent davantage à recevoir des soins postnatals. La proportion des femmes indiquant qu'elles avaient subi au moins un examen postnatal est de 80% à Vanga et de 35% à Nkara.

TABLEAU 7.16 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT LA DERNIERE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES 36 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE NOMBRE DE CONSULTATIONS POSTNATALES ET LE MILIEU DE RESIDENCE

	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	588	448	443	513	231	325
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pas de visites	83,8	39,7	94,6	70,6	20,3	65,2
1 visite	8,3	1,8	2,9	7,2	9,1	7,7
2 visites	2,7	2,7	1,4	6,2	16,0	11,7
3 visites	1,5	3,8	0,5	5,3	10,0	6,5
4 visites et plus	3,6	52,0	0,7	10,7	44,6	8,9

7.4.4 Attitude à l'égard de l'avortement provoqué

Chez les femmes d'âge reproductif du Zaïre, particulièrement chez celles vivant en milieu urbain, une certaine croyance veut que l'avortement entraine de graves risques pour la santé. En vue d'obtenir des informations sur l'attitude à l'égard de cette pratique, les enquêtrices de l'EPC-Zaïre devaient lire à l'interviewée une liste de 6 raisons pouvant porter une femme à recourir à l'avortement et lui demander si elle approuve ou désapprouve l'avortement dans chacune des situations décrites. Comme l'indiquent les réponses tabulées au tableau 7.17, la majorité des femmes désapprouvent l'avortement quelle que soit la situation présentée. Quant à celles qui ont donné leur approbation, elles l'ont faite surtout en référence au cas où la grossesse est considérée comme entrainant de graves risques pour la santé de la mère. Le pourcentage de femmes en faveur de l'avortement dans ces conditions varie entre 28% à Kisangani et 43% à Kinshasa.

TABLEAU 7.17 POURCENTAGE DES FEMMES ENQUETEES APPROUVANT L'AVORTEMENT PROVOQUE SELON LA RAISON ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Raison	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1047	801	761	840	430	489
La grossesse menace gravement la santé de la mère	42,7	39,2	39,2	27,5	35,1	30,7
Le couple n'a pas les moyens d'élever un autre enfant	18,8	17,0	22,7	21,1	17,7	19,2
La grossesse reduit les chances de la fille de se marier	9,2	15,0	26,7	19,9	18,6	19,0
On pense que l'enfant sera anormal	13,2	42,4	22,7	2,1	14,7	37,2
Le couple ne veut plus d'enfants	13,8	15,6	22,5	24,5	9,8	16,2
La grossesse menace la scolarité de la mère	11,3	19,7	34,7	21,9	19,5	20,4

Notes

(1) La définition adoptée stipulait cinq selles liquides ou plus par jour.

(2) Différentes techniques ont été mises au point dans le but d'évaluer les niveaux de la mortalité infantile. Ces techniques se basent toutes sur la supposition suivante, à savoir que la proportion de décédés parmi les enfants nés se rapproche de la probabilité de décès, à partir du

moment de la naissance jusqu'à la fin de l'enfance. Par exemple, on suppose que la proportion décédée parmi les enfants nés de femmes âgées de 20 à 24 ans est équivalente à la probabilité de décès pendant la période allant de la naissance à l'âge de 2 ans, puisque les naissances déclarées chez les femmes de ce groupe auront eu lieu, en moyenne, deux années plus tôt.

Le procédé employé pour obtenir les estimations de mortalité infantile, tel qu'il est présenté au tableau 7.9, fut mis à jour par Trussell ("A Re-examination of the Multiplying Factors for Determining Child Survival." Population Studies Vol. 29, No. 1, 97-107). Les taux figurant dans ce tableau représentent une moyenne des taux s'appliquant aux femmes âgées de 20 à 24, 25 à 29 et 30 à 34 ans (c'est-à-dire pour la période de 1976 à 1981).

Notons qu'il doit être tenu compte de la qualité des données sur la survie infantile, lorsque l'on considère la validité de ces estimations. Normalement, les proportions décédées augmentent proportionnellement avec l'âge de la mère, car les enfants de mères moins jeunes ont été exposés au risque de décès pendant une période en moyenne plus longue que les enfants de mères plus jeunes. Un examen des données présentées au tableau 7.7 indique que, dans un grand nombre de régions, la proportion décédée diminue légèrement parmi les groupes de femmes moins jeunes, suggèrant par là que tous les décès infantiles n'ont pas été déclarés par les femmes appartenant à ces groupes d'âges. Si cela est en effet le cas, les taux présentés au tableau 7.9 sous-estiment probablement les niveaux de la mortalité infantile au cours de la période en question.

CHAPITRE VIII

SERVICES DE SANTE POUR LA FAMILLE

L'EPC-Zaïre a réuni des données sur les services de santé, leur accessibilité et leur utilisation par la population en général, données qui s'ajoutent à l'information obtenue sur l'état de santé des enfants et de leurs méres et sur l'utilisation des services MCH. Ce chapitre présente ces données.

8.1 UTILISATION ET FREQUENTATION DE FORMATIONS MEDICALES

Dans l'EPC-Zaïre, toutes les femmes non-célibataires ont répondu à plusieurs questions relatives à l'utilisation et la fréquentation de formations médicales. Ces questions portent sur l'existence d'une formation médicale quelconque dans la zone administrative de résidence (Question 608), la fréquentation (Question 609), les motifs pour la non-fréquentation (Question 610), le moyen de s'y rendre (Question 611), la distance en kilomètres (Question 612) et le temps mis pour atteindre la formation (Question 613) et finalement, le temps d'attente avant d'être consulté par le médecin ou l'infirmier (Question 614).

8.1.1 Localisation et fréquentation

Avant tout, il convient de préciser que l'existence d'un centre médical dont traite la question 608 ne concerne pas nécessairement les grandes formations médicales. Comme on le sait, suivant la structure géo-administrative, surtout en milieu urbain, celles-ci se trouvent généralement concentrées dans ou proches des zones résidentielles, c'est-à-dire en dehors des endroits où vivent la plupart des femmes enquêtées. Ici, il s'agit de n'importe quel genre d'établissement médical, même s'il s'agit d'un dispensaire de la Croix-Rouge, de l'Etat, etc....

Le tableau 8.1 montre que, dans tous les centres enquêtés, plus de 90% des femmes éligibles concernées par la question déclarent connaître l'existence d'une formation médicale dans leur zone administrative de résidence. Dans certains centres comme Kinshasa, Vanga et, surtout, Nkara, la proportion des femmes déclarant l'existence d'une formation médicale avoisine les 100%. Sauf à Lubumbashi, la connaissance de l'existence d'une formation médicale dans la zone de résidence ne semble pas loin de ce seuil.

Quoique légèrement inférieures, les proportions de fréquentation de la formation médicale dans leur zone connaissent néanmoins un niveau satisfaisant (voir tableau 8.1). A Vanga et Nkara, en particulier, la fréquentation par la femme elle-même ou par un autre membre du ménage se sentant malade est affirmativement reportée à respectivement 99% et 97%. La proportion est de 95% à Kananga. Par contre à Kinshasa, qui voit les dispensaires s'établir à un rythme accéléré, la fréquentation n'est reportée que dans une proportion de 86%. A Lubumbashi, la proportion est encore plus basse (76%). C'est à Kisangani, avec seulement 72% de femmes déclarant fréquenter la formation médicale de leur zone, que l'on connaît la proportion la moins élevée.

Pour ce qui est du motif de non-fréquentation, le tableau 8.1 signale que la qualité des formations médicales en milieu urbain est souvent mise en doute. La proportion des femmes déclarant que la formation ne méritait pas qu'on s'y rende pour recevoir le traitement, varie dans les quatre villes de 22% à Kisangani à 50% à Kananga. En ce qui concerne la catégorie "autres raisons," la non-fréquentation se justifie principalement soit, parce que l'on ne peut aller que dans une formation médicale respectant les avantages sociaux accordés par un employeur au chef de ménage où à son épouse, soit pour des raisons religieuses.

8.1.2 Mode de transport, distance à la formation, et durée du voyage

Il se dégage du tableau 8.2 que la majorité des femmes concernées par cette question déclarent atteindre ladite formation à pied. Comme on s'y

TABLEAU 8.1 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON L'EXISTENCE DE FORMATION MEDICALE DANS LA ZONE DE RESIDENCE, LA FREQUENTATION, LES MOTIFS DE NON-FREQUENTATION ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Existence, fréquentation et motifs	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Existence d'une formation médicale						
Effectif total	1112	709	761	893	427	506
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Oui	99,9	93,8	98,9	96,9	99,8	100,0
Non	0,1	6,2	1,1	3,1	0,2	0
Fréquentation						
Effectif total[a]	1111	665	753	865	426	506
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Oui	86,0	75,6	95,2	71,7	99,1	97,0
Non	14,0	24,4	4,9	28,3	0,9	3,0
Ne sait pas	0	0	0	0	0	0,6
Motifs de non fréquentation						
Effectif total[b]	156	162	36	245	4	14
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N'y a pas pensé	7,7	14,8	5,6	21,2	-	28,6
La formation ne mérite pas	35,9	24,7	50,0	22,0	-	0
La formation est trop loin	1,3	3,1	0	1,2	-	33,3
Autres raisons	55,1	57,4	44,0	55,5	100,0	33,3

a Les femmes qui n'ont pas connu une formation médicale dans la zone de résidence sont exclues.

b Les femmes qui ont fréquenté la formation médicale sont exclues.

TABLEAU 8.2 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES QUI ONT CONNU UNE FORMATION MEDICALE DANS LA ZONE DE RESIDENCE SELON LES MOYENS DE TRANSPORT, LA DISTANCE A LA FORMATION, LA DUREE DU VOYAGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Moyen de transport, distance et durée	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1111	665	753	865	426	506
Moyen de transport						
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
A pied	95,8	81,1	89,5	97,3	99,8	98,0
Taxi	0,5	2,9	0,1	1,4	0	0
Velo	0	0	0	0,1	0	0,2
Voiture personnelle	2,3	2,9	0,1	0,8	0	0
Véhicule des commerçants	0	0,6	0,5	0	0,2	0
Tra[illegible]ort public	1,4	11,9	9,7	0,1	0	0
A[illegible]	0,1	0,8	0	0,2	0	0
Ne sait pas	0	0	0	0	0	1,8
Distance à la Formation						
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moins d'un Km	82,4	34,7	42,5	72,3	23,0	33,6
1 Km	10,3	23,6	34,5	18,4	0,2	15,6
2 à 4 Kms	6,8	22,9	21,4	8,8	29,6	31,8
5 à 9 Kms	0,5	13,5	1,6	0,3	15,5	6,9
10 Kms et plus	0	4,8	0	0,2	31,7	11,9
Durée de voyage (en minutes)						
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moins de 15 minutes	71,7	43,8	16,9	46,1	23,1	35,2
15 à 29 minutes	17,9	24,7	32,4	30,4	5,4	19,8
30 à 59 minutes	7,9	18,3	36,1	18,2	16,0	24,5
60 minutes et plus	2,5	13,2	14,6	5,3	55,5	20,6

attendait, en milieu rural surtout, c'est pratiquement le seul moyen de transport. Si l'on compare les quatre villes, la proportion des personnes qui se rendent à pied à la formation médicale varie de 81% (Lubumbashi) à 97% (Kisangani).

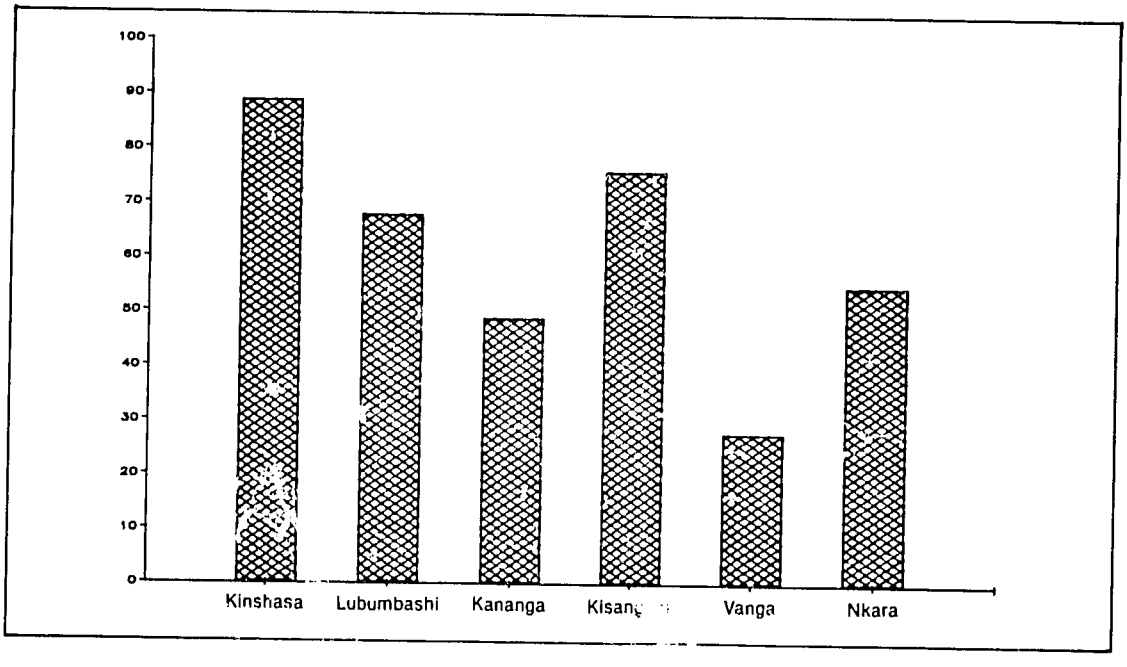
Aux enquêtées qui connaissaient l'existence d'une formation médicale dans leur région, on a aussi demandé la distance entre la formation et leur domicile et la durée du parcours. Le tableau 8.2 montre que les mesures obtenues varient considérablement parmi les six régions étudiées. En comparant les quatre villes, les formations médicales s'avèrent être plus accessibles à Kinshasa et Kisangani qu'à Lubumbashi et Kananga (graphique 8.1). Par exemple, le pourcentage des enquêtées qui rapportent qu'elles habitent à moins de 2 kilomètres d'une formation médicale est nettement plus bas à Lubumbashi (58%) et à Kananga (77%) qu'à Kisangani (91%) ou à Kinshasa (93%). Les proportions des femmes qui rapportent que le parcours prend moins de 30 minutes entre leur domicile et la formation médicale indiquent une tendance similaire qui varie de 49% seulement à Kananga à 88% à Kinshasa.

Malgré une grande variabilité parmi les quatre villes en ce qui concerne l'accessibilité des formations médicales, le tableau 8.2 démontre que, dans l'ensemble, les enquêtées des centres urbains ont plus facilement accès aux services de santé que celles des zones rurales. Il semble aussi qu'à Nkara, l'accès aux services est légèrement plus facile qu'à Vanga. Par exemple, 60% des enquêtées de Vanga déclarent qu'il leur faut soixante minutes pour se rendre au service, chiffre à comparer avec le faible 20% des enquêtées de Nkara.

8.1.3 Temps d'attente à la formation médicale

Aux enquêtées connaissant l'existence d'une formation médicale dans leur région, on a demandé combien de temps elles devaient attendre les services du médecin ou de l'infirmière. Les résultats indiquent que le service médical est le plus prompt à Kinshasa (graphique 8.2). Les

GRAPHIQUE 8.1
POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 13 A 49 ANS AU PLUS A 30 MINUTES D'UNE FORMATION MEDICALE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE



GRAPHIQUE 8.2
POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES AGEES DE 15 A 49 ANS AYANT ATTENDU MOINS DE 30 MINUTES POUR DES SOINS A LA FORMATION MEDICALE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE

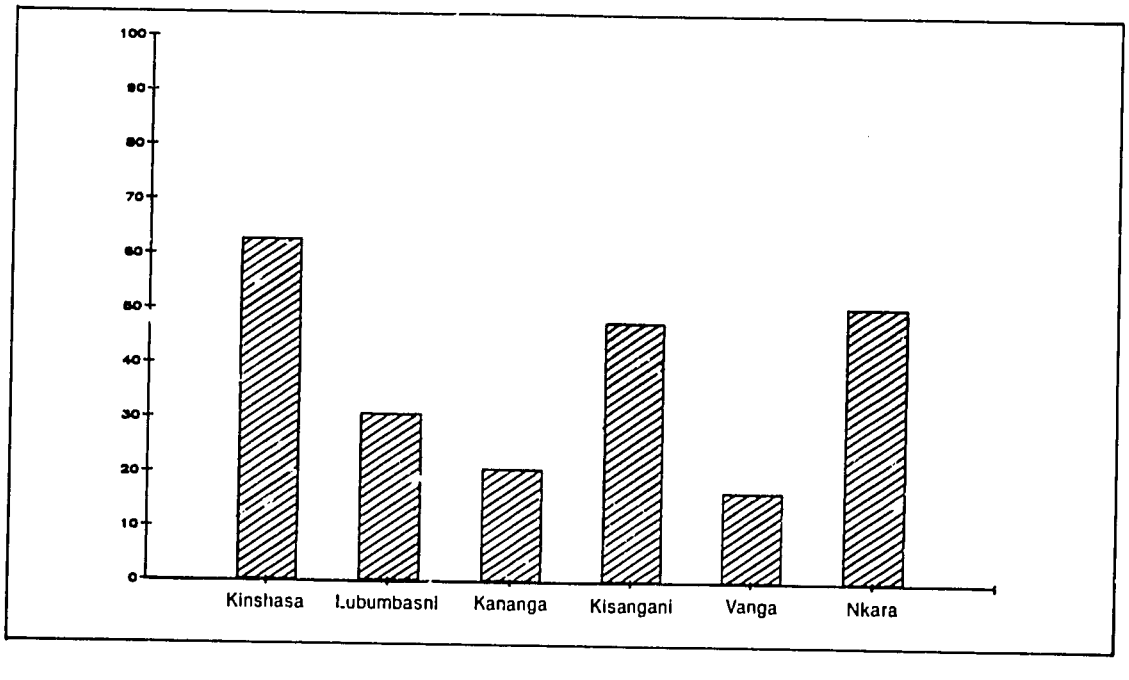


TABLEAU 8.3 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON LE TEMPS D'ATTENTE A LA FORMATION MEDICALE DE LA ZONE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Temps mis pour être reçu par le médecin (en minutes)	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1111	665	753	865	425	506
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moins de 15 minutes	47,2	19,7	8,0	33,1	7,8	34,8
15 à 29 minutes	25,3	11,6	12,6	14,7	9,0	16,0
30 à 59 minutes	12,3	19,1	21,1	24,4	9,0	24,7
60 à 119 minutes	9,5	21,5	21,1	20,8	14,9	15,0
120 minutes et plus	5,7	28,1	37,2	7,1	59,4	9,5

pourcentages d'attente de moins d'une heure s'échelonnent de 16% pour Kinshasa à 58% pour Kananga (tableau 8.3). Dans les zones rurales, les chiffres correspondants sont de 75% pour Vanga à 24% pour Nkara.

8.2 ASSURANCE-SANTE

Afin d'aider à payer les soins médicaux, il existe au Zaïre, une mutuelle de santé, la Caisse de la Solidarité Ouvrière Paysanne (CASOP), fonctionnant comme une section de l'Union Nationale des Travailleurs du Zaïre. Elle a donc le défaut de ne se limiter qu'aux seuls membres affiliés; et encore, tous les membres affiliés ne sont pas concernés. Pour connaître la réaction de la population à l'égard de la mutuelle ou d'une caisse de santé, deux questions (Questions 606 et 607) ont été posées à toutes les femmes non-célibataires.

8.2.1 Bénéficiaires de la mutuelle ou de la caisse de santé

Le tableau 8.4 montre que plus de 90% des femmes non-célibataires de chaque centre ont déclaré que leur ménage n'était affilié à aucune

TABLEAU 8.4 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON L'AFFILIATION A UNE ASSOCIATION QUELCONQUE DU GENRE MUTUELLE DE SANTE AU MOMENT DE L'ENQUETE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Affiliées actuellement	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1112	709	761	893	427	506
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Oui	4,7	0,7	0,5	7,1	1,2	2,0
Non	95,3	99,3	99,5	92,1	98,8	98,0

association du genre mutuelle de santé. C'est à Kisangani (7%), puis à Kinshasa (5%), qu'on enregistre la plupart des cas d'affiliation. Concernant les chiffres des centres en milieu rural, où pourtant la CASOP, mentionnée ci-dessus, n'est pas encore installée; ils reflètent certainement la confusion des enquêtées entre la mutuelle culturelle, très populaire au Zaïre, et la mutuelle de santé.

8.2.2 Perception de l'importance d'une mutuelle de santé

On a demandé aux enquêtées si elles désiraient avoir la possibilité de s'inscrire, dans l'avenir, à une "mutuelle de santé" ou "caisse de santé." On avait instruit les enquêteurs afin qu'ils puissent expliquer brièvement ce qu'est une "mutuelle" au cas où l'enquêtée n'était pas renseignée. Un petit nombre d'enquêtées seulement étaient inscrites à une mutuelle à l'époque de l'EPC. Cependant, il se dégage au tableau 8.5 que la majorité, soit au moins 90%, a considéré avec intérêt l'établissement possible, dans le futur, d'organismes de ce genre par le Ministère de la Santé ou l'I.N.S.S.

TABLEAU 8.5 REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON-CELIBATAIRES SELON LE DESIR D'AFFILIATION A UNE ASSOCIATION QUELCONQUE DU GENRE MUTUELLE DE SANTE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Désir d'affiliation	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1112	709	761	893	427	506
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Oui	90,3	98,2	98,3	94,1	98,8	96,4
Non	9,7	1,8	1,7	5,9	1,2	3,6

8.3 INCIDENCE DES MALADIES CHEZ LA POPULATION ENQUETEE

8.3.1 Proportion de personnes malades dans l'année précédant l'enquête

Le questionnaire de l'EPC-Zaïre aborde une question (Question 801) cherchant à connaître si un individu dans le ménage est tombé malade au cours des 12 derniers mois précédant l'interview. Par cette question, il est possible de déterminer l'effectif de la population reportée malade tel que le présente le tableau 8.6. En se référant au tableau de la composition de ménage qui fournit des informations sur le nombre total de personnes habitant dans les ménages enquêtés, il est aussi possible de calculer le pourcentage de la population totale reporté malade dans l'année précédant l'EPC. Les résultats du tableau 8.6 indiquent une proportion plus élevée des malades enregistrés à Kananga (44%), à Nkara (43%), et à Vanga (38%). Lubumbashi avec 11% connaît la proportion de malades la plus faible.

Il est possible que les différences substantielles notées entre les six régions, quant aux proportions de la population étudiée déclarée

TABLEAU 8.6 LA POPULATION TOTALE ET LA POPULATION REPORTEE MALADE PENDANT LES 12 MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW DANS LES MENAGES DE L'EPC-ZAIRE SELON LE MILIEU DE RESIDENCE

Milieu et centre	Population totale dans l'échantillon	Population reportée malade durant les 12 mois précédant l'interview	
		Effectif	%
Milieu urbain			
Kinshasa	5.666	1 647	29,1
Lubumbashi	3.511	391	11,1
Kananga	4.409	1.958	44,4
Kisangani	4.610	1.127	24,4
Milieu rural			
Vanga	2.302	869	37,7
Nkara	2.895	1.245	43,0

malade au cours des douze mois précédant l'EPC soient dûes à la fois à une variation dans la qualité du des données parmi les régions étudiées et à de véritables différences dans l'état de santé des populations. Bien que l'incidence de maladie puisse être plus élevée chez les femmes et les enfants comme le tableau 8.7 montre, le fait que la question ne s'adressait qu'aux personnes du sexe féminin a pu contribuer à des résultats reflétant un certain préjugé. De plus, on peut attribuer les proportions réduites des maladies déclarées à Lubumbashi aux erreurs commises par certains enquêteurs qui ont systématiquement exclu les enfants de moins de 5 ans, dont l'information relative à l'incidence de maladie a été réunie dans la section VII du questionnaire EPC.

8.3.2 Fréquence de maladie

Quant au nombre de fois une personne est tombée malade durant les 12

TABLEAU 8.7 REPARTITION EN POURCENTAGE DES PERSONNES DECLAREES MALADES SELON LE SEXE, L'AGE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Sexe et Age	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Sexe						
Effectif total	1.647	391	1.958	1.126	866	1.234
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hommes	41,6	36,8	43,4	45,4	42,7	43,7
Femmes	58,4	63,2	56,6	54,6	57,3	56,3
Age						
Effectif total	1.646	391	1.957	1.127	869	1.245
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moins de 5 ans	45,5	14,8	33,1	42,8	37,5	36,5
5 - 9 ans	11,4	13,3	16,5	9,8	12,1	12,9
10-19 ans	12,4	23,5	19,0	10,0	14,5	14,2
20-29 ans	14,0	26,6	12,3	14,5	13,2	14,3
30-39 ans	8,7	12,3	7,9	9,6	8,3	9,2
40-49 ans	5,1	7,5	7,4	6,3	7,4	6,0
50-59 ans	1,8	1,0	2,6	4,6	5,1	5,2
60-74 ans	0,8	1,0	1,2	2,2	1,8	1,5
75 ans et plus	0,2	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1
Ne sait pas	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

derniers mois avant l'interview, le tableau 8.8 indique, en général, qu'environ la moitié de la population reportée malade en milieu urbain le fut une seule fois. Si l'on exclut les cas où l'information est absente, on remarque que pendant l'année antérieure à l'EPC, la ville de Kananga a eu la plus grande fréquence de maladie (58%), suivie de Kinshasa (40%) et de Lubumbashi (39%). Dans la région rurale, la proportion était de 82% à Vanga et de 66% à Nkara, c'est-à-dire plus grande que dans n'importe laquelle des quatre villes.

TABLEAU 8.8 REPARTITION EN POURCENTAGE DES PERSONNES DECLAREES MALADES SELON LE NOMBRE DE FOIS TOMBE MALADE ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Nombre de fois tombé malade	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1.647	391	1.958	1.126	869	1.245
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1 fois	49,0	54,7	20,4	49,2	18,0	33,7
2 fois	20,5	14,6	12,7	16,3	42,8	17,5
3 fois	7,8	6,9	8,2	7,1	23,4	8,7
4 fois	2,7	2,3	2,3	3,1	7,1	4,6
5 fois et plus	1,3	4,4	2,4	4,6	8,3	6,1
Ne sait pas	0,3	5,1	2,5	2,4	0,5	0,4
Indéterminé	18,6	12,0	51,6	17,3	0,0	28,9

8.3.3 Lieu de consultation et personnel traitant

On a questionné les enquêtées de l'EPC sur le lieu de consultation recherché par une personne malade et sur le type de personne venant à son aide. Le tableau 8.9 indique que le lieu de consultation préféré est l'hôpital à Kinshasa (51%), Lubumbashi (62%) et Kisangani (38%) et les cliniques privées à Kananga (34%). La proportion de ceux qui préfèrent les cliniques privées dans les autres villes est aussi significative, variant de 21% à Lubumbashi à 34% à Kinshasa. En milieu rural, la plupart des consultations se déroulent à l'hôpital (82,8% pour Vanga et 61,0% pour Nkara).

Il paraît également utile de remarquer que la consultation auprès des guérisseurs traditionnels ne manque pas d'attirer les malades. Hormis Kananga, avec seulement moins d'un pour cent de personnes déclarées malades, la proportion des malades uniquement consultés par le guérisseur

TABLEAU 8.9 REPARTITION EN POURCENTAGE DES PERSONNES DECLAREES MALADES SELON LE LIEU DE CONSULTATION ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Lieu de consultation	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1.647	390	1.958	1.126	869	1.245
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Domicile	11,1	9,7	28,8	32,8	11,9	9.0
Hôpital	51,4	62,1	32,1	38,4	82,9	61,0
Clinique privée	33,8	21,0	34,1	24,2	1,3	7,1
Guéris. traditionnel	1,1	1,3	0,6	2,5	1,6	1,5
Sans consultation	2,6	5,9	4,4	2,2	2,4	21,3

traditionnel couvre 1 à 2% de l'effectif correspondant de malades de chaque centre enquêté.

De plus, il faut signaler qu'il existe dans les centres enquêtés une proportion de malades non consultés. Dans cette catégorie, Nkara vient en tête avec 21% des malades inventoriés sans consultation, suivie respectivement de Lubumbashi (6%) et de Kananga (4%). Pour les autres centres, les écarts sont inférieurs à 3%.

Quant à la catégorie de la personne effectuant la consultation, le tableau 8.10 montre que, d'une manière générale, les malades ont plus souvent recours aux services de l'infirmier. A Vanga, ce cas représente près de 72% des personnes déclarées malades dans ce centre. Le recours au médecin est aussi courant, particulièrement à Kinshasa et Lubumbashi.

Du fait de la distance à parcourir pour atteindre une formation médicale de médecine moderne, la consultation par le guérisseur

TABLEAU 8.10 REPARTITION EN POURCENTAGE DES PERSONNES DECLAREES MALADES, SELON LA CATEGORIE DE LA PERSONNE LES AYANT ASSISTES ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Catégorie d'assistant	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1.647	391	1.958	1.126	869	1.244
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Médecin	25,9	35,8	8,8	17,6	15,1	5,1
Infirmier	61,7	55,0	64,8	50,4	71,8	64,7
Guérisseur	1,0	1,0	3,6	2,8	5,6	7,7
Autres	11,4	8,2	22,8	29,2	7,5	22,4

traditionnel garde son importance en milieu rural. Tel en est le cas à Nkara notamment. A Kananga et à Kisangani, la proportion des malades consultés par le guérisseur reste relativement élevée par rapport à Kinshasa et Lubumbashi, peut-être en raison de l'infrastructure insuffisante rencontrée dans les premières villes citées.

8.3.4 Taux et durée d'hospitalisation

Pour chaque cas de maladie dont nous avons été informés au cours des 12 mois précédant l'EPC, on a demandé si l'individu avait été hospitalisé au cours de sa maladie et, dans le cas affirmatif, pendant combien de temps (question 810). Ces questions permet ainsi de calculer un taux d'hospitalisation pour tous les centres visités. Il se dégage du tableau 8.11 que par rapport à l'effectif des malades de chaque centre, ce taux s'élève, en ordre d'importance décroissant, à 5% pour Kananga, 8% pour Kinshasa et Kisangani, 14% pour Nkara, 24% pour Vanga et enfin 25% pour Lubumbashi. A Lubumbashi, la fréquence d'hospitalisation est haute relativement aux autres villes. Comme nous l'avons mentionné plus haut

TABLEAU 8.11 REPARTITION EN POURCENTAGE DES PERSONNES DECLAREES MALADES SELON LE NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION ET LE MILIEU DE RESIDENCE

Jours d'hospitalisation	Milieu urbain				Milieu rural	
	Kinshasa	Lubumbashi	Kananga	Kisangani	Vanga	Nkara
Effectif total	1.647	391	1.958	1.125	869	1.231
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Aucune	91,4	74,9	94,9	91,1	76,5	86,3
1-6 jours	2,1	3,8	0,9	2,3	10,4	4,1
7-13 jours	2,4	7,2	1,3	2,0	7,5	2,8
14-20 jours	1,5	6,9	0,7	1,7	2,8	2,7
21 jours et plus	2,2	4,1	1,4	2,4	2,9	4,2
Ne sait pas	0,5	2,8	0,8	5,2	0,3	0,6

dans ce chapitre, cela est peut-être due au fait que, dans cette ville, on a eu tendance à ne compter que les maladies les plus graves qui nécessitaient des hospitalisations plus fréquentes.

Concernant la durée d'hospitalisation, le tableau 8.11 signale que celle-ci paraît légèrement plus longue en milieu urbain qu'en milieu rural. A Vanga par exemple, 44% de l'effectif malade et hospitalisé déclarent avoir fait moins de 7 jours d'hospitalisation.

APPENDICE A
QUESTIONNAIRE DE L'EPC-ZAIRE

Previous Page Blank

Protocole Page Blanc

QUESTIONNAIRE DE MENAGE

I. Identification du ménage dans la parcelle

1. Ville ou Village _____ Adresse du ménage _____
2. Zone _____ _____ (Rue ou Avenue et N°)
3. Strate _____ Point de départ _____
4. Localité _____ Direction _____
5. N° de la parcelle ☐☐☐ Axe secondaire _____
6. Nombre de ménages ☐ N° d'ordre G ☐ D ☐
7. N° d'ordre du ménage ☐ 8. N° d'identification

☐☐☐☐☐ (Ville ou Village, Strate et Localité) ☐☐☐☐☐ (Parcelle, N° de Ménages, N° du Ménage)

II. Visite

RAPPORT DE LA VISITE DU MENAGE

9. Enregistrement de visite	1	2	3
10. Date (jour et mois)			
11. L'heure de visite			
12. Code du supérviseur			
13. Code de l'enquêteur			
14. L'heure de début de l'interview			
15. L'heure de fin de l'interview			
16. Durée de l'interview (en minutes)			
17. Résultat *			

* Code résultat

1. Achevé
2. Partiellement achevé (Notez les raisons)
3. Différé
4. Pas de répondant à domicile
5. Refus
6. Autres

Observations : _____

	Chiffré par	Codifié par	Saisie par	Vérifié par
Nom				
Date				

Tableau 1 COMPOSITION DE MENAGE

N° d'ordre	001 Donner les noms et post-noms de toutes les personnes vivant actuellement ici en commençant par celui du Chef de ménage	002 Quel est son statut de résidence? Présent=1 Visiteur=2	003 Quel est son lien de parenté avec le Chef de ménage?	004 Degré de Parenté	005 Quel est son sexe? M=1 F=2	006 Quel est son état matrimonial? MM 1, MP 2, UM 3, UP 4, D.V.S. 5, C 6	007 Age		Encercler la case 4 femme de 13 à 49 ans
								Année	
22/23	a	24	25	26-27	28	29	30	31	b
01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09
10									10

☐ Cocher ici si le ménage nécessite une fiche supplémentaire

RECAPITULATION

Nombre de personnes dans le ménage ☐☐

Nombre de femmes éligibles âgées de 13 à 49 ans ☐☐

Nombre total de femmes ☐☐

Nombre de visiteurs ☐☐

CARACTERISTIQUES DE L'HABITAT (à remplir avec l'aide d'un adulte dans le ménage)

008 De combien de logements votre ménage dispose-t-il dans cette parcelle ?

Nombre ___ ___ ___

009 De combien de pièces pour résidence (habitation) se constitue (nt) votre logement(s) ?

Nombre ___ ___

010 Quelle est la nature de chacune des composantes suivantes ?

Murs		Sol		Toiture	
Dur	[1]	Terre	[1]	Tôles métal	[1]
Planches	[4]	Ciment	[2]	Eternit	[2]
Adobe	[3]	Carrelage	[3]	Tuiles	[3]
Pisé	[4]	Autres	[4]	Récupération	[4]
Autres	[5]			Végétale	[5]
				Autres	[3]

011 Quel est le mode d'éclairage utilisé par le ménage la nuit précédant l'enquête ?

Electricité	[1]	Coleman Aladin	[4]
Lampe tempête	[2]	Feu	[5]
Bougie	[3]	Autres ___ à préciser	[4]

012 Comment le ménage s'approvisionne-t-il en eau potable ?

Robinet	[1]	Fontaine	[3]
Puits	[2]	Autres ___ à préciser	[5]

013 Où se trouvent les latrines que le ménage utilise ?

Dans le logement	[1]	A l'extérieur	[3]
Dans la parcelle	[2]	Sans latrines	[4]

008 [ ] 32 — 009 [ ] 33 — 010 [ ] [ ] [ ] 34 — 011 [ ] 37 — 012 [ ] 38 — 013 [ ] 39

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL (s'adresse aux femmes tout état matrimonial de 13 à 49 ans)

I. Identification de l'enquêtée

1. Ville ou Village _____ Adresse de l'enquêtée _____
2. Zone _____ _____ (Rue ou Avenue et N°)
3. Strate _____ Point de départ _____
4. Localité _____ Direction _____
5. N° de la parcelle ☐☐☐ Axe secondaire
6. Nombre de ménages ☐ N° d'ordre G ☐ D ☐
7. N° d'ordre du ménage ☐ 8. N° d'identification

☐☐☐☐☐ (Ville ou Village, Strate et Localité) ☐☐☐☐☐ (Parcelle, Nbre de ménage, N° du ménage)

II. Visite

RAPPORT DE LA VISITE DE L'ENQUETEE

9. Enregistrement de visite	1	2	3
10. Date (jour et mois)			
11. L'heure de visite			
12. Code de superviseur			
13. Code de l'enquêteur			
14. L'heure de début de l'interview			
15. L'heure de fin de l'interview			
16. Durée de l'interview (en minutes)			
17. Résultat *			

* Code résultat

1. Achevée
2. Partiellement achevée (différé)
3. Partiellement achevée (refus de répondre)
4. Femme absente
5. Refus total de répondre
6. Autres

Observations: _____

	Chiffré par	Codifié par	Saisie par	vérifié par
Nom				
Date				

Noms et pont-noms de la femme : _____ [|] [|] 22 23

(Soyez sûre que ce numéro concorde avec celui encerclé dans la colonne 6) N° d'ordre

SECTION I : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

101 Connaissez-vous votre date de naissance ? [|] 24

Oui [1]
Non [2] (Passer à 103)

102 En quel mois et quel année êtes-vous née [|] [|] [|] [|] 25 26 27 28

_____ 19____ Ne sait pas [8 8] [8 8]
Mois Année

103 Quel âge avez-vous ? [|] [|] 29 30

_____
(âge au dernier anniversaire)

104 ENQUETRICE : Après avoir examiné avec soins les réponses à la Q. 102 ou 103, insister si nécessaire. Si aucune réponse n'est donnée, estimer l'âge et l'inscrire ci-dessous.

[|] [|] 31 32
âge

105 ENQUETRICE : Encercler le code correspondant à la manière dont vous avez déterminé l'âge de l'enquêtée.

[1] La femme connaît sa date de naissance dans la Q. 102 (mois et année)

[2] La femme connaît seulement l'année de naissance dans Q. 102 [|] 33

[3] La femme ne connaît pas sa date de naissance, mais son âge dans Q 103

[4] Aucune réponse n'a été donnée aux questions concernant l'âge qui a été estimé car même en insistant aucune réponse n'a été obtenue.

106 Pouvez-vous me dire où avez-vous passé la majeure partie des 13 premières années de votre vie : était-ce dans une ville, un centre urbain ou un village ?

[1] Ville [2] Centre [3] Village [4] Autres

34

ENQUETRICE : Demander le nom de l'endroit pour vérifier la réponse.

107 Quel est votre statut (état) matrimonial ?

Mariée monogame [1]
Mariée polygame [2]
Unie de fait monogame (union consensuelle) [3]
Unie de fait Polygame [4]
Divorcée, Séparée, Veuve [5]
Célibataire [6]

35

108 Quelle est votre tribu ?

36 37

109 Avez-vous jamais fréquenté l'école

Oui [1]
Non [2] (Passer à 111)

39

110 Quel est le niveau d'étude le plus élevé que vous avez atteint ?
ENQUETRICE : Encercler le niveau et l'année

Niveau		Année
Primaire	[1]	0 1 2 3 4 5 6
Secondaire	[2]	1 2 3 4 5 6 } Passer à 112
Supérieur	[3]	1 2 3 4 5 6 7+ } Passer à 112

40 41

111 Etes-vous apte à lire un journal ou une lettre par exemple ?

Oui [1]
Non [2]

42

112 Parlons maintenant de votre occupation. Comme vous le savez, il y a des femmes qui, en plus de ménage, travaillent soit à l'intérieur soit à l'extérieur de la maison et sont payées pour ce travail. Depuis la semaine passée, avez-vous fait un travail pour lequel vous avez été payée soit en espèce soit en nature ?

Oui [1]
Non [2]

43

113 Pouvez-vous me dire ce que sont vos occupations, en commençant d'abord par l'occupation principale et puis l'occupation secondaire ?

ENQUETRICE : Encercler l'occupation dans chaque cas

Occupation principale	Occupation secondaire
1 Ecole	1 Ecole
2 Ménage	2 Ménage
3 Travail	3 Travail
4 Femme libre	4 Femme libre
5 Chômeur	5 Chômeur
6 Pensionnée	6 Pensionnée
7 Inactive	7 Inactive
8 Autres cas	8 Autres cas
9 Indéterminé	9 Indéterminé

44 45

114 Quelles professions exercez-vous pour chacune de vos occupations ?

Inscrire ici la profession principale

Inscrire ici la profession secondaire

46 48

49 51

115 Si vous appartenez à une religion quelconque, pouvez-vous me l'indiquer ?

Catholique	1
Protestant	2
Musulman	3
Kimbanguiste	4
Religions traditionnelles	5
Autres _____ (à préciser)	6
Ne sait pas	8
Non déterminé	9

62

SECTION II : FECONDITE

201 Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur vos grossesses si vous en avez eues?
Quand avez-vous eu vos dernières règles?

- Moins d'un mois [1] (Passer à 203)
- Un à moins de deux mois [2]
- Deux à 9 mois [3]
- Plus de 9 mois [4]
- N'a pas encore ses règles [6] (Fin de l'interview)

53

202 Etes-vous enceinte à présent?

- Oui [1] (Passer à 204)
- Non [2]
- Ne sait pas / Pas sûre [8]

54

203 Avez-vous jamais été enceinte?

- Oui [1]
- Non [2] (Passer à 210)

55

204 Avez-vous jamais eu une naissance vivante?

- Oui [1]
- Non [2] (Passer à 216)

56

205 Combien de naissances vivantes avez-vous eu jusqu'à présent?
Je voudrais m'assurer que tous les enfants que vous avez mis au monde sont inclus, même s'il y a eu quelques uns qui n'ont vécu que quelques heures ou une période de temps très courte.

_____ Nombre

57 58

206 Combien de temps s'est-il écoulé depuis la naissance de votre dernier enfant?

_____ Nbre de mois _____ Ans

59 60 61 62

207 Avez-vous nourri le dernier enfant au sein?

- Oui [1]
- Non [2] (Passer à 210)

63

208 Pendant combien de mois l'avez-vous nourri au sein?

ENQUETRICE: Insister : Combien de mois votre enfant avait-il/elle lorsque vous avez définitivement arrêté de l'allaiter?

_____ Mois allait encore [8 6] jusqu'au décès [8 7]

64 65

209 Combien de mois avait l'enfant lorsque vous avez commencé à lui donner de la nourriture, même s'il s'agit du biberon, tout en continuant de l'allaiter

_____ Mois

Encore nourri au sein seulement [86]

Enfant décédé avant d'avoir reçu toute autre nourriture [87]

66 67

210 Où avez-vous accouché la dernière fois ?

Hôpital [1]

Maternité [2]

Dispensaire d'Etat [3]

Dispensaire ou clinique privée [4]

Domicile [5]

Autres _____ (à préciser) [6]

68

211 Qui vous a assistée lors de l'accouchement ?

Médecin [1]

Sage-femme [2]

Infirmier (e) [3]

Parente [4]

Voisines [5]

Autres _____ (à préciser) [6]

69

212 Quand vous étiez enceinte de votre dernier enfant, avez-vous rendu visite à un établissement médical, pour des soins pré-nataux ?

Oui [1]

Non [2] (Passer à 214)

70

213 Combien de fois ?

Nombre _____ 71

214 Et après l'accouchement avez-vous rendu visite à un établissement médical pour des soins post-natals ?

Oui [1] 72

Non [2] (Passer à 216)

215 Combien de fois ?

_____ 73
Nombre

216 A quel âge avez-vous eu votre première grossesse ?

_____ 74 75
(ans)

ENQUETRICE : Voir si la question 204 égale "Non" (code 2), passer à la Q. 220

217 Combien d'enfants avez-vous en vie actuellement ?

_____ 76 77
(Nombre)

ENQUETRICE : Insister : Avez-vous inclus les enfants qui ne vivent pas avec vous à présent ?

Oui [1] 78

Non [2] (Corriger 217)

ENQUETRICE : Si l'enquêtée n'a pas d'enfants qui sont en vie, inscrire 00 (zéro) dans 217 et passer à 219. Autrement, passer à 218.

218 Combien avez-vous de garçons et combien avez-vous de filles ?

Garçons [ ] 79 80 Filles [ ] 81 82

ENQUETRICE : Additionner le nombre de garçons et de filles et s'assurer que le total est conforme avec celui de 217

219 Voulez-vous avoir d'autres enfants dans le futur (en plus de la grossesse actuelle) ?

Oui [1] (Passer à 221)

Non [2] } (Passer à 223) 83

NSP/Pas sûre [8]

220 Voulez-vous avoir des enfants dans le futur ?

Oui [1]

Non [2] } (Passer à 225)

NSP/Pas sûre [3]

221 Combien d'enfants (d'autres enfants) voulez-vous avoir dans le futur ?

Nombre _____

222 Si c'était entièrement à vous de décider, quand voudriez-vous avoir votre (premier) prochain enfant ?

Dans un an (veut tomber enceinte) [1]

Entre un et moins de 2 ans [2]

Après deux ans [3]

Quand cela viendra, quand Dieu voudra [4]

Autre _____ [5]
(à préciser)

Ne sait pas / Pas sûre [6]

(Enquêteur: Voir si la question 203 égale "Non" (Code 2), passer à 224)

223 Avant de tomber enceinte la dernière fois, vouliez-vous avoir d'autres (des) enfants ?

Oui [1] (Passer à 225)

Non [2] }

NSP/Pas sûr [3] }

224 Si vous pouviez avoir le nombre exact d'enfants que vous désirez combien voudriez-vous en avoir ?

Nombre _____

225 Je voudrais maintenant vous poser une question générale. Quel est d'après vous le nombre idéal d'enfants qu'une famille devrait avoir ?

Nombre _____

SECTION III : REGULATION DE FECONDITE

301 La section que nous abordons traite de la régulation de la fécondité. Je voudrais m'assurer si vous avez connaissance de l'existence dans votre ville (région) d'un centre (service) s'occupant des questions y relatives.

Oui [1]
Non [2]

[ ] 92

302 Comme vous le savez, il y a divers moyens permettant à un couple de retarder la prochaine grossesse ou d'éviter des enfants lorsque ceux-ci ne sont pas désirés. Avez-vous déjà entendu parler de ces moyens contraceptifs.

Oui [1]
Non [2] (Passer à 304)

[ ] 93

ENQUETRICE : Inscrire les réponses aux Q. 303-306 dans le tableau à la page 12

303 Quelle méthode de planning familial connaissez-vous ?

ENQUETRICE : Insister : En connaissez-vous d'autres ?

ENQUETRICE : Inscrire le code [1] (oui) dans la colonne [A] pour chaque méthode mentionnée par l'enquêtée.

304 ENQUETRICE : Pour chaque méthode qui n'est pas encerclée dans la colonne [A] demander : je veux seulement être sûre ; avez-vous entendu parler de _____ méthode

ENQUETRICE : Encercler la réponse dans la colonne [B]. si l'enquêtée ne connaît aucune méthode (aucun code "oui" dans la colonne [A] ou [B] encercler 90 dans la colonne [D] et passer à la section V Q. 501.

305 ENQUETRICE : Pour chaque méthode pour laquelle "oui" est encerclée dans la colonne [A] ou dans la colonne [B] demander :

Avez-vous (votre mari a-t-il) jamais utilisé (eu)

_____ méthode

ENQUETRICE : Inscrire la réponse dans la colonne [C]

METHODES	A Connaissance (sans aide) Q. 303	B Connaissance (avec aide) Q. 304	C A utilisé Q. 305	D Utilise maintenant Q. 306 ou 307		
01 Pilule	1 Oui	2 Oui / 3 Non	1 Oui / 2 Non	01 Pilule	94	95
02 Préservatif	1 Oui	2 / 3	1 / 2	02 Préservatif	96	97
03 Méthodes vaginales	1 Oui	2 / 3	1 / 2	03 Méthodes vaginales	98	99
04 Injection	1 Oui	2 / 3	1 / 2	04 Injection	100	101
05 D.I.U	1 Oui	2 / 3	1 / 2	05 D.I.U.	102	103
06 Ligature des trompes	1 Oui	2 / 3	1 / 2	06 Ligature des trompes	104	105
07 Vasectomie	1 Oui	2 / 3	1 / 2	07 Vasectomie	106	107
08 Ogino/Calendrier	1 Oui	2 / 3	1 / 2	08 Ogino/Calendrier	108	109
09 Abstinence	1 Oui	2 / 3	1 / 2	09 Abstinence	110	111
10 Retrait	1 Oui	2 / 3	1 / 2	10 Retrait	112	113
11 Avortement provoqué	1 Oui	2 / 3	1 / 2		114	115
12 Autres.	1 Oui		1 / 2	12 Autres (à préciser)	116	117
(à préciser)				98 N'utilise aucune méthode	118	119

306 Est-ce que vous ou votre mari, utilisez une méthode de planification familiale pour éviter que vous ne tombez enceinte ? 120

Oui 1 (Passer à 308)

Non 2

307 Est-ce que vous ou votre mari, avez utilisé une méthode contraceptive le mois dernier ? 121

Oui 1

Non 2 (Encercler le code 98 (n'utilise aucune méthode) dans la colonne D et passer à 320)

308 Quelle méthode utilisez-vous (avez-vous utilisé)?

ENQUETRICE:

Si la réponse est avortement, coder "2" (Non) dans la question 307 au lieu de "1", et suivre les instructions données dans cette question. Dans les autres cas, écrire le nom de la méthode ci-dessous et encercler le code approprié dans la colonne [D]

122 123

_____
Méthode

ENQUETRICE : Si la méthode 06 ou 07 est encerclée dans la colonne [D] ci-avant passer à 318 ; si la méthode est 09 (abstinence) passer à 309 autrement passer à 312.

309 Vous avez dit que vous vous abstenez à ne pas avoir des rapports sexuels pendant un mois ou plus; Est-ce pour éviter des grossesses ou par tradition?

Eviter des grossesses [1] (Passer à 311)

Tradition [2]

124

310 Comment pouvez-vous l'expliquer? _____

_____

_____

125

311 En pratiquant l'abstinence, votre mari (partenaire) et vous, avez-vous un même lit ou des lits séparés ou vivez-vous dans des lieux différents?

Même lit [1]

Lits séparés [2]

Lieux différents [3]

Autres _____ [4]
(à préciser)

126

312 Si c'était entièrement à vous de décider, que préférez-vous utiliser actuellement? Votre méthode actuelle ou une autre méthode?

[1] Méthode actuelle
[2] Aucune méthode } (Passer à 315)
[3] Une autre méthode

127

313 Quelle méthode utiliseriez-vous?

- [01] Pilule
- [02] Préservatif
- [03] Méthodes vaginales
- [04] Injection
- [05] D. I. U.
- [06] Ligature des trompes
- [07] Vasectomie
- [08] Ogino/calendrier (Passer à 316)
- [09] Abstinence (Passer à 315)
- [10] Retrait (Passer à 315)
- [11] Avortement provoqué (Passer à 315)
- [12] Autres à préciser (Passer à 315
- [13] Aucune (Passer à 315)

[ ][ ] 128 129

314 Pourquoi n'utilisez-vous pas cette méthode maintenant?

_____ [ ][ ] 130 131

_____

315 Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur la méthode que vous utilisez actuellement. Depuis que vous avez commencé à utiliser une méthode actuelle, avez-vous jamais arrêté de l'utiliser plus d'un mois?

- Oui [1]
- Non [2]
- Ne sait pas/Pas sûre [8]

} (Passer à 317)

[ ] 132

316 Pourquoi? _____

_____ [ ][ ] 133 134

_____

317 Depuis quand utilisez-vous votre méthode actuelle (sans interruption cette fois)?

[ ][ ] Ans [ ][ ] Mois [8][8] Ne sait pas/Pas sûre

[ ][ ] 135 136

318 Avez-vous eu des problèmes ou des difficultés avec votre méthode actuelle?

- Oui [1]
- Non [2] (Passer à 328)

[ ] 137

319 Quels problèmes avez-vous eu? (ENQUETRICE : Insister rien d'autre?)

_____ [ ][ ] 138 139

_____

(Passer à 328)

320 ENQUETRICE : Voir 202

Oui enceinte [1] (Passer à 325)

Non pas enceinte [2]

Ne sait pas / Pas sûre [8]

* Ou blanc

321 Pouvez-vous me dire quelle est la raison majeure pour laquelle vous n'utilisez pas de méthode de planification familiale pour retarder ou pour éviter un grossesse ?

_____ [ ] 140

_____

322 Y-a-t-il une autre raison ? _____ [ ] 141

_____

_____

323 Si un jour vous desiriez commencer à utiliser une méthode de planification familiale, quelle méthode choisiriez-vous ?

[01] Pilule

[02] Préservatif

[03] Méthodes vaginales

[04] Injection

[05] D.I.U

[06] Ligature des trompes

[07] Vasectomie

[08] Ogino / calendrier

[09] Abstinence

[10] Retrait

[11] Avortement provoqué

[12] Autres

[13] Pas sûre (passer à 325)

[14] Aucune/n'utiliserait pas (Passer à 325)

[ ][ ] 142 143

324 Combien d'enfants aimeriez-vous avoir avant d'utiliser une méthode contraceptive ? Nombre _____ [ ] 144

325 En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous qu'un couple utilise une méthode de planification familiale ?

Approuve [1] (Passer à 327)

Désapprouve [2]

Ça dépend [3]

N.S.P / Pas sûre [8]

(Passer à 327) [ ] 145

326 Quelles sont les raisons de votre désapprobation d'utiliser la planification familiale ?

_____ [ ] 146 [ ] 147

_____

327 Les épouses donnent diverses raisons pour ou contre les mesures prises pour retarder ou éviter les grossesses. Je vais vous donner lecture d'une fiche où sont consignées certaines de ces raisons. Dites-moi, s'il vous plaît, celle que vous considérez comme la plus importante.

Motifs d'approbation (voir 326)	Motifs de désapprobation ou d'incertitude (voir 325)
A LIRE A HAUTE VOIX	A LIRE A HAUTE VOIX
1 La santé de la mère	1 C'est contraire à la religion
2 L'impossibilité de prendre soins de chaque enfant	2 C'est contraire à la morale
3 La raison matérielle de la famille	3 C'est nuisible à la santé
4 L'impossibilité de subvenir aux besoins de l'enfant maintenant et plus tard	4 Trop compliqué
5 Contribuer au bonheur de la famille	5 Trop coûteux
6 La famille compte déjà le nombre de garçons et de filles souhaité	6 Le mari désapprouve
7 Pour que la mère puisse travailler	7 Il est bon d'avoir une famille nombreuse
8 Pour que les deux conjoints soient libres de se livrer à d'autres activités	8 Il est bon pour le pays d'avoir une population importante
9 Il est bon pour le pays d'avoir peu d'habitants	

? instructions pour la codification

148

328 Je vais vous lire une liste de six raisons pour lesquelles une femme peut souhaiter mettre fin à une grossesse par avortement.
Dites-moi s'il vous plaît, si vous approuvez l'avortement dans l'une quelconque des ces situations.

ENQUETRICE: Lire à haute voix la liste ci-après et porter les réponses dans les colonnes appropriés

Motifs de mettre fin à une grossesse par avortement	Approuve	Désapprouve	Ne sait pas	
1. La grossesse ménace gravement la santé de la mère	1	2	3	149
2. Le couple n'a pas les moyens d'élever un autre enfant	1	2	3	150
3. La grossesse réduit les chances de la jeune fille de se marier	1	2	3	151
4. Il y a de bonnes raisons de penser que l'enfant sera anormal	1	2	3	152
5. Le couple ne veut plus d'enfant	1	2	3	153
6. La grossesse ménace la scolarité de la mère	1	2	3	154

329 Certaines femmes s'arrangent avec l'aide d'un médecin, d'une sage-femme ou d'une autre façon, pour mettre avant terme fin à une grossesse. Cela vous est-il arrivé ?

Oui 1

Non 2 (Passer à la Section IV) 155

330 Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

Nombre _____ 156

SECTION IV : DISPONIBILITE

401 ENQUETRICE : Encercler ci-dessous le code encerclé dans la colonne [D] du tableau 1 Section III page 12. Ensuite, suivre les instructions données ci-dessus

[0 1] Pilule
[0 2] Préservatif
[0 3] Méthodes vaginales
[0 4] Injectation
[0 5] D.I.U.
[0 6] Ligature des trompes
[0 7] Vasectomie
[0 8] Ogino/calendrier
[0 9] Abstinence
[1 0] Retrait
[1 1] Autres
[9 0] N'utilise pas

(Passer à 403)

(Passer à la Section V)

[ ][ ] 157 158

402 D'habitude qui obtient la méthode que vous utilisez actuellement ?

L'enquêtée [1] Son mari [2]

Autres _____ [3]
(à préciser)

[ ] 159

403 Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous obtenez votre méthode. Où obtenez-vous (votre mari obtient-il) votre méthode ?

Hôpital/clinique [1]
Dispensaire d'Etat [2]
Dispensaire (religieux) [3]
Médecin privé [4]
Pharmacie [5]
Visiteuse à domicile [6] (Passer à 475)
Autres _____ [7]
(à préciser)
Ne sait pas/Pas sûre [8]

[ ] 160

404 Combien de temps cela prend-il pour vous rendre de votre domicile à cet endroit ?

Heures [ ][ ] Minutes [ ][ ] Pas sûre N.S.P. [8][8][8]

405 Quelle moyen de transport utilisez-vous (utilise-t-il) pour s'y rendre.

Est-ce à _____ (Citer le moyen)

A pied	1	Voiture personnelle	4	Autres	7
Taxi	2	Véhicules des commerçants	5	_____ (à préciser)	
Vélo	3	Transport public	6		

406 Est-ce difficile ou facile de vous rendre là-bas ?

Difficile/quelques fois difficile	1	
Facile	2	(Passer à 408)
Ne sait pas / Pas sûre	3	

407 Pourquoi est-ce difficile ?

_____

_____

408 Pensez-vous qu'il y ait des raisons pour lesquelles une personne qui désire utiliser une méthode de contraception ne voudrait pas se la procurer à cet endroit ?

Oui	1	
Non	2	(Passer à 410)
Ne sait pas/Pas sûre	3	

409 Quelles seraient ces raisons ?

_____

_____

410 **ENQUETRICE:** Encercler ci-dessous le code encerclé dans la colonne [D] du tableau 1 de la Section III. Ensuite, suivre les instructions données ci-dessous

[01]	Pilule	[04]	Injection	Passer à la Section V
[02]	Préservatif	[05]	D.I.U.	
[03]	Méthodes vaginales	[06]	Ligature des trompes	
		[07]	Vasectomie	

411 Est-ce que l'endroit où vous vous procurer votre méthode est ouvert au moment que vous considérez le plus pratique pour vous?

Oui [1]
Non [2]
N.S.P/Pas sûre [8]

[ ] 411

412 Avez-vous toujours été capable d'obtenir votre méthode à l'endroit habituel ?

Oui [1]
Non [2]
N.S.P/Pas sûre [8]

[ ] 412

413 Qu'avez-vous fait lorsque vous n'avez pas pu obtenir votre méthode à l'endroit habituel? (de cette manière)?

A obtenu la méthode ailleurs [1]
A utilisé autres méthodes [2]
N'a pas utilisé de planification familiale [3]
Autres [4] _____
(à préciser)

[ ] 413

414 Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions au sujet de la visiteuse à domicile. Vous a-t-elle jamais rendu visite?

Oui [1]
Non [2] (Passer à 416)
N.S.P./Pas sûre [8] (Passer à la section V)

[ ] 414

415 Vous a-t-elle rendu visite dans les trois derniers mois?

Oui [1]
Non [2]
N.S.P/Pas sûre [8]

[ ] 415

416 Pensez-vous qu'il ait des raisons pour lesquelles une personne qui désire utiliser une méthode de contraception ne voudrait pas l'obtenir de la visiteuse à domicile?

Oui [1]
Non [2]
N.S.P. / Pas sûre [8]
(Passer à la Section V)

[ ] 416

417 Quelles seraient les raisons?

_____

_____

_____

_____

[ ] 417 [ ] 418

SECTION V : SITUATION DE FAMILLE

501 Tout à l'heure vous avez dit que votre situation (statut) matrimoniale était :

- Mariée monogame [1]
- Mariée polygame [2]
- Unie de fait (union consensuelle) [3]
- Unie de fait polygame [4]

(Passer à 504)

- Divorcée, séparée, veuve [5] (Passer à 503)
- Célibataire [6]

ENQUETRICE : Vérifier si la réponse est la même qu'à la question 107. Si non, reprendre la question.

502 Avez-vous jamais eu un partenaire ?

Oui [1]

Non [2] (Fin de l'interview. Remercier l'enquêtée pour sa collaboration)

503 Actuellement avez-vous un partenaire ou vivez-vous avec un homme ?

Oui [1]

Non [2] (Passer à 510)

504 Depuis quand cohabitez-vous ?

_____ (ans)

505 Autant que vous le sachiez, est-il physiologiquement possible que vous et votre mari (partenaire) aient un enfant dans le futur si vous voulez en avoir ?

Oui [1] (Passer à 507)

Non [2]

N.S.P./Pas sûre [8] (Passer à 507)

506 Pensez-vous que vous avez atteint la ménopause?

Oui [1] (Passer à 509)

Non [2]

30

507 Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions concernant votre mari (partenaire). Pensez-vous qu'il veuille avoir d'autres enfants dans le futur?

Oui [1]

Non [2]

N.S.P./pas sûre [8]

31

508 Pensez-vous que votre mari approuve ou désapprouve la planification des naissances?

Approuve [1]

Désapprouve [2]

Ça lui est égal [3]

Dit que ça dépend [4]

Ne sait pas/Pas sûre [8]

32

509 Quel est le niveau d'étude le plus élevé que votre mari ait atteint?

ENQUETRICE : Encercler le niveau et l'année

NIVEAU	ANNEE						
[1] Primaire	0	1	2	3	4	5	6
[2] Secondaire		1	2	3	4	5	6
[3] Supérieur		1	2	3	4	5	6 7/+

[4 0] N'est pas allé à l'école

[8 8] Ne sait pas/Pas sûre

33 34

510 Maintenant rappelez-vous du temps ou vous vous êtes mariée (ou vous avez commencé à avoir un partenaire). A quel âge vous êtes-vous mariée (avez-vous commencé à avoir un partenaire) la première fois?

_____ (ans)

35 36

511 **ENQUETRICE** : Voir 501 si la femme est polygame toute forme d'union code [2] ou [4] demander: Combien de femmes, y compris vous, a-t-il votre mari (partenaire)?

_____ Nombre ↓ Ne sait pas [8] ↓ [ ] 37

512 Quel est votre rang au sein du mariage (union) actuel? Etes-vous la première la deuxième... femme? (par ordre de mariages contractés par votre mari (partenaire)?

_____ [ ] 38

513 **ENQUETRICE** : Voir 501, si la femme est actuellement mariée ou en union code [1] à [4]; demander : Quel est le rang de votre mariage actuel?

[1] [2] [3] [4] [ ] 39

ENQUETRICE : Passer à la Section VI

SECTION VI : MORTALITE EN BAS AGE ET UTILISATION DE L'INFRASTRUCTURE SANITAIRE

601 Avez-vous des enfants âgés de moins de 5 ans qui sont morts les 12 derniers mois ?

Oui [1]
Non [2] (Passer à 603)

40

602 Combien ?

Nombre _____

41

603 Combien d'enfants âgés de moins de 5 ans qui ont eu de la rougeole dans les 12 derniers mois ?

Nombre _____
Aucun [0]

42

604 Combien d'enfants sont morts de la rougeole dans les 12 derniers mois ?

Nombre _____

43

605 Au cours de 12 derniers mois, y a-t-il quelqu'un dans la famille qui est tombé malade ?

Oui [1]
Non [2]

44

606 Etes-vous membre d'une mutuelle ou d'une caisse de sécurité ?

Oui [1] _____ (Inscrire nom mutuelle ou caisse sécurité)
Non [2]

45

607 Souhaiteriez-vous que l'I.N.S.S. ou le département de la Santé puisse en créer ?

Oui [1]
Non [2]

46

608 Existe-t-il une formation médicale dans votre zone ?

Oui [1]
Non [2] (Passer à la Section VII)

47

609 La fréquentez-vous ou la personne dans votre famille la fréquente-t-elle chaque fois qu'on se sent malade ?

Oui [1] (Passer à 611)

Non [2]

48

610 Pourquoi ne la fréquentez-vous pas ?

N'y a pas pensé [1] Trop loin [3]

Ne mérite pas [2] Autres raisons [4]

49

611 Quel moyen utilisez-vous habituellement pour vous y rendre ?

A pied [1] Voiture personnelle [4] Autres [7]

Taxi [2] Véhicules des commerçants [5]

Vélo [3] Transport public [6]

60

612 A quelle distance se trouve cette formation médicale (dispensaire) ?

Km

51 52

613 Combien de temps mettez-vous pour y arriver ?

Minutes

53 55

614 Combien de temps attendez-vous le médecin ou l'infirmier avant être reçu ?

Minutes

56 58

SECTION VII : MODULE SANTE DE L'ENFANT

701 ENQUETRICE : Voir 217 et encercler la case appropriée
A des enfants en vie [1]
N'a pas d'enfants en vie [2] (Passer à la Section VIII) → 59

702 Avez-vous des enfants âgés de moins de 5 ans ?
Oui [1]
Non [2] (Passer à la Section VIII) → 60

Nº d'ordre 61/69	703 ENQUETRICE : Demander les noms des enfants âgés de moins de 5 ans en commençant par le plus jeune	704 Age en (mois)	705 Sexe	706 Votre enfant a-t-il eu la diarrhée (cours des deux dernières semaines ?	707 Comment l'avez-vous traité ? ENQUETRICE : Voir code diarrhé	708 Votre enfant a-t-il eu la fièvre au cours de deux dernières semaines ?	709 Etait-ce de la malaria ?	710 Comment l'avez-vous traité ? ENQUETRICE : Voir code malaria	711 Votre enfant a-t-il vu des vers intestinaux au cours des six derniers mois ?	712 Comment l'avez-vous traité ? ENQUETRICE : Voir code vers intestinaux	713 Votre enfant a-t-il jamais souffert au cours de ces derniers mois d'autres problèmes	714 Votre enfant a-t-il été vaccin contre ..... ENQUETRICE Voir code vaccinations
			M [1] F [2]	Oui [1] Non [2]		Oui [1] Non [2]	Oui [1] Non [2]		Oui [1] Non [2] NSP [8]		1: Pr. 2: Pr.	
			M [1] F [2]	Oui [1] Non [2]		Oui [1] Non [2]	Oui [1] Non [2]		Oui [1] Non [2] NSP [8]		1: Pr. 2: Pr.	
			M [1] F [2]	Oui [1] Non [2]		Oui [1] Non [2]	Oui [1] Non [2]		Oui [1] Non [2] NSP [8]		1: Pr. 2: Pr.	
			M [1] F [2]	Oui [1] Non [2]		Oui [1] Non [2]	Oui [1] Non [2]		Oui [1] Non [2] NSP [8]		1: Pr. 2: Pr.	

Code : Diarrhé
1 Rien
2 L'eau sucrée et salée
3 L'eau de riz bouillie
4 Infusion de pelure de mangues ou des feuilles de goyave
5 Solution orolyte
6 Médicaments
7 Aller au dispensaire ou à l'hôpital
8 Autres (préciser) _____
9 Ne sait pas

Code : Malaria
1 Rien
2 Médicaments chloroquines
3 Médicaments autres (quinine)
4 Aspirine
5 Plantes médicales (guérisseur)
6 Prophète
7 Aller au dispensaire ou à l'hôpital
8 Autres (préciser) _____
9 Ne sait pas

Code : Vers intestinaux
1 Rien
2 Médicaments metronidozoles
3 Médicaments vermox
4 Médicaments Décaris
5 Médicaments Piperazines
6 Plantes médicales (guérisseur)
7 Prophète
8 Aller au dispensaire ou à l'hôpital
9 Autres (préciser) _____
0 Ne sait pas

Code : Autres problèmes
1 Rien
2 Problèmes respiratoires
3 Gale
4 Rougeole
5 Varicelle
6 Conjonctivite
7 Kwachiorkor (malautrition)
8 Autres (préciser) _____
9 Ne sait pas

Code : Vaccinations
La rougeole [01]
La poliomyélite [02]
D.T. Per [04]
La B.C.G. [08]
Autres [16]
Ne sait pas [98]
N'a pas été vacciné [00]

704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714

SECTION VIII : MODULE SANTE

801 ENQUETRICE : Voir 605 et encercler la case appropriée. Quelqu'un dans la famille est tombé malade les 12 derniers mois ?
Oui [1]
Non [2] (Terminer l'interview)

ENQUETRICE : Inscrire dans la colonne 2 du tableau les prénoms des personnes qui ont eu besoins des soins pendant les 12 derniers mois. Pour chaque personne demander les Q 802 à 810

[ ] 78

N° d'ordre 77/78	802 Pouvez-vous me donner les noms des personnes dans le ménage qui sont tombées malades dans les 12 derniers mois ?	803 Quel âge a-t-il (elle)	804 Quel est son sexe? Masculin M = 1 Féminin F = 2	805 Combien de fois est-il (elle) tombé (e) malade? NSP = 98 ND = 99	806 Est-ce toujours la même maladie?	807 Où se faisait-il (elle) consulter	808 Par qui les consultations étaient-elles effectuées	809 A-t-il (elle) était hospitalisé(e)?	810 Pendant combien de temps (en jours) 97 98 : NSP 99 : ND	803 (79 80) 804 (81) 805 (82 83) 806 (84) 807 (85 86) 808 (87 88) 809 (89) 810 (90 91)
		(ans)	M [1] F [2]	Nombre	Oui [1] Non [2] NSP [8]	Domicile 01 Hôpital 02 Privée 04 G. Tradit 08 S. Consult. 16	Médecin 01 Infirmier 02 Guérisseur 04 Autres 08	Oui [1] Non [2]	(jours)	
		(ans)	M [1] F [2]	Nombre	Oui [1] Non [2] NSP [8]	Domicile 01 Hôpital 02 Privée 04 G. Tradit. 08 S. Consult. 16	Médecin 01 Infirmier 02 Guérisseur 04 Autres 08	Oui [1] Non [2]	(jours)	
		(ans)	M [1] F [2]	Nombre	Oui [1] Non [2] NSP [8]	Domicile 01 Hôpital 02 Privée 04 G. Tradit. 08 S. Consult. 16	Médecin 01 Infirmier 02 Guérisseur 04 Autres 08	Oui [1] Non [2]	(jours)	
		(ans)	M [1] F [2]	Nombre	Oui [1] Non [2] NSP [8]	Domicile 01 Hôpital 02 Privée 04 G. Tradit. 08 S. Consult. 16	Médecin 01 Infirmier 02 Guérisseur 04 Autres 08	Oui [1] Non [2]	(jours)	
		(ans)	M [1] F [2]	Nombre	Oui [1] Non [2] NSP [8]	Domicile 01 Hôpital 02 Privée 04 G. Tradit. 08 S. Consult. 16	Médecin 01 Infirmier 02 Guérisseur 04 Autres 08	Oui [1] Non [2]	(jours)	
		(ans)	M [1] F [2]	Nombre	Oui [1] Non [2] NSP [3]	Domicile 01 Hôpital 02 Privée 04 G. Tradit. 08 S. Consult. 16	Médecin 01 Infirmier 02 Guérisseur 04 Autres 03	Oui [1] Non [2]	(jours)	

APPENDICE B

LISTE DU PERSONNEL DE L'EPC-ZAIRE

Previous Page Blank

Portion Page Blank

LISTE DU PERSONNEL DE L'EPC-ZAIRE

1. Directeur technique

Bakutuvwidi-Makani

2. Superviseurs

Kinavwidi Lewu Niwembo
Munkatu Mpese
Ibudi Muyanda Muel

3. Responsables des opérations informatiques

Mayamona Madimbi
Bali Labi

4. Secrétariat - Gestion

Iwame-Beni

5. Enquêtrices

A. Milieu urbain

I. Kinshasa

01. Babile Tshilubwisha
02. Biketa Lumengo
03. Gema Massamba
04. Kitwanga-Ma-Gogo
05. Mansiantima Belolo
06. Mbiyavanga-Kakotalwa
07. Molowayi Bamoe
08. Mwanza Ndiangu
09. Nguwu Ngandji
10. Nsundi Bubu
11. Tshinkela Sinda
12. Tshioba Kabishi

II. Lubumbashi

01. Ilunga Ngombe
02. Kabanga Mputu
03. Kakese Mutoke
04. Mbombo Kamwanya
05. Mbuyi Mulonde
06. Mpanya Kalunga
07. Muadi Katunda
08. Munyungu Mubela
09. Numbi Nkulu
10. Tshilanda Kalondji

III. Kananga

01. Bakanseka Kabasele
02. Bialukengu Mutombo
03. Kandu Tshibuabua
04. Misenga Makenga
05. Njiba Biakushila
06. Ntumba Kapuku
07. Tshikonki Beya
08. Tshionyi Bamue

IV. Kisangani

01. Assina Mohamed
02. Liamba Amoti
03. Bondonga Mateso
04. Kavira Mulemba
05. Libila Mbengale
06. Mayola Selemani
07. Molisho Lituhaseka
08. Mpombo Djema
09. Mwamvuwa Ongenda
10. Rudahindwa Basa
11. Salumu Shambwa
12. Senga Malenga
13. Wetchi Olendo

B. Milieu rural

I. Vanga

01. Balapio Mwanabulu
02. Kafuti Lumengu
03. Kakawete Kiaya
04. Kateya Mitietie
05. Kibala Lubulu
06. Kibondo Nzala
07. Kipasa Bakwi
08. Kitiaka Nudji
09. Kiwene Adibana
10. Mahenda Tabandunu
11. Mbanza Mayumbu
12. Musunda Luamba
13. Ndedi Mindana
14. Sengi Mwenga

II. Nkara

01. Asele Kinu
02. Amenaba Mbulanda
03. Bapi Baswela
04. Lusankunga Bengekwa
05. Mafuta Miyuil
06. Mbanza Mayumbu
07. Mafundeme Nasanki
08. Mutondo Bubebasele
09. Mupepe Mafukwele
10. Musunda Luamba
11. Mukwanzo Sala
12. Ntowana Lawekumu
13. Ngoto Nkamay
14. Moke Adu-Enkel

6. Contrôleurs et vérificateurs

A. Milieu urbain

I. Kinshasa

Leta Say K.
Lubaki Mumatomina
Luya Nkendi A.
Kolo Govala
Kimbaka Boinde

II. Lubumbashi

Mbombo Kamwanya
Kakese Kabelebele
M. Henry Lebailly

III. Kananga

Bobe
Nkoko Kansala
Ginzamba Khajia
Masengu Mwadi
Kanku A. Tshibwabwa

IV. Kisangani

Munganga Botende
Salu
Assina Mohamed
Liamba Amoti
Salumu Shambwa

B. Milieu rural

Balapia Mwanakulu
Ndedi Mabamvu
Kipasa Bakwi
Mahenda Tabandunu

7. Codificateurs

1. Babile Tshilubwisha
2. Ibudi Muyanda
3. Kanku Mvidiesele
4. Kinzomba Mafwankadi
5. Kolo Govala
6. Lufuma Ndombasi
7. Luya Nlendi
8. Mansiantima Belolo
9. Matondo Mandenda
10. Mbembe Muabi
11. Milambo Mufwansoni
12. Nambata Umba
13. Tshindela Nsinda
14. Tuasahula dia Vunda