São Tomé e Príncipe Enquête Démographique et de Santé 2008-2009

Rapport Préliminaire

Instituto Nacional de Estatística
Ministério da Saúde

MEASURE DHS
ICF Macro
Calverton, Maryland, USA

Ce rapport présente les résultats préliminaires de la première Enquête Démographique et de Santé à São Tomé e Príncipe (EDS-STP), qui a été menée en 2008-2009 par l'Institut National de la Statistique (INE) et le Ministère de la Santé, et réalisée avec l'appui financier du Gouvernement de São Tomé e Príncipe, de l'UNFPA, de l'USAID, du PNUD, de l'UNICEF, de la Banque Mondiale (Projet d'appui au secteur social – Secteur de santé), de la Coopération Taiwanaise et du Projet santé pour tous). Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys – MEASURE DHS) de ICF Macro, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant et le VIH.

Pour tous renseignements concernant l'EDS-STP, contacter :

Instituto Nacional de Estatística
Caixa Postal 256
São Tomé, São Tomé e Príncipe

Téléphone : (239) 22 19 82/22 13 13/ 22 21 98/ 24 18 50
Fax : (239) 22 21 98/ 22 19 82
Adresse électronique : inestp@cstome.net
Adresse website : http://www.ine.st/home.html

Concernant le programme MEASURE DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de :

ICF Macro
11785 Beltsville Drive, Suite 300
Calverton, MD 20705 USA
Téléphone : (1) 301-572-0200
Fax : (1) 301-572-0999
E-mail : reports@macrointernational.com
Internet : http://www.measuredhs.com

República Democrática de São Tomé e Príncipe

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ 2008-2009

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Instituto Nacional de Estatística
Ministério da Saúde
São Tomé, São Tomé e Príncipe

MEASURE DHS
ICF Macro
Calverton, Maryland, U.S.A.

Septembre 2009

USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

UNFPA

unicef

PNUD

TABLE DES MATIÈRES

Page

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES v
LISTE DES ACRONYMES vii

1 INTRODUCTION 1

2 RÉALISATION DE L'ENQUÊTE 2
2.1 Échantillonnage 2
2.2 Questionnaires 2
2.3 Formation et collecte des données 3
2.4 Traitement des données 3
2.5 Tests de l'hémoglobine, de l'hépatite B et du VIH 3

3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES 6
3.1 Couverture de l'échantillon 6
3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés 6

4 FÉCONDITÉ 9

5 UTILISATION DE LA CONTRACEPTION ET PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ 11
5.1 Prévalence contraceptive 11
5.2 Préférences en matière de fécondité 13

6 SOINS PRÉNATALS ET ASSISTANCE À L'ACCOUCHEMENT 14

7 VACCINATION DES ENFANTS 15

8 TRAITEMENT DES MALADIES DE L'ENFANCE 16

9 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT 17

10 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS 18

11 PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE 20

12 MORTALITÉ DES ENFANTS 21

13 CONNAISSANCE DU VIH/SIDA 23

14 INDICATEURS DU PALUDISME 28

15 RÉSULTATS DES TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH 30

16 PRÉVALENCE DE L'HÉPATITE B 33

RÉFÉRENCES 35

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1 : Résultats de l'enquête ménage et l'enquête individuelle
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés
Tableau 3 : Fécondité actuelle
Tableau 4 : Utilisation actuelle de la contraception
Tableau 5 : Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants
Tableau 6 : Soins prénatals et accouchement
Tableau 7 : Vaccination par caractéristiques sociodémographiques
Tableau 8 : Traitement des infections respiratoires aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée
Tableau 9 : Type d'allaitement selon l'âge
Tableau 10 : État nutritionnel des enfants
Tableau 11 : Anémie chez les enfants et les femmes
Tableau 12 : Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans
Tableau 13 : Quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-économiques
Tableau 14 : Connaissance du sida
Tableau 15 : Connaissance des moyens de prévention du VIH
Tableau 16.1 : Partenaires sexuels multiples et rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Femmes
Tableau 16 2 : Partenaires sexuels multiples et rapports à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Hommes
Tableau 17 : Indicateurs du paludisme
Tableau 18 : Couverture du test du VIH
Tableau 19 : Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques
Tableau 20.1 : Prévalence de l'hépatite B chez les femmes
Tableau 20.2 : Prévalence de l'hépatite B chez les hommes

Graphique 1 : Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence
Graphique 2 : Quotients (‰) de mortalité par période de 5 ans avant l'enquête

LISTE DES ACRONYMES

CDV	Centre de Dépistage Volontaire
DHS	Demographic and Health Surveys
EDS-STP	Enquête Démographique et de Santé à São Tomé e Príncipe
HBsAg	Antigène de Surface de l'Hépatite B
INE	Instituto Nacional de Estatística
IRA	Infections Respiratoires Aigues
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
LCNPSSR	Laboratoire du Centre National de Prestation de Services de la Santé de Reproduction
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SRO	Sel de Réhydratation Orale
TRO	Traitement de Réhydratation Orale
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1 INTRODUCTION

La première Enquête Démographique et de Santé à São Tomé e Príncipe (EDS-STP) a pour objectif d'estimer de nombreux indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires au niveau de l'ensemble de la population et au niveau de certaines sous-populations comme les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de cinq ans. En particulier, au cours de l'EDS-STP, les informations collectées ont permis l'estimation des niveaux de la fécondité, de la mortalité des enfants. En outre, des données ont été recueillies non seulement sur l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de la planification familiale mais aussi sur les pratiques de l'allaitement, l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans, le paludisme et l'utilisation des moustiquaires, la santé de la mère et de l'enfant, la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du sida et autres infections sexuellement transmissibles et la violence domestique. Au cours de cette enquête, on a réalisé les tests d'anémie, de VIH et d'hépatite B.

L'EDS-STP a été exécutée par l'Instituto Nacional de Estatística (INE) et du Ministério da Saúde de septembre 2008 à janvier 2009 sur un échantillon représentatif national de 3 865 ménages. Toutes les femmes âgées de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête étaient éligibles pour être enquêtés. De plus, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête dans l'échantillon étaient éligibles pour les tests du VIH et de l'hépatite B. En outre, dans l'échantillon de ménages, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour le test d'anémie. Enfin, dans l'échantillon de ménages, toutes les femmes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin de déterminer leur état nutritionnel.

Ce rapport préliminaire présente seulement quelques indicateurs clés de l'EDS-STP. Un rapport d'analyse plus complet sera publié dans les prochains mois. Les résultats présentés ici étant préliminaires, il se peut qu'ils diffèrent très légèrement des résultats définitifs qui seront publiés dans le rapport final ; cependant, ces différences ne devraient pas être statistiquement significatives.

2 RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

2.1 Échantillonnage

L'EDS-STP vise la population des individus qui résident dans les ménages ordinaires à travers tout le pays. Un échantillon national de 3 865 ménages a été sélectionné. L'échantillon est stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 4 domaines d'étude, constitués des 4 régions du pays, pour lesquels une estimation est disponible pour tous les indicateurs clés. Le découpage du pays en quatre domaines pour les besoins de l'enquête a été fait par l'INE. Ainsi :

- la « Região Centro » comprend Água Grande et Mé-Zóchi ;
- la « Região Sul » comprend Cantagalo et Caué ;
- la « Região Norte » comprend Lembá et Lobata, et
- la « Região do Príncipe » comprend la région autonome de Príncipe.

La procédure retenue pour le tirage de l'échantillon de l'EDS-STP est un tirage aréolaire, stratifié et à 2 degrés. Au premier degré de sondage, 104 grappes ont été sélectionnées en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille; la taille étant le nombre de ménages. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces grappes a fourni une liste de ménages à partir de laquelle a été tiré au second degré un échantillon de ménages avec un tirage systématique à probabilité égale. Tous les membres de ces ménages ont été identifiés à l'aide d'un questionnaire ménage et chaque femme âgée de 15 à 49 ans que l'on a identifiée a été également enquêtée avec un questionnaire individuel femme. Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant de façon permanente dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées (environ 2 913).

De plus, dans l'ensemble de l'échantillon des ménages, un échantillon d'environ 2 296 hommes de 15-59 ans ont également été enquêtés au cours de l'EDS-STP. Toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour les tests du VIH et de l'hépatite B. En outre, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour le test d'anémie. Enfin, toutes les femmes éligibles pour l'enquête ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin de déterminer leur état nutritionnel.

2.2 Questionnaires

Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'EDS-STP : le Questionnaire Ménage, le Questionnaire Femme et le Questionnaire Homme. Le contenu de ces documents est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme MEASURE DHS.

Le Questionnaire Ménage a été utilisé pour lister tous les membres habituels et les visiteurs des ménages sélectionnés. Des informations de base sur les caractéristiques de chaque personne ont été collectées, y compris l'âge, le sexe, l'éducation et le lien de parenté avec le chef de ménage. L'objectif principal du Questionnaire Ménage était d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour des interviews individuelles. Le Questionnaire Ménage a aussi permis de collecter des informations sur les caractéristiques du ménage, telles que la provenance principale de l'eau de boisson, le type de toilettes, le type de matériau du sol du logement, la possession de certains bien durables, la possession et l'utilisation de moustiquaires et le type de sel utilisé dans le ménage. Ce questionnaire a également été utilisé pour enregistrer les personnes éligibles pour les mesures anthropométriques (poids et taille) et les tests d'hémoglobine et du VIH.

Le Questionnaire Femme a été utilisé pour collecter des informations sur toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans). Les questions portent sur les sujets très variés tels que :

- les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées ;
- l'historique des naissances ;
- la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- les préférences en matière de fécondité ;
- les soins prénatals, pendant l'accouchement et post-partum ;
- l'allaitement et les pratiques d'alimentation des enfants ;
- la vaccination et les maladies des enfants ;
- le mariage et l'activité sexuelle ;
- les caractéristiques du conjoint et le travail de la femme ;
- le sida et les autres infections sexuellement transmissibles ;

Le Questionnaire Homme a été administré à tous les hommes de 15-59 ans dans tous les ménages de l'échantillon de l'EDS-STP. Le Questionnaire Homme a permis de collecter le même type d'informations que celles contenues dans le Questionnaire Femme ; cependant il était plus court car ne contenant pas des questions concernant l'historique des naissances, la santé des mères et des enfants ou la nutrition.

Les questionnaires de l'EDS-STP ont été pré-testées du 5 au 8 août 2008. Une vingtaine d'agents recrutés ont été formés pendant trois semaines. Environ 100 ménages ont été visités à São Tomé au cours de la période de pré-test. Les leçons tirées de ce pré-test ont été valorisées dans la finalisation des instruments et de la logistique de l'enquête.

2.3 Formation et collecte des données

En ce qui concerne l'enquête principale, l'INE a recruté une cinquantaine de personnes pour la formation d'agents enquêtrices et enquêteurs, et 10 ont reçu la formation de laborantins (chargés de faire les prélèvements sanguins). La formation d'enquêteurs a duré trois semaines et celle des laborantins deux semaines. Les consultants de Macro ont participé la formation des enquêteurs et des agents de santé.

À l'issue de la formation, 42 agents de terrain ont été retenus et répartis en 7 équipes composées chacune d'un contrôleur (le chef d'équipe), de 4 enquêtrices et d'un laborantin.

La collecte des données a démarré le 2 septembre 2008 et s'est achevée au cours de la deuxième semaine du mois de janvier 2009.

2.4 Traitement des données

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté trois mois après le démarrage de l'enquête sur le terrain, en raison du départ précipité des deux responsables de la saisie, juste après le début de la collecte des données. Les questionnaires étaient renvoyés régulièrement du terrain à l'INE à São Tomé où des agents de bureau étaient chargés de leur vérification. Les données ont été saisies en utilisant CSPro, un logiciel développé conjointement par le Bureau du Recensement des États-Unis, le Programme DHS et le Serpro S.A. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. La saisie et la vérification de la cohérence interne des réponses se sont achevées en août 2009.

2.5 Tests de l'hémoglobine, de l'hépatite B et du VIH

Dans un ménage sur deux, les femmes de 15-49 ans, les hommes de 15-59 ans et les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour le test d'anémie. En outre, ces femmes et ces hommes étaient éligibles pour les tests du VIH et de l'hépatite B. Les protocoles pour les tests de l'anémie et du VIH ont été approuvés par le Comité d'Éthique d'ICF Macro à Calverton et par le Comité National d'Éthique à São Tomé e Príncipe.

Test de l'hémoglobine

Le test d'hémoglobine est la principale méthode pour diagnostiquer l'anémie ; ce test est effectué en utilisant le système d'HemoCue. Un consentement éclairé était lu à la personne éligible ou au parent/adulte responsable de l'enfant ou les jeunes de 15-17 ans. Ce consentement expliquait l'objectif du test, informait l'individu éligible (ou le parent/personne responsable) que les résultats seraient communiqués immédiatement à l'issue du test, et sollicitait la permission pour le test.

Avant de prélever le sang, le doigt était nettoyé avec un tampon imbibé d'alcool et séché à l'air. Ensuite, le bout du doigt (ou du talon quand l'enfant a moins de 6 mois ou dans le cas d'un enfant très maigre) était piqué avec une lancette rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang était récupérée dans une microcuvette et ensuite introduite dans le photomètre HemoCue qui indiquait le niveau d'hémoglobine. Ces résultats étaient enregistrés dans le Questionnaire Ménage et communiqués à la personne testée, ou au parent/adulte responsable, en expliquant la signification des résultats. Si la personne présentait une anémie sévère (un niveau d'hémoglobine <7 g/dl), le technicien lui fournissait une fiche de référence pour rechercher les soins auprès des services de santé.

Test de l'hépatite B

Le test rapide Determine® HBsAg est un dispositif de test immuno-chromatographique destiné à la détection qualitative de l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) dans le sang total, le sérum ou le plasma. Un consentement éclairé était lu à la personne éligible ou au parent/adulte responsable des jeunes de 15-17 ans. Ce consentement expliquait l'objectif du test, informait l'individu éligible (ou le parent/personne responsable) que les résultats seraient communiqués immédiatement à l'issue du test, et sollicitait la permission pour le test.

Avant de prélever le sang, le doigt était nettoyé avec un tampon imbibé d'alcool et séché à l'air. Ensuite, le bout du doigt était piqué avec une lancette rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang était récupérée dans la zone échantillon du dispositif, à laquelle on ajoutait 1 goutte de tampon (environ 40 µl). La lecture du résultat commençait à être chronométrée au bout de 15 minutes. Le test était positif, si deux bandes rouges distinctes étaient visibles, une dans la zone de test et une bande dans la zone de contrôle. Le test était négatif, si seule une bande dans la zone de contrôle était visible. Les résultats étaient enregistrés dans le Questionnaire Ménage et communiqués à la personne testée, ou au parent/adulte responsable, en expliquant la signification des résultats.

Test du VIH

Les prélèvements de sang étaient effectués auprès de tous les hommes et toutes les femmes éligibles de l'ensemble de l'échantillon qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole « anonyme et lié » développé par le projet DHS (Demographic and Health Surveys) et approuvé par le Comité d'Éthique d'ICF Macro. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon du sang. Le Comité National d'Éthique à São Tomé e Príncipe a également a approuvé le protocole « anonyme et lié » spécifique pour l'EDS-STP. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'était pas possible et ne sera pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Pour les personnes éligibles de l'enquête, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, un coupon leur était fourni pour obtenir, si elles le souhaitaient, les conseils et un test gratuit auprès d'un Centre de Dépistage Volontaire (CDV).

Pour accomplir les prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, chaque équipe de terrain comprenait un technicien spécialement chargé des prélèvements. Ces techniciens avaient reçu, au préalable, une formation spéciale sur tous les aspects des protocoles des tests d'anémie et du VIH. En premier lieu, pour chaque personne éligible, le technicien cherchait à obtenir son consentement éclairé après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement, la confidentialité et l'anonymat du test. Un coupon de référence était remis aux enquêtés pour rechercher les conseils et des tests gratuits auprès d'un CDV. Pour les femmes et les hommes qui acceptaient d'être testés, le technicien, en

respectant toutes les précautions d'hygiène recommandées, prélevait des gouttes de sang sur un papier filtre. Dans la plupart des cas, les gouttes de sang étaient obtenues de la même piqûre au doigt que pour l'anémie et l'hépatite B. Une étiquette contenant un code barre était collée sur chaque papier filtre contenant du sang. Une deuxième étiquette avec le même code barre était collée sur le Questionnaire Ménage sur la ligne correspondant au consentement de la personne éligible. Un troisième étiquette, toujours avec le même code barre, était collée sur la fiche de transmission. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures au minimum, dans une boîte de séchage avec des dessiccateurs pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Pour la conservation des prélèvements, des dessiccateurs et un indicateur d'humidité étaient placés dans le petit sac. Les sacs en plastique individuels étaient ainsi conservés secs jusqu'à leur acheminement régulier au Laboratoire du Centre National de Prestations des Services de la Santé de Reproduction (CNPSSR) à São Tomé pour être enregistrés et analysés.

Le test des anticorps anti-VIH et la restitution des résultats étaient effectués par le Laboratoire du CNPSSR à São Tomé. Pour ce qui concerne les procédures de test au laboratoire, les gouttes de sang séchées sur papier filtre étaient perforées à l'aide d'une poinçonneuse. Le poinçon coupé mesurait approximativement 6 mm de diamètre, et était ensuite plongé dans 150 microlitres de solution PBS pour extraction et recomposition du sang entier. Ensuite le Laboratoire du CNPSSR traité les prélèvements selon l'algorithme suivant :

Dépistage

L'algorithme utilisé a consisté à tester tous les échantillons en ELISA1 qui est le Vironostika® HIV Uni-Form II plus O (Biomérieux) selon le protocole fourni par le Fabricant. Il s'agit d'un ELISA de type Sandwich qui permet la détection de VIH-1, VIH-2 et de VIH-1 groupe O, donc très sensible, d'où son utilisation en première intention.

Confirmation

Les échantillons dépistés positifs en ELISA 1 (DO ech > valeur seuil) et 10 % des négatifs sont ensuite analysés à l'aide d'un second ELISA (ELISA 2 : Murex 1.2.0®). Ce deuxième ELISA à base de protéines recombinantes (VIH-1, VIH-2, VIH1 groupe O) est utilisé en deuxième intention car hautement spécifique.

Tous les échantillons positifs en ELISA 2 (DO ech > valeur seuil) et les discordants entre ELISA 1 et ELISA 2 ont fait l'objet d'un 3ème test, le Western Blot®.

Un programme en CSPro (*Census and Survey Processing System*) développé par ICF Macro, spécialement conçu selon l'algorithme retenu, était fourni au LBV pour la saisie des résultats des tests. Au fur et à mesure des entrées, ce programme procédait à un comptage automatique de toutes les entrées (nombre de prélèvements testés, nombre de positifs et de négatifs selon les différents kits utilisés). Toutes les deux semaines environ, les responsables du Laboratoire du CNPSSR fournissaient à l'INE les résultats agrégés de ces comptages de façon à ce que les responsables de l'enquête puissent suivre le déroulement des tests et déceler d'éventuelles anomalies.

3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 Couverture de l'échantillon

Au total, 3 865 ménages ont été sélectionnés dans 104 grappes et, parmi eux, 3 755 ont été identifiés et étaient occupés au moment de l'enquête. Parmi ces 3 775 ménages, 3 536 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 94 % (tableau 1).

Dans les 3 536 ménages enquêtés, 2 913 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle, et pour 2 615 d'entre elles, l'interview a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 90 % pour les interviews auprès des femmes. Pour l'enquête homme, au total 3 047 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages de l'échantillon. Parmi ces 3 047 hommes devant être interviewés individuellement, 2 296 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 75 %.

Tableau 1 Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle

Effectifs de ménages, de femmes et d'hommes sélectionnés, identifiés et enquêtés et taux de réponses, São Tomé e Príncipe 2008-2009

	Milieu de résidence		
Résultat	Urbain	Rural	Ensemble
Enquête ménage			
Ménages sélectionnés	1 552	2 313	3 865
Ménages identifiés	1 488	2 267	3 755
Ménages enquêtés	1 394	2 142	3 536
Taux de réponse des ménages	93,7	94,5	94,2
Enquête individuelle femme			
Effectif de femmes éligibles	1 307	1 606	2 913
Effectif de femmes éligibles enquêtées	1 173	1 442	2 615
Taux de réponse des femmes éligibles	89,7	89,8	89,8
Enquête individuelle homme			
Effectif d'hommes éligibles	1 235	1 812	3 047
Effectif d'hommes éligibles enquêtés	935	1 361	2 296
Taux de réponse des hommes éligibles	75,7	75,1	75,4

3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans constituent les populations-cible de l'EDS-STP. Le tableau 2 présente la répartition de ces femmes et de ces hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, l'état matrimonial, le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction, l'ethnie et la religion.

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes par caractéristiques sociodémographiques, São Tomé e Príncipe 2008-2009

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âges						
15-19	21,2	555	540	24,7	566	498
20-24	17,6	459	447	15,3	351	340
25-29	17,3	452	446	12,8	293	313
30-34	15,2	398	394	13,1	302	306
35-39	9,9	258	282	9,9	227	239
40-44	10,8	282	294	7,7	176	207
45-49	8,1	211	212	7,1	164	172
50-54	na	na	na	5,3	123	125
55-59	na	na	na	4,2	96	96
État matrimonial						
Célibataire	23,1	605	549	41,0	941	864
Marié	3,6	95	99	3,8	87	86
Vivant ensemble	62,1	1 623	1 655	45,9	1 053	1 102
Divorcé/séparé	10,8	283	298	9,0	206	236
Veuf	0,3	9	14	0,4	9	8
Milieu de résidence						
Urbain	54,8	1 433	1 173	49,5	1 136	935
Rural	45,2	1 182	1 442	50,5	1 160	1 361
Région						
Região Centro	63,9	1 670	935	57,8	1 328	664
Região Sul	12,4	324	636	13,7	315	663
Região Norte	19,2	502	626	23,3	535	522
Região do Príncipe	4,6	119	418	5,1	118	447
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	5,9	155	174	1,4	32	44
Primaire	57,6	1 506	1 626	55,4	1 273	1 378
Secondaire	35,4	925	785	40,3	926	798
Supérieur	0,7	19	12	1,9	44	34
Alphabétisation	0,4	10	18	0,9	20	42
Religion						
Catholique	69,8	1 826	1 851	60,4	1 386	1 405
Évangéliste	4,3	112	126	7,5	173	165
Adventiste	3,7	97	85	4,3	99	98
Témoins de Jéhovah	0,8	20	19	0,8	18	23
Mana	3,1	80	56	2,9	66	62
Nova apostolica	2,8	74	106	5,5	126	164
Musulmane	0,1	3	2	0,0	0	0
Sans religion	10,5	274	259	15,0	345	292
Autre	4,2	109	97	3,3	77	81
Nao respondeu	0,7	19	14	0,3	6	6
Ensemble	100,0	2 615	2 615	100,0	2 296	2 296

Note: Le niveau d'instruction correspond au plus haut niveau d'instruction atteint, qu'il ait été achevé ou non.
na = Non applicable

On remarque tout d'abord que les proportions de femmes et d'hommes diminuent régulièrement selon l'âge, passant chez les femmes de 21 % parmi celles de 15-19 ans à 8 % parmi celles de 45-49 ans ; chez les hommes, cette proportion varie de 25 % parmi ceux de 15-19 ans a 4 % parmi ceux de 55-59 ans.

Le tableau présente également la répartition des femmes et des hommes selon l'état matrimonial au moment de l'enquête. Précisons que, dans le cadre de l'EDS-STP, ont été considérés en union les femmes et les hommes ayant déclaré être mariés et ceux vivant avec un/une partenaire; à l'opposé, les femmes et les hommes ayant déclaré ne pas avoir ou ne pas avoir eu de partenaire ont été considérés comme célibataires. Selon cette définition, près d'une femme sur quatre (23 %) est célibataire, les deux-tiers sont en union (66 %) et 11 % sont en rupture d'union (veuvage et séparation). Les résultats concernant les hommes font apparaître une proportion plus élevée de

célibataires que chez les femmes (41 % contre 23 %). Corrélativement, la proportion d'hommes en union est plus faible (50 % contre 66 %). Par contre, la proportion d'hommes en rupture d'union est un peu plus faible que celle observée chez les femmes (9 % contre 11 %).

Les résultats concernant la répartition géographique montrent tout d'abord que la proportion de femmes vivant en milieu urbain est un peu plus élevée que la proportion de celles qui vivent en milieu rural (55 % contre 45 %). Par contre, chez les hommes, on ne constate pratiquement aucun écart entre les deux milieux (50 % en urbain contre 51 % en rural). En outre, on constate que c'est la région Centro qui concentre la proportion la plus importante de femmes et d'hommes (respectivement 64 % et 58 % d'hommes). À l'opposé, c'est dans la région do Príncipe que l'on note les proportions les plus faibles de femmes et d'hommes (5 %).

En ce qui concerne le niveau d'instruction, les résultats font apparaître des proportion très faibles de femmes et d'hommes sans aucune instruction (respectivement, 6 % et 1 %). Cependant l'écart entre les femmes et les hommes reste important. Une proportion très proche de femmes et d'hommes ont atteint un niveau primaire (respectivement 58 % et 55 %). Quant à la proportion de ceux qui ont atteint un niveau secondaire, on note qu'elle est plus faible et que, de plus, elle est un peu plus élevée chez les hommes que chez les femmes (40 % contre 35 %). Très peu de femmes et d'hommes ont atteint un niveau supérieur (respectivement 0,7 % et 1,9 %). Cependant, on note ici aussi un écart en faveur des hommes.

Le tableau 2 présente enfin la répartition des femmes et des hommes selon la religion. La majorité des enquêtés sont de religion catholique (70 % des femmes et 60 % des hommes). On peut souligner que parmi les hommes, 8 % sont évangélistes. Cette proportion n'est que de 4 % chez les femmes. En outre, 4 % des femmes et des hommes sont adventistes.

4 FÉCONDITÉ

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

Le tableau 3 présente les taux de fécondité par groupe d'âges ainsi que l'ISF pour la période des trois années ayant précédé l'enquête, selon le milieu de résidence. Le niveau de la fécondité des femmes de São Tomé e Príncipe demeure élevé puisque, en fin de vie féconde, une femme aurait, en moyenne, 4,9 enfants. Ce niveau de fécondité, relativement faible à 15-19 ans (93 ‰) augmente rapidement à partir de 20-24 ans où il demeure quasiment stable jusqu'à 30-34 ans. Il diminue par la suite pour atteindre 87 ‰ à 40-44 ans et un minimum de 8 ‰ en fin de vie féconde, à 45-49 ans. Les résultats mettent en évidence un écart important entre les deux milieux de résidence, l'ISF variant de 4,4 en urbain à 5,5 en rural. Quelque soit l'âge de la femme, sauf à 25-29 ans, les taux de fécondité sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain (graphique 1).

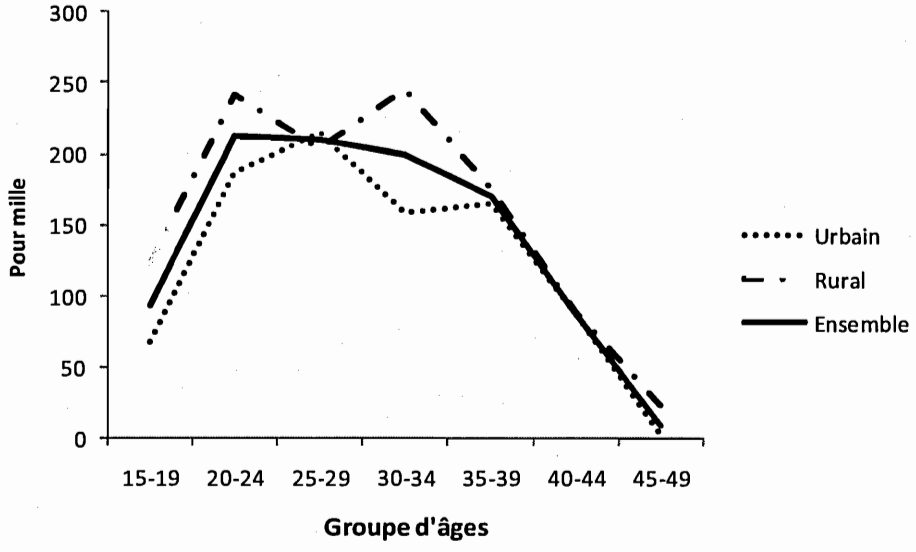
Tableau 3 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Brut de Natalité (TBN) et Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) pour la période des trois années ayant précédé l'enquête par milieu de résidence, São Tomé e Príncipe 2008-2009

	Milieu de résidence		
Groupe d'âges	Urbain	Rural	Ensemble
15-19	68	123	93
20-24	186	242	212
25-29	215	203	210
30-34	158	246	200
35-39	165	175	170
40-44	86	88	87
45-49	2	22	8
ISF	4,4	5,5	4,9
TGFG	146,0	184,0	163,0
TBN	32,4	36,7	34,5

Note: Les taux pour les groupes d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes.
ISF: Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme.
TGFG: Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes.
TBN: Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus.

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



5 UTILISATION DE LA CONTRACEPTION ET PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

5.1 Prévalence contraceptive

Le tableau 4 présente la prévalence contraceptive actuelle, c'est-à-dire la proportion de femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive. Près de deux femmes sur cinq ont déclaré utiliser une méthode contraceptive (38 %), essentiellement une méthode moderne (34 %). Seulement 5 % des femmes ont recours à une méthode traditionnelle pour planifier leurs naissances.

Les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées par les femmes sont la pilule (15 %) et les injections (12 %). Dans seulement 5 % des cas, les femmes ont déclaré utiliser le condom masculin. Parmi les méthodes traditionnelles, on note que c'est la continence périodique qui est la méthode la plus couramment utilisée (3 %).

Les résultats selon l'âge montrent que globalement le niveau d'utilisation de la contraception moderne augmente avec l'âge, la proportion d'utilisatrices passant de 21 % dans le groupe d'âges 15-19 ans à un maximum de 39 % dans le groupe 35-39 ans. Au-delà, la prévalence diminue pour atteindre son niveau le plus faible à 45-49 ans (19 %).

En outre, le niveau de la prévalence diffère selon le milieu de résidence : en effet, si en milieu rural, 40 % des femmes ont déclaré utiliser une méthode moderne, cette proportion n'est que de 28 % en milieu urbain. En particulier, en milieu rural, 19 % des femmes utilisent la pilule et 16 % les injections. Les résultats selon les régions font aussi apparaître des écarts du niveau d'utilisation : c'est dans la région do Príncipe que l'on enregistre la prévalence moderne la plus élevée (47 %) et dans les régions Centro et Sul que l'on note les plus faibles (32 %). D'autre part, les résultats montrent que la prévalence contraceptive est plus élevée parmi les femmes instruites que parmi celles sans instruction (37 % pour le niveau primaire et 32 % pour le niveau secondaire contre 15 % parmi celles sans instruction). Enfin, on remarque que c'est parmi les femmes ayant 3-4 enfants que la prévalence contraceptive est la plus élevée (39 %).

Tableau 4 Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode de contraception actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, São Tomé e Príncipe 2008-2009

Caractéristique sociodémographique	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Méthode moderne							Méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle			N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
			Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injections	Condom masculin	Mousse/ gelée	MAMA		Continence périodique	Retrait	Méthode populaire			
Groupe d'âges																
15-19	22,2	21,4	0,0	11,2	0,0	2,7	6,6	0,0	0,9	0,8	0,0	0,0	0,8	77,8	100,0	110
20-24	38,9	36,7	0,0	18,9	0,0	9,7	7,4	0,0	0,7	2,2	1,6	0,2	0,4	61,1	100,0	285
25-29	40,3	35,5	0,0	18,2	0,5	11,7	4,6	0,0	0,4	4,8	2,2	1,8	0,8	59,7	100,0	371
30-34	44,2	38,1	1,2	13,8	0,7	14,9	7,0	0,0	0,5	6,1	4,3	1,2	0,6	55,8	100,0	330
35-39	46,5	38,8	1,9	17,5	1,1	16,1	1,9	0,0	0,4	7,7	5,0	2,1	0,6	53,5	100,0	224
40-44	37,7	31,6	1,8	13,1	0,0	11,3	4,3	0,0	1,0	6,1	3,8	1,6	0,7	62,3	100,0	242
45-49	21,3	18,8	5,0	5,2	0,0	6,7	1,2	0,7	0,0	2,5	1,0	0,5	1,0	78,7	100,0	156
Milieu de résidence																
Urbain	33,3	28,0	1,5	11,6	0,6	7,9	5,9	0,1	0,4	5,2	3,9	0,6	0,8	66,7	100,0	911
Rural	44,1	40,1	0,8	19,0	0,1	15,5	3,9	0,0	0,7	4,1	1,6	1,9	0,5	55,9	100,0	807
Région																
Região Centro	37,9	32,0	1,1	13,6	0,5	10,0	6,2	0,1	0,4	5,9	3,7	1,6	0,6	62,1	100,0	1 063
Região Sul	33,5	31,9	1,5	11,6	0,0	15,6	1,3	0,0	1,9	1,6	1,1	0,0	0,5	66,5	100,0	224
Região Norte	40,3	37,0	1,3	20,3	0,3	11,5	3,4	0,0	0,2	3,3	1,8	0,5	1,0	59,7	100,0	354
Região do Príncipe	50,7	46,6	0,4	21,7	0,0	18,9	5,5	0,0	0,0	4,1	0,7	2,6	0,8	49,3	100,0	77
Niveau d'instruction																
Aucune instruction	18,3	14,7	0,7	1,6	0,0	11,9	0,0	0,0	0,5	3,6	1,9	0,0	1,6	81,7	100,0	123
Primaire/alphabétisation	40,7	36,6	1,1	16,9	0,2	14,2	4,0	0,1	0,2	4,1	1,9	1,5	0,7	59,3	100,0	1 135
Secondaire ou plus	38,0	31,5	1,5	14,1	1,0	4,6	8,8	0,0	1,5	6,5	5,3	0,7	0,5	62,0	100,0	460
Enfants vivants																
0	2,8	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	97,2	100,0	91
1-2	37,0	33,2	0,2	16,5	0,9	7,5	7,4	0,0	0,6	3,8	2,4	0,8	0,7	63,0	100,0	609
3-4	44,4	39,0	1,8	16,9	0,2	14,7	4,6	0,2	0,5	5,4	3,8	1,2	0,4	55,6	100,0	604
5+	39,5	33,5	2,0	13,5	0,0	15,0	2,4	0,0	0,6	5,9	2,6	2,1	1,2	60,5	100,0	414
Ensemble	38,4	33,7	1,2	15,1	0,4	11,5	5,0	0,1	0,6	4,7	2,8	1,2	0,7	61,6	100,0	1 718

Note: Si plus d'une méthode a été utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.
MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée.

5.2 Préférences en matière de fécondité

Parmi les femmes actuellement en union, un peu plus de la moitié (51 %) ont déclaré ne plus vouloir d'enfant, 31 % veulent attendre au moins deux ans avant d'en avoir un (autre), c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certain espacement des naissances, et 9 % ont déclaré qu'elles souhaitaient un (autre) enfant dans les deux ans à venir (tableau 5).

Tableau 5 Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, São Tomé e Príncipe 2008-2009

	Effectif d'enfants vivants							
Désir d'enfant(s)	0	1	2	3	4	5	6+	Ensemble
Veut un autre bientôt	59,4	14,6	12,1	6,6	3,3	2,8	0,7	8,6
Veut un autre plus tard	29,5	66,4	43,1	33,8	16,4	11,7	4,3	31,4
Veut un autre, NSP quand	0,5	6,5	5,1	3,0	1,4	2,2	0,0	3,1
Indécise	2,4	2,0	5,6	2,1	6,5	2,4	1,0	3,4
Ne veut plus d'enfant	2,0	8,8	31,8	51,8	71,3	78,4	89,1	51,0
Stérilisée	0,0	0,3	0,1	2,4	0,9	0,7	2,9	1,2
S'est déclarée stérile	6,0	1,5	1,3	0,3	0,0	1,4	1,8	1,1
Manquant	0,0	0,0	1,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	46	280	321	362	283	184	241	1 718

[1] Y compris la grossesse actuelle.
[2] Désire une prochaine naissance dans les 2 ans à venir.
[3] Désire retarder la prochaine naissance de 2 ans ou plus.
[4] Y compris à la fois la stérilisation masculine et féminine.

6 SOINS PRÉNATALS ET ASSISTANCE À L'ACCOUCHEMENT

Pour chaque enfant dernier né, dont la naissance est survenue au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles avaient bénéficié de soins prénatals pendant la grossesse. On constate au tableau 6 que pour la quasi-totalité des naissances (98 %), la mère s'est rendue en consultation prénatale, au moins une fois, auprès de personnel de santé formé. Cette proportion est élevée quelle que soit la caractéristique sociodémographique.

Tableau 6 Soins prénatals et accouchement

Pourcentage de femmes ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête qui ont reçu des soins prénatals dispensés par un professionnel de la santé au cours de la dernière grossesse et dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal; et, pour toutes les naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un professionnel de la santé et pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé en établissement de santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, São Tomé e Príncipe 2008-2009

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par du personnel formé[1]	Pourcentage dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal[2]	Effectif de femmes	Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par du personnel formé	Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé en établissement de santé	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance						
<20	99,4	85,7	186	85,7	82,9	287
20-34	98,2	80,2	930	81,6	78,1	1 219
35+	96,0	75,3	270	78,6	77,6	327
Milieu de résidence						
Urbain	98,4	83,1	684	88,7	86,0	890
Rural	97,5	77,0	703	75,1	71,9	943
Région						
Região Centro	97,3	80,1	834	84,5	82,1	1 085
Região Sul	98,3	75,6	187	75,0	69,4	240
Região Norte	99,0	79,5	302	78,4	75,1	423
Região do Príncipe	99,6	93,6	63	81,4	80,6	86
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	93,5	76,6	69	73,4	68,8	100
Primaire/alphabétisation	98,3	80,1	953	80,1	76,6	1 268
Secondaire ou plus	97,7	80,4	365	88,0	86,7	466
Ensemble	97,9	80,0	1 386	81,7	78,8	1 834

[1] Médecin, infirmière, sage-femme ou sage-femme auxiliaire.
[2] Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance), ou, au moins, cinq injections avant la dernière naissance.

En outre. Les résultats présentés au tableau 6 indiquent que dans 80 % des cas, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal ; ce taux de couverture, globalement élevée, varie quelque peu selon les différentes caractéristiques sociodémographiques. En effet, on note que, selon l'âge de la mère, le taux de couverture passe d'un maximum de 86 % parmi celles de moins de 20 ans à un minimum de 75 % parmi celles de 35 ans et plus. Ce niveau de vaccination varie aussi selon le milieu de résidence, de 83 % en urbain à 77 % en rural. Les résultats selon les régions font également apparaître des variations importantes ; c'est dans la région do Príncipe que la proportion de femmes dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal est, de loin, la plus élevée (94 %). En revanche, dans la région Sul, cette proportion n'est que de 76 %. Enfin, les résultats selon le niveau d'instruction ne font pas apparaître d'écarts très importants. Soulignons cependant que parmi les femmes sans instruction, la couverture antitétanique est un peu plus faible que parmi celles qui sont instruites (77 % contre 80 %).

Au cours de l'enquête, des questions concernant l'assistance au cours de l'accouchement et le lieu d'accouchement ont été également posées. Les résultats figurent aussi au tableau 6. Dans 82 % des cas, les femmes ont bénéficié d'une assistance par du personnel formé au cours de l'accouchement. Cette proportion est néanmoins un peu plus faible parmi celles du milieu rural (75 %), parmi celles de la région Sul (75 %) et parmi celles sans instruction (73 %). En outre, près de huit femmes sur dix ont accouché en établissement sanitaire (79 %). Cependant, dans la région Sul et parmi les femmes sans instruction, cette proportion n'est que de 69 %.

7 VACCINATION DES ENFANTS

Le tableau 7 présente les résultats concernant la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois.

Tableau 7 Vaccination par caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu certains vaccins à un moment quelconque avant l'enquête (selon un carnet de vaccination ou selon les déclarations de la mère), et pourcentage ayant un carnet de vaccination montré à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, São Tomé e Príncipe 2008-2009

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3	Polio[1] 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Tous les vaccins[2]	Aucun vaccin	% de carte montrée	Effectif d'enfants
Sexe													
Masculin	95,4	93,0	91,2	87,8	90,1	95,6	93,2	87,7	86,3	78,1	3,8	91,7	184
Féminin	96,9	94,4	88,0	87,0	92,5	93,5	87,5	85,5	81,3	74,8	2,7	94,5	157
Milieu de résidence													
Urbain	95,0	93,5	91,9	88,8	91,6	92,5	90,9	85,6	81,6	76,1	4,6	91,6	153
Rural	97,0	93,7	88,0	86,3	90,9	96,4	90,3	87,5	86,0	77,0	2,3	94,1	187
Région													
Região Centro	97,3	95,0	90,4	88,7	91,4	94,5	89,4	86,4	81,3	74,8	2,7	93,6	191
Região Sul	95,5	95,2	94,5	92,5	90,1	97,2	96,5	94,5	89,1	85,5	2,8	97,2	50
Região Norte	93,6	89,3	84,4	79,9	90,9	93,1	88,6	81,0	84,8	71,6	5,0	88,8	84
Região do Príncipe	96,4	96,4	96,4	96,4	94,4	96,4	96,4	96,4	96,4	96,4	3,6	94,4	16
Niveau d'instruction													
Aucune instruction	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12
Primaire/alphabétisation	95,0	92,6	88,9	87,6	89,8	94,1	90,5	87,4	84,8	77,7	4,2	91,8	242
Secondaire ou plus	98,7	95,9	91,0	87,9	94,2	95,3	89,4	85,2	83,3	74,1	1,3	95,2	86
Ensemble	96,1	93,6	89,8	87,4	91,2	94,6	90,6	86,7	84,0	76,6	3,3	93,0	341

[1] Polio 0 est la vaccination contre la polio donnée à la naissance.
[2] BCG, rougeole et les trois doses de DTCoq et de la polio (non compris la vaccination de la polio donné à la naissance).
* Basé sur des cas non-pondérés inférieurs à 25.

La couverture vaccinale des enfants de São Tomé e Príncipe est élevée. D'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, 77 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 3 % n'ont reçu aucun vaccin. Les autres n'ont été que partiellement vaccinés. Si l'on considère les vaccins spécifiques, on constate que la quasi-totalité (96 %) ont reçu le BCG, 94 % la première dose de DTCoq et 95 % la première dose de Polio. Cependant, malgré ces niveaux élevés de couverture vaccinale, on constate que la couverture vaccinale diminue avec le nombre de doses, passant de 94 % pour la première dose de DTCoq à 90 % pour la deuxième et à 87 % pour la troisième. Le taux de déperdition s'établit donc à environ 7 %. En ce qui concerne la polio, il est de 8 %. On note également que 84 % des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole. La couverture vaccinale de la polio varie peu selon les différentes caractéristiques sociodémographiques. Elle est cependant un peu plus élevée dans la région Sul (89 %).

La couverture vaccinale est légèrement plus élevée chez les garçons que chez les filles (78 % contre 75 %) et parmi les enfants dont la mère a un niveau primaire ou est alphabétisée (78 %) que parmi ceux dont la mère est plus instruite (74 %).

8 TRAITEMENT DES MALADIES DE L'ENFANCE

Au cours de l'enquête, on a demandé aux mères d'enfants de moins de cinq ans qui avaient eu des symptômes d'IRA, ou de la fièvre, ou bien de la diarrhée si un traitement avait été recherché pour soigner ces enfants malades. Les résultats sont présentés au tableau 8.

Parmi les enfants qui ont eu des symptômes d'IRA, on constate que dans les trois-quarts des cas (75 %), on a recherché un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé. Quand l'enfant avait eu de la fièvre, la proportion pour lesquels un traitement avait été recherché est plus faible (70 %) et c'est pour ceux qui avaient souffert de diarrhée que l'on a le moins fréquemment recherché des soins (51 %). On constate que les enfants du milieu rural sont plus fréquemment traités que ceux du milieu urbain, cela quelle que soit la maladie. Les résultats montrent aussi que 49 % d'enfants ayant eu de la diarrhée ont été traités à l'aide de sachets de SRO. Cette proportion varie de manière irrégulière avec l'âge. On ne constate pas d'écart selon le sexe de l'enfant. Par contre, il semble que les enfants du milieu rural aient reçu plus fréquemment ce type de traitement que ceux du milieu urbain (52 % contre 45 %). Enfin, on constate que par rapport aux enfants dont la mère a un niveau d'instruction primaire, ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus ont été plus fréquemment traités avec une SRO quand ils avaient la diarrhée (64 % contre 47 %). Enfin, les résultats du tableau 8 montrent également que 57 % d'enfants ayant eu la diarrhée ont été traités avec une TRO. Cette proportion est particulièrement élevée parmi ceux dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire (72 %).

Tableau 8 Traitement des infections respiratoires aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de la toux avec respiration courte et rapide (symptômes d'IRA) ou de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé; parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels un traitement a été recherché auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont reçu des sachets de sel de réhydratation orale (SRO), et pourcentage qui ont suivie une thérapie de réhydratation orale (TRO), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, São Tomé e Príncipe 2008-2009

	Enfants ayant des symptômes d'IRA		Enfants ayant la fièvre		Enfants ayant la diarrhée			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement/ prestataire de santé[1]	Effectif avec IRA	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement/ prestataire de santé[1]	Effectif avec IRA/ fièvre	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement prestataire de santé[1]	Pourcentage à qui on a donné des sachets de SRO[2]	Pourcentage traité avec une TRO[3]	Effectif avec diarrhée
Âge en mois								
<6	*	6	*	19	*	*	*	15
6-11	*	19	72,9	36	63,7	54,3	60,8	41
12-23	72,1	35	69,0	88	54,0	58,3	66,9	81
24-35	71,7	28	62,7	60	33,5	39,2	49,4	61
36-47	82,4	38	75,3	43	42,9	45,1	56,3	45
48-59	69,6	32	68,9	51	77,2	52,2	55,4	34
Sexe								
Masculin	70,3	84	64,7	168	49,0	49,3	55,0	147
Féminin	79,8	74	76,7	128	54,0	48,8	60,1	129
Milieu de résidence								
Urbain	68,2	42	61,2	144	49,4	44,5	54,1	115
Rural	77,1	115	78,0	153	52,7	52,3	59,7	161
Région								
Região Centro	73,5	123	71,5	212	45,7	44,8	51,5	193
Região Sul	*	9	83,4	21	69,2	78,6	81,0	18
Região Norte	81,4	21	57,9	57	63,6	53,4	67,7	59
Região do Príncipe	*	4	*	7	*	*	*	5
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	*	3	*	3	*	*	*	9
Primaire/alphabétisation	74,9	126	72,2	215	48,8	46,7	55,3	212
Secondaire ou plus	79,4	29	65,4	79	57,7	63,7	72,2	55
Ensemble	74,7	158	69,9	297	51,3	49,0	57,4	276

[1] Non compris les pharmacies, boutiques et les praticiens traditionnels.
[2] Y compris les sachets de SRO et les sachets de liquides SRO pré-conditionnés.
[3] Y compris les sachets de SRO, les sachets de liquides SRO pré-conditionnés, les Solutions Maison Recommandées (SMR).
* Basé sur des cas non pondérés inférieur à 25.

9 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Le tableau 9 présente les données sur les pratiques alimentaires des enfants de moins de trois ans.

Tableau 9 Allaitement selon l'âge

Parmi les plus jeunes enfants de moins de trois ans vivant avec leur mère, répartition (en %) selon qu'ils sont allaités ou non et pourcentage qui sont actuellement allaités; et, parmi les enfants de moins de trois ans, pourcentage nourris au biberon, selon l'âge en mois, São Tomé e Príncipe 2008-2009

	Allaitement et alimentation :										
Age en mois	Non allaité	Exclusivement allaité	Eau seulement	Liquides autres que le lait, jus	Autre lait	Aliments de complément	Total	Pourcentage actuellement allaité	Effectif des plus jeunes enfants de moins de 3 ans	Pourcentage nourri au biberon[1]	Effectif d'enfants de moins de 3 ans
0-1	0,0	76,0	6,5	2,0	7,5	8,0	100,0	100,0	53	9,0	55
2-3	0,0	38,7	8,8	3,2	22,9	26,3	100,0	100,0	63	20,6	65
4-5	0,0	44,0	9,6	5,6	10,1	30,6	100,0	100,0	71	17,8	76
6-8	0,7	11,3	6,2	4,0	4,7	73,1	100,0	99,3	110	30,6	113
9-11	3,5	2,0	1,9	0,8	3,3	88,5	100,0	96,5	82	45,0	82
12-17	15,5	0,0	0,0	0,0	1,1	83,5	100,0	84,5	145	46,0	149
18-23	76,2	0,8	0,0	0,0	0,2	22,8	100,0	23,8	183	33,0	191
24-35	96,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	100,0	4,0	302	33,5	351
0-3	0,0	55,8	7,8	2,7	15,8	17,9	100,0	100,0	116	15,3	120
0-5	0,0	51,4	8,5	3,8	13,7	22,7	100,0	100,0	187	16,3	196
6-9	1,3	9,4	5,4	3,2	4,1	76,6	100,0	98,7	138	34,4	141
12-15	8,1	0,0	0,0	0,0	0,6	91,3	100,0	91,9	98	50,5	101
12-23	49,3	0,4	0,0	0,0	0,6	49,7	100,0	50,7	329	38,7	341
20-23	80,0	1,4	0,0	0,0	0,4	18,2	100,0	20,0	107	28,4	112

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

[1] Basé sur tous les enfants de moins de trois ans

Globalement, on constate que jusqu'à l'âge de 11 mois la quasi-totalité des enfants sont allaités. À partir de cet âge, la proportion diminue mais reste cependant élevée dans le groupe d'âges 12-17 mois. C'est à partir de 18-23 mois que la pratique de l'allaitement devient mois fréquente puisque, dans ce groupe d'âges, seulement 24 % sont nourris au lait maternel et qu'à 24-35 mois, seulement 4 % sont encore nourris de cette manière. Il faut souligner que très peu d'enfants sont exclusivement allaités puisque même à 0-1 mois, la proportion ne recevant que le lait maternel est de 76 % et que de plus, dans ce groupe d'âges, 8 % reçoivent des aliments de complément, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations internationales concernant les pratiques alimentaires optimales du jeune enfant. On note également que parmi les enfants de moins d'un mois, 9 % sont nourris avec un biberon. À partir de six mois, environ un quart des enfants reçoivent des aliments de complément. Par contre, dans plus d'un quart des cas, les enfants ne sont pas nourris de manière adéquate.

10 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

Au cours de l'enquête, tous les enfants de moins de cinq ans présents dans les ménages enquêtés devaient être pesés et mesurés. Ces données sur le poids et la taille ont permis de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille), et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Les enfants qui se situent à moins de deux écarts type en dessous de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant sont considérés comme étant mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts type en dessous de la médiane sont considérés comme étant sévèrement mal nourris.

Les enfants dont la taille-pour-âge est en dessous de moins de deux écarts type de la médiane des normes OMS de la croissance sont considérés comme accusant un *retard de croissance*. Un retard de croissance est le signe d'une malnutrition *chronique*, et reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (paludisme par exemple). À São Tomé e Príncipe, près de trois enfants sur dix (29 %) souffrent de malnutrition chronique, 20 % sous la forme modérée et 9 % sous la forme sévère (tableau 10). Les variations du retard de croissance selon l'âge sont irrégulières. C'est cependant parmi ceux de moins de 6 mois que le niveau est le plus élevé (46 %). Les résultats selon le sexe de l'enfant et le milieu de résidence ne font apparaître pratiquement aucun écart. Par contre, la prévalence varie selon le niveau d'instruction de la mère :c'est parmi les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus que la prévalence de la malnutrition chronique est la plus faible (25 % contre un maximum de 31 % parmi ceux dont elle a un niveau primaire ou est alphabétisée).

Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous de moins de deux écarts type de la médiane des normes OMS de la croissance sont atteints *d'émaciation* ou *de maigreur*. Cette forme de malnutrition *aiguë* est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation ; elle peut être le résultat de maladies récentes comme la diarrhée ou d'une détérioration rapide des conditions d'alimentation. Les résultats montrent que 11 % des enfants sont émaciés : 7 % le sont sous la forme modérée et 4 % sont sévèrement émaciés. Les variations selon l'âge sont irrégulières et ne font pas apparaître de tendances. Cependant, on note une prévalence élevée parmi les enfants de 12-17 mois (15 %) ; Dans ce groupe d'âges, la prévalence de l'émaciation sous la forme sévère est aussi très élevée (6 %). Dans le groupe d'âges 36-47 mois, environ un enfant sur huit (13 %) est trop maigre par rapport à sa taille et 6 % sont sévèrement émaciés. On ne constate pas d'écart selon le sexe de l'enfant. Les résultats selon le milieu de résidence font apparaître une prévalence de l'émaciation un peu plus élevée en milieu rural qu'urbain (12 % contre 9 %). Dans les régions, le niveau de la malnutrition aiguë varie d'un minimum de 8 % dans la région Centro à un maximum de 17 % dans la région Sul. En fonction du niveau d'instruction de la mère, on note que ce sont les enfants dont la mère n'a aucune instruction qui sont plus fréquemment touchés par cette forme de malnutrition (13 % contre environ 10 % quand la mère est instruite). Enfin, il apparaît que les enfants dont la mère n'a pas été enquêtée mais vit néanmoins dans le ménage sont plus émaciés que les autres (15 % contre 10 %). Il en est de même pour l'émaciation sévère (8 %).

Les enfants dont le poids-pour-âge est en dessous de moins deux écarts type de la médiane des normes OMS de la croissance présentent une *insuffisance pondérale*. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Cette forme de malnutrition concerne 13 % des enfants de moins de cinq ans : 10 % en souffrent sous la forme modérée et 3 % sous la forme sévère. Les résultats selon l'âge montrent qu'avant l'âge de six mois, 20 % des enfants présentent une insuffisance pondérale. Cette proportion diminue globalement avec l'âge mais elle demeure élevée puisque, la proportion d'enfants affectés par cette forme de malnutrition varie d'un minimum de 9 % à 9-11 mois à un maximum de 19 % à 12-17 mois.

Tableau 10 État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel : taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, São Tomé e Príncipe 2008-2009

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	
Âge en mois							
<6	29,4	45,6	4,5	7,8	7,4	20,2	108
6-8	22,7	43,1	2,9	7,1	6,8	12,1	82
9-11	17,0	26,1	0,0	5,4	1,7	8,9	66
12-17	18,6	35,2	6,2	15,0	4,0	18,6	139
18-23	15,4	38,4	3,9	10,1	2,8	15,1	177
24-35	6,8	28,8	2,7	9,7	1,2	10,7	340
36-47	7,1	19,6	5,9	12,5	3,2	12,8	357
48-59	7,6	23,9	3,1	10,1	2,7	11,0	275
Sexe							
Masculin	12,6	29,1	5,1	10,9	3,6	15,7	772
Féminin	11,2	29,5	2,9	10,1	2,7	10,5	772
Milieu de résidence							
Urbain	10,1	29,3	3,4	9,2	2,8	12,3	843
Rural	14,0	29,3	4,7	12,0	3,5	14,1	702
Région							
Região Centro	10,3	28,6	2,3	7,5	2,3	12,6	819
Região Sul	15,2	33,2	7,4	17,4	5,7	16,3	232
Região Norte	15,8	33,0	5,5	11,0	3,3	12,3	394
Região do Príncipe	2,0	10,9	3,8	16,3	3,5	13,1	99
Niveau d'instruction[2]							
Aucune instruction	9,5	28,6	1,6	13,4	2,1	10,2	72
Primaire/alphabétisation	13,7	31,1	3,8	10,1	3,3	14,4	1 007
Secondaire ou plus	8,2	24,5	4,3	10,6	3,0	10,9	350
Interview de la mère							
Mère enquêtée	11,7	29,4	3,6	10,2	3,1	13,3	1 350
Mère non enquêtée mais vivant dans le ménage	20,2	28,2	8,4	15,4	4,1	16,2	80
Mère non enquêtée et ne vivant pas dans le ménage[3]	9,1	29,0	5,8	10,3	3,2	8,8	114
Ensemble	11,9	29,3	4,0	10,5	3,1	13,1	1 544

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

[1] Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane de la population de référence internationale.

[2] Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.

[3] Y compris les enfants dont la mère est décédée.

11 PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE

Un test d'anémie a été réalisé au cours de l'EDS-STP afin d'estimer la prévalence de l'anémie parmi les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de cinq ans. Le tableau 11 présente les résultats du test selon le niveau d'anémie.

Tableau 11 Anémie chez les enfants et les femmes

Pourcentage d'enfants âgés de 6-59 mois et de femmes de 15-49 ans considérés comme étant anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, São Tomé e Príncipe 2008-2009

Caractéristique sociodémographique	Anémie	Niveau d'anémie			Effectif
		Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	
ENFANTS					
Milieu de résidence					
Urbain	66,2	34,1	30,9	1,2	826
Rural	58,5	31,4	25,6	1,5	874
Région					
Região Centro	65,7	34,1	30,0	1,6	968
Região Sul	63,8	31,2	31,8	0,9	251
Região Norte	58,2	31,7	25,2	1,3	385
Região do Príncipe	39,2	26,4	12,4	0,4	95
Ensemble	62,2	32,7	28,2	1,3	1 700
FEMMES					
Milieu de résidence					
Urbain	45,5	35,2	9,7	0,6	1 365
Rural	41,1	33,4	7,1	0,5	1 137
Région					
Região Centro	43,0	33,2	9,4	0,5	1 577
Região Sul	47,8	38,2	9,2	0,5	321
Região Norte	44,5	37,4	6,3	0,8	486
Região do Príncipe	33,2	28,8	4,4	0,0	118
Ensemble	43,5	34,4	8,5	0,5	2 502

Note : Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage. La prévalence est ajustée en fonction du fait que la femme fume ou non et en fonction de l'altitude (pour les enfants et les femmes) en utilisant les formules du CDC (CDC, 1998). Les femmes et les enfants ayant <7.0 g/dl d'hémoglobine ont une anémie sévère, les femmes et les enfants ayant un niveau d'hémoglobine compris entre 7.0 et 9.9 g/dl ont une anémie modérée, les femmes non enceintes ayant un niveau entre 10.0 et 11.9 g/dl et les enfants et les femmes enceintes ayant 10.0-10.9 g/dl présentent une anémie légère.

En ce qui concerne les enfants, on constate que 62 % sont atteints d'anémie. Dans un tiers des cas (33 %), l'anémie est légère ; L'anémie modérée concerne 28 % des enfants et une proportion très faible d'enfants (1 %) sont sévèrement anémiques. Les résultats montrent que les enfants du milieu urbain sont un peu plus fréquemment atteints d'anémie que ceux du milieu rural (66 % contre 59 %). On note également des écarts selon les régions, la prévalence variant d'un minimum de 39 % dans la région do Príncipe à un maximum de 66 % dans la région Centro.

Les résultats concernant les femmes font apparaître une prévalence plus faible que celle observée chez les enfants (44 % contre 62 %). Un peu plus d'un tiers des femmes sont atteintes d'anémie sous la forme légère (34 %). L'anémie modérée touche 9 % des femmes et une proportion extrêmement faible est sévèrement anémique (moins d'un pour cent). Comme chez les enfants, on note une prévalence de l'anémie un peu plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (46 % contre 41 %). Dans les régions, le niveau le plus faible est observé dans la région do Príncipe (33 %) alors que le niveau le plus élevé est enregistré dans la région Sul (48 %).

12 MORTALITÉ DES ENFANTS

L'estimation de la mortalité infantile et juvénile constitue l'un des principaux objectifs de l'EDS-STP. Ce calcul se base sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés : 1) le quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire ; 2) le quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire ; 3) le quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure globalement la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire ; les composantes de la mortalité infantile que sont ; 4) le quotient de mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance ; et 5) le quotient de mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois. Chacun de ces quotients est exprimé pour 1 000 naissances vivantes (sauf pour la mortalité juvénile qui est exprimé pour 1 000 enfants survivants à douze mois) et a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

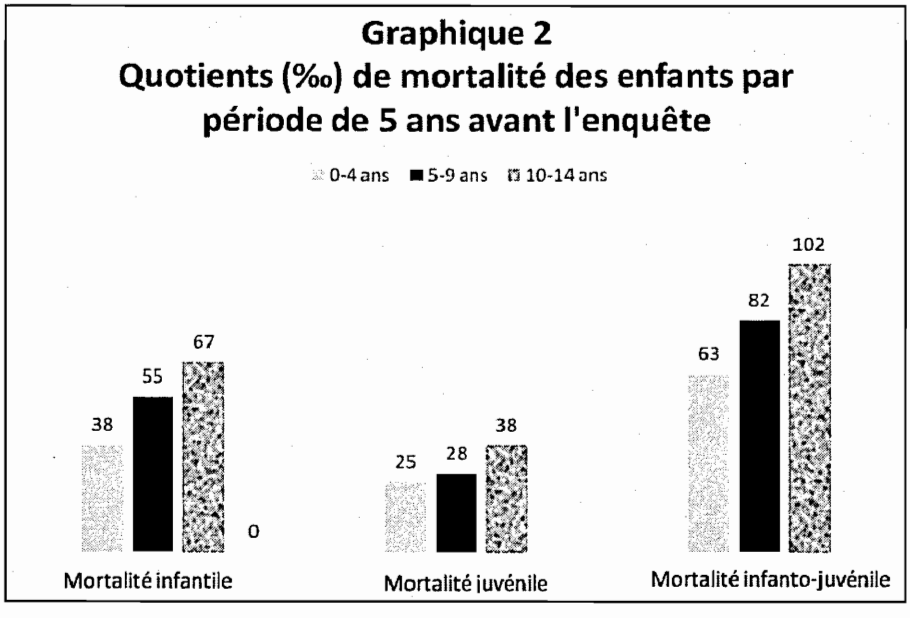
Le tableau 12 présente les différents taux pour trois périodes quinquennales précédant 2008-2009. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDS-STP, le risque de mortalité infantile est évalué à 38 décès pour 1 000 naissances vivantes; le risque de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, à 25 ‰. En outre, les résultats montrent que la mortalité néonatale est estimée à 18 ‰ et la mortalité post-néonatale à 20 ‰. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 63 ‰. Les données du tableau 13 représentées au graphique 2 permettent de retracer l'évolution de la mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile au cours des 15 dernières années. Il apparait que le niveau de la mortalité des enfants, quelle que soit la composante, a régulièrement diminué au cours de ces 15 dernières années.

Tableau 12 Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, São Tomé e Príncipe 2008-2009

Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale[1]	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
0-4	18	20	38	25	63
5-9	24	32	55	28	82
10-14	23	44	67	38	102

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



Au tableau 13, les taux de mortalité sont présentés en fonction de certaines caractéristiques comme le milieu et les régions de résidence et le niveau d'instruction de la mère.

Tableau 13 Quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-économiques

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période des dix années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-économiques, São Tomé e Príncipe 2008-2009

Caractéristique socio-économique	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale[1]	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Milieu de résidence					
Urbain	20	22	42	33	74
Rural	22	29	50	20	69
Région					
Região Centro	26	21	47	25	71
Região Sul	8	23	31	31	61
Região Norte	19	42	61	25	85
Região do Príncipe	5	11	16	42	57
Niveu d'instruction de la mère					
Aucun	68	39	106	36	138
Primaire	16	28	45	29	72
Secondaire ou plus	21	12	33	16	49

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

On constate des écarts du niveau de la mortalité entre les milieux de résidence. Les taux de mortalité infantile et post-néonatale sont plus faibles en milieu urbain que rural (respectivement, 42 ‰ contre 50 ‰ et 22 ‰ contre 29 ‰). Par contre, les taux de mortalité juvénile et infanto-juvénile sont plus élevés en milieu urbain que rural (respectivement, 33 ‰ contre 20 ‰ et 74 ‰ contre 69 ‰). En ce qui concerne la probabilité de décéder pendant la période néonatale, on ne constate pratiquement pas d'écart entre les deux milieux de résidence (20 ‰ en urbain contre 22 ‰ en rural).

Les résultats selon les régions font apparaitre des écarts importants. Globalement, c'est dans la région Norte que les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont les plus élevés (respectivement, 61 ‰ et 85 ‰). La région do Príncipe se caractérise par les niveaux les plus faibles, à l'exception du taux de mortalité juvénile.

On constate, comme dans de nombreux pays, que les taux de mortalité diminuent avec l'augmentation du niveau d'instruction de la mère : en effet, le taux de mortalité infantile varie de 106 ‰ parmi les enfants dont la mère n'a pas d'instruction à 45 ‰ parmi ceux dont elle a un niveau primaire et à 33 ‰ parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Le risque de décéder entre la naissance et l'âge de cinq ans est estimé à 138 ‰ quand la mère n'a pas d'instruction contre 72 ‰ quand la mère a un niveau primaire ou est alphabétisée et 49 ‰ quand elle a un niveau au moins secondaire.

13 CONNAISSANCE DU VIH/SIDA

Au cours de l'EDS-STP, on a demandé à toutes les femmes et à tous les hommes de 15-49 ans s'ils avaient déjà entendu parler du VIH/sida. Les résultats sont présentés au tableau 14.

Tableau 14 Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes ayant entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, São Tomé e Príncipe 2008-2009

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes	
	A entendu parler du sida	Effectif	A entendu parler du sida	Effectif
Groupe d'âges				
15-24	99,5	1 014	99,9	917
15-19	99,1	555	99,8	566
20-24	99,9	459	100,0	351
25-29	99,5	452	100,0	293
30-39	99,6	655	99,8	528
40-49	98,7	493	99,6	340
État matrimonial				
Célibataire	99,5	605	99,7	936
A eu des rapports sexuels	100,0	257	99,9	590
N'a jamais eu de rapports sexuels	99,1	348	99,3	345
Marié ou vivant ensemble	99,3	1 718	99,9	958
Divorcé/séparé/veuf	99,3	291	100,0	184
Milieu de résidence				
Urbain	99,3	1 433	99,7	1 010
Rural	99,5	1 182	99,9	1 068
Région				
Região Centro	99,6	1 670	99,7	1 190
Região Sul	98,4	324	99,9	284
Região Norte	99,1	502	100,0	498
Região do Príncipe	100,0	119	100,0	107
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	97,6	155	94,7	25
Primaire/alphabétisé	99,3	1 516	100,0	1 148
Secondaire ou plus	99,9	944	99,7	905
Effectif 15-49 ans	99,4	2 615	99,8	2 078

La quasi-totalité des femmes et des hommes ont déjà entendu parler du sida (respectivement, 99 % et 100 %). En outre, cette proportion est élevée quelle que soit la catégorie sociodémographique.

La connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du virus qui cause le sida. Le tableau 15 indique que 77 % des femmes et 82 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré qu'on pouvait limiter les risques de contracter le VIH en utilisant des condoms. En outre, à la question de savoir si la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permet d'éviter de contracter le VIH, 81 % des femmes et 80 % des hommes ont répondu de manière positive. Globalement, 68 % des femmes et 70 % des hommes savent que ces deux moyens permettent d'éviter le sida. Signalons aussi que pour 49 % des femmes et 40 % des hommes, l'abstinence sexuelle est un moyen de prévention du VIH/sida.

Tableau 15 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires et en s'abstenant de rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, São Tomé e Príncipe 2008-2009

	Femmes					Hommes				
Caractéristique sociodémographique	Utilisant des condoms[1]	Limitant les rapports sexuels à 1 seul partenaire non infecté[2]	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à 1 seul partenaire non infecté[1,2]	S'abstenant de rapports sexuels	Effectif de femmes	Utilisant des condoms[1]	Limitant les rapports sexuels à 1 seul partenaire non infecté[2]	Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à 1 seul partenaire non infecté[1,2]	S'abstenant de rapports sexuels	Effectif d'hommes
Groupe d'âges										
15-24	75,6	77,4	65,4	44,6	1 014	79,5	75,6	64,6	35,9	917
15-19	73,8	75,0	62,6	42,0	555	74,3	71,2	57,8	35,7	566
20-24	77,9	80,4	68,8	47,8	459	88,0	82,6	75,5	36,4	351
25-29	78,2	81,3	69,0	49,3	452	87,5	85,0	77,6	42,5	293
30-39	76,7	86,2	71,6	56,8	655	81,0	82,2	72,3	45,8	528
40-49	77,8	81,3	67,8	46,1	493	83,6	85,9	75,7	42,5	340
État matrimonial										
Célibataire	74,8	76,4	64,0	41,4	605	80,2	76,0	65,4	36,7	936
A eu des rapports sexuels	73,7	78,2	62,6	37,5	257	85,2	80,8	72,6	38,2	590
N'a jamais eu de rapports sexuels	75,5	75,2	65,0	44,2	348	71,8	67,9	53,2	34,2	345
En union	77,5	82,2	69,4	51,4	1 718	83,1	84,9	74,9	43,9	958
Divorcé/séparé/veuf	76,9	83,9	68,1	48,9	291	81,5	78,1	69,9	41,6	184
Milieu de résidence										
Urbain	78,1	81,3	68,7	41,0	1 433	84,8	81,4	71,9	33,4	1 010
Rural	75,1	80,7	67,2	58,2	1 182	78,7	79,2	68,5	47,1	1 068
Région										
Região Centro	75,4	81,4	66,8	42,1	1 670	82,0	81,7	72,0	37,2	1 190
Região Sul	83,3	88,8	79,6	68,2	324	90,1	78,2	72,6	36,4	284
Região Norte	74,8	71,1	60,9	52,8	502	75,8	75,2	62,1	44,0	498
Região do Príncipe	86,9	96,1	83,9	73,6	119	83,9	94,2	80,6	70,9	107
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	73,8	74,0	64,0	57,0	155	71,4	69,1	58,6	37,1	25
Primaire/alphabétisé	73,6	78,5	63,7	50,2	1 516	78,6	77,3	66,2	40,5	1 148
Secondaire ou plus	82,4	86,2	75,6	45,1	944	85,9	84,5	75,6	40,4	905
Effectif 15-49 ans	76,8	81,0	68,0	48,8	2 615	81,7	80,3	70,2	40,4	2 078

[1] En utilisant des condoms à chaque rapport sexuel.
[2] Un partenaire qui n'a pas d'autre partenaires.

Les résultats concernant les femmes montrent que la connaissance du condom et de la fidélité comme moyen de prévention varie avec certaines caractéristiques sociodémographiques. Tout d'abord, on constate que c'est dans le groupe d'âges 30-39 ans que la proportion de celles qui ont cité ces deux moyens est la plus élevée (72 %) et qu'à l'opposé, les plus jeunes de 15-19 ans sont celles qui sont les moins informées (63 %). En fonction de l'état matrimonial, on ne constate pas de variations très importantes. Les résultats selon les régions montrent que c'est dans les régions do Príncipe et Sul que le niveau de connaissance de ces deux moyens de prévention est le plus élevé (respectivement, 84 % et 80 %). Il faut enfin souligner l'influence du niveau d'instruction sur la connaissance de ces deux moyens puisque seulement 64 % des femmes sans instruction connaissent ces moyens de prévention contre 76 % des plus instruites.

Chez les hommes, la connaissance de ces deux moyens de prévention varie aussi de manière importante selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Globalement, ce sont ceux âgés de plus de 20 ans, ceux en union (75 %), ceux du milieu urbain (72 %), ceux de la région do Príncipe (81 %) et ceux ayant un niveau secondaire ou plus (76 % qui connaissent le plus fréquemment ces deux moyens de prévention.

Partenaires sexuels multiples

Les changements de comportement pour prévenir l'infection par le VIH sont essentiels pour parvenir à infléchir l'épidémie. Au cours de l'EDS-STP, on a posé aux enquêtés une série de questions sur leurs rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et sur l'utilisation du condom au cours de ces derniers rapports sexuels. Selon le type de partenaire sexuel déclaré par la personne interrogée, on a déterminé si ces rapports devaient être considérés à hauts risques. Sont considérés comme à hauts risques des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant.

Le tableau 16.1 présente les proportions de femmes qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête ainsi que les proportions de celles qui ont utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels. On constate que 14 % des femmes ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois.

Parmi les femmes de 15-19 ans, cette proportion atteint 48 % ; Cette proportion élevée peut s'expliquer par le fait qu'à cet âge, la majorité des femmes sont souvent encore célibataires et que leurs partenaires sont non maritaux et non cohabitant. Au-delà de 20 ans, on constate que les proportions de femmes ayant eu des rapports sexuels à risques diminuent avec l'avancement en âge, passant de 22 % à 20-24 ans à 9 % à 25-29 ans et à 6 % à 30-39 ans.

La proportion de femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques varie de manière importante en fonction de l'état matrimonial. Par définition, toutes les célibataires ayant des rapports sexuels ont des rapports à hauts risques, puisque leurs partenaires sont non maritaux et non cohabitant. On note que parmi les célibataires, la quasi-totalité ont eu des rapports sexuels à risques (95 %). Parmi les femmes en rupture d'union, cette proportion est aussi élevée puisqu'elle concerne plus d'une femme sur deux (54 %). On note qu'en milieu urbain, la proportion de femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques est plus élevée qu'en milieu rural (17 % contre 11 %). Les variations selon les régions ne sont pas importantes. Enfin, les femmes les plus instruites ont eu plus fréquemment que les autres des rapports sexuels à hauts risques (26 % contre 9 % parmi celles ayant un niveau primaire).

Parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, 48 % ont utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques. Globalement, on constate que c'est parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques que l'utilisation du condom a été la plus fréquente. En effet, entre 15 et 30 ans, la proportion de femmes ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques est d'au moins 54 % contre 26 % à 30-39 ans. Les résultats font aussi apparaître une proportion élevée d'utilisatrices du condom parmi les célibataires (54 %) et parmi celles en rupture d'union (40 %), parmi les femmes du milieu urbain (55 %) et surtout parmi celles ayant au moins un niveau d'instruction secondaire (60 %).

Tableau 16.1 Partenaires sexuels multiples et rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Femmes

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire et pourcentage qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois; parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, São Tomé e Príncipe 2008-2009

	Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois			Femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques[1] au cours des 12 derniers mois	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu au moins 2 partenaires au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois[1]	Effectif	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques[1]	Effectif de femmes
Groupe d'âges					
15-24	2,5	31,6	613	54,4	194
15-19	3,0	47,8	225	54,0	107
20-24	2,3	22,3	388	54,9	86
25-29	0,6	9,0	409	56,5	37
30-39	0,5	5,6	594	25,5	34
40-49	*	*	*	*	19
État matrimonial					
Célibataire	3,7	95,3	194	54,3	185
En union	*	*	*	*	11
Divorcée/séparée/veuve	3,9	53,7	163	39,5	88
Milieu de résidence					
Urbain	0,9	16,6	1 069	55,2	178
Rural	1,7	11,0	958	36,1	106
Région					
Região Centro	1,1	15,2	1 268	54,0	193
Região Sul	*	*	*	*	22
Região Norte	1,8	13,1	405	27,7	53
Região do Príncipe	*	*	*	*	16
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	*	*	*	*	6
Primaire/alphabétisée	1,4	9,0	1 263	33,8	114
Secondaire ou plus	1,1	25,7	633	59,9	163
Ensemble	1,3	14,0	2 027	48,1	283

[1] Rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant.
* Basé sur des cas non pondérés inférieur à 25.

D'autre part, on constate qu'une proportion d'hommes plus élevée que celle des femmes (48 % contre 14 %) ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois. Parmi ces hommes, 60 % ont déclaré avoir utilisé un condom lors de ces rapports sexuels à hauts risques (tableau 16.2).

Les résultats selon l'âge montrent que, à la différence des femmes, la proportion d'hommes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques est élevée quelque soit l'âge puisque parmi ceux de 40-49 ans, plus d'un sur cinq ont eu des rapports sexuels à risques (22 %). Par contre, comme chez les femmes, cette proportion est très élevée parmi les célibataires (97 %) et ceux en rupture d'union (93 %), parmi ceux du milieu urbain (50 % contre 46 % en rural) et parmi les plus instruits (53 % contre 44 % pour ceux ayant un niveau primaire). Par contre, on note que dans les régions, c'est dans les régions Centro et Norte que les proportions de ceux qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques sont les plus élevées (respectivement, 49 % et 50 %).

Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques, 60 % ont déclaré avoir utilisé un condom lors de ces derniers rapports sexuels. Dans certains sous-groupes caractérisés par une fréquence plus élevée de rapports sexuels à hauts risques, on constate également une utilisation plus élevée du condom : c'est le cas des jeunes hommes de 15-19 ans (65 %), de ceux du milieu urbain (64 %) et de ceux qui ont un niveau d'instruction au moins secondaire (66 %). Par contre, les résultats selon l'état matrimonial montrent que, parmi les hommes en union, le recours au condom a été plus fréquent que parmi ceux en rupture d'union (61 % contre 43 %).

Tableau 16.2 Partenaires sexuels multiples et rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Hommes

Parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire et pourcentage qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois; parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, São Tomé e Príncipe 2008-2009

	Hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois			Hommes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques[1] au cours des 12 derniers mois	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu au moins 2 partenaires au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois[1]	Effectif	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques[1]	Effectif
Groupe d'âges					
15-24	21,0	84,0	502	62,9	422
15-19	17,9	97,0	214	64,9	208
20-24	23,4	74,3	288	61,0	214
25-29	18,7	40,0	274	64,7	110
30-39	23,7	31,0	494	59,0	153
40-49	22,7	21,8	309	36,2	67
État matrimonial					
Célibataire	21,4	97,0	482	64,8	468
Marié/vivant ensemble	22,8	15,0	942	61,4	141
Divorcé/séparé/veuf	16,5	92,6	154	42,8	143
Milieu de résidence					
Urbain	21,7	49,6	777	63,9	385
Rural	21,8	45,7	802	55,9	366
Région					
Região Centro	22,4	48,6	871	65,1	423
Região Sul	14,4	42,8	224	62,3	96
Região Norte	26,3	49,7	395	46,8	196
Região do Príncipe	14,3	41,1	89	65,6	37
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	*	*	12	*	4
Primaire/alphabétisation	20,1	44,1	919	54,6	405
Secondaire ou plus	24,2	53,0	647	66,4	343
Effectif 15-49 ans	21,8	47,6	1 579	60,0	752
Hommes 50-59 ans	20,9	16,1	203	38,4	33
Ensemble 15-59	21,7	44,0	1 782	59,1	784

[1] Rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant.
* Basé sur des cas non pondérés inférieur à 25.

14 INDICATEURS DU PALUDISME

Les données collectées au cours de l'EDS-STP ont permis d'évaluer les proportions de ménages disposant d'une moustiquaire, imprégnée ou non, et de ceux disposant d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Les résultats sont présentés au tableau 17 selon le milieu de résidence. On constate en premier lieu qu'un peu plus des deux tiers des ménages possèdent, au moins, une moustiquaire, qu'elle ait été imprégnée ou non (68 %). Cette proportion est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (75 % contre 61 %). En ce qui concerne, les MII, on note que la proportion de ménages qui en possèdent, au moins, une est un peu plus faible (61 %) et c'est encore en milieu urbain que cette proportion est la plus élevée (69 % contre 52 %).

Tableau 17 Indicateurs du paludisme

Possession et utilisation de moustiquaires, traitement préventif du paludisme au cours de la grossesse et traitement des enfants ayant de la fièvre avec des antipaludéens, selon les milieux de résidence urbain et rural, São Tomé e Príncipe 2008-2009

	Milieu de résidence					
	Urbain		Rural		Ensemble	
Indicateur du paludisme	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
Moustiquaires						
Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire (imprégnée ou non).	75,2	1 756	61,1	1 780	68,1	3 536
Pourcentage de ménages avec au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII).[1]	69,2	1 756	52,4	1 780	60,8	3 536
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête.	73,3	1 015	52,4	1 068	62,6	2 083
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) la nuit ayant précédé l'enquête.[1]	67,4	1 015	45,6	1 068	56,2	2 083
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête.	77,6	126	44,9	111	62,3	237
Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) la nuit ayant précédé l'enquête.[1]	69,3	126	42,3	111	56,7	237
Traitement préventif du paludisme pendant la grossesse						
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des 5 dernières années pour lesquelles la mère a pris des antipaludéens à titre préventif au cours de la grossesse.	91,2	685	87,7	701	89,4	1 386
Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des 5 dernières années pour lesquelles la mère a suivi un Traitement Préventif Intermittent (TPI) donné au cours d'une visite prénatale.[2]	65,6	685	53,6	701	59,5	1 386
Traitement de la fièvre						
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant pris des antipaludéens.	10,7	145	6,2	152	8,4	297
Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant pris des antipaludéens le jour/jour suivant l'apparition de la fièvre.	7,1	145	0,0	152	3,5	297

[1] Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est, soit une moustiquaire préimprégnée permanente qui ne demande aucun traitement, soit une moustiquaire préimprégnée mais qui a été obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

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

Aux ménages ayant déclaré posséder une moustiquaire, on a demandé qui avait dormi sous cette moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Les résultats sont présentés, selon chaque milieu de résidence, pour deux groupes de population particulièrement vulnérables au paludisme : les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Les résultats montrent que 63 % des enfants de moins de cinq ans avaient dormi sous moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Cette proportion varie de 73 % en milieu urbain à 52 % en milieu rural. En outre, un peu plus d'un enfant sur deux avait dormi sous une MII la nuit avant l'enquête (56 %) et c'est en urbain que cette proportion est la plus élevée (67 % contre 46 %).

Parmi les femmes enceintes de 15-49 ans, 62 % avaient dormi sous une moustiquaire, imprégnée ou non. Cette proportion est nettement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (78 % contre 45 %). La proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une MII est plus faible (57 %) et elle varie de 69 % en urbain à 42 % en rural.

Pour réduire la charge du paludisme pendant la grossesse, il est recommandé que les femmes enceintes non seulement dorment sous une MII mais aussi prennent, à titre préventif, des antipaludéens au cours de la grossesse. Au cours de l'EDS-STP, on a donc demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance pendant les cinq dernières années si, durant la grossesse la plus récente, elles avaient pris des antipaludéens.

Une proportion élevée de femmes (89 %) ont déclaré avoir pris, pendant leur grossesse, des antipaludéens pour prévenir le paludisme. Cette proportion est élevée quelque soit le milieu de résidence (91 % en urbain contre 88 % en rural).

En outre, près de six femmes enceintes sur dix ont reçu au cours d'une visite prénatale, un Traitement Préventif Intermittent (60 %). Cette proportion est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (66 % contre 54 %).

Au cours de l'EDS-STP, en plus des questions concernant la disponibilité des moustiquaires dans les ménages, leur utilisation et le traitement antipaludéen préventif au cours de la grossesse, on a demandé si les enfants de moins de cinq ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Si la réponse était positive, on posait alors une série de questions sur le traitement de la fièvre : ces questions portaient sur la prise de médicaments antipaludéens et sur le moment où le traitement antipaludéen avait été administré pour la première fois. Les résultats figurent aussi au tableau 17. Parmi ces enfants ayant eu de la fièvre, seulement 8 % ont été traités avec des antipaludéens et dans la moitié des cas (4 %), le traitement avait débuté, soit le jour ou la fièvre était apparue, soit le jour suivant. Les enfants du milieu urbain ont été plus fréquemment traités avec des antipaludéens quand ils avaient de la fièvre que ceux du milieu rural (11 % contre 6 %).

15 RÉSULTATS DES TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH

Comme mentionné dans l'introduction, l'EDS-STP a inclus le test du VIH dans l'ensemble des ménages sélectionnés. Toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient sollicités pour donner quelques gouttes de sang pour le test du VIH. Les résultats préliminaires sont présentés ci-dessous. Selon les recommandations de l'ONUSIDA, pour faciliter la comparaison entre les femmes et les hommes, les résultats sont limités aux âges de 15-49 ans pour les deux sexes. Une analyse plus détaillée, y compris pour les hommes de 50-59 ans, sera réalisée dans le rapport final de l'EDS-STP.

Une estimation précise de la prévalence de VIH est nécessaire pour évaluer l'ampleur de l'épidémie à STP et pour suivre la progression de l'épidémie au cours du temps. Les données des sites sentinelles de surveillance épidémiologique, provenant des femmes enceintes qui viennent pour les consultations prénatales ont jusque là été les principales sources d'informations sur la prévalence du VIH à São Tomé e Príncipe.

Les données provenant des sites sentinelles sont d'une grande valeur parce qu'elles peuvent être disponibles de façon assez régulière, et elles sont moins coûteuses à collecter que celles d'une enquête nationale représentative de la population générale. Toutefois, les données de ces sites de surveillance présentent plusieurs insuffisances importantes. L'insuffisance majeure est principalement liée au fait que les femmes enceintes ne sont pas représentatives de la population générale en âge reproductif (Slutkin et al., 1988). Le plus évident c'est que les niveaux de la prévalence de VIH varient entre les femmes et les hommes, et les hommes ne sont évidemment pas représentés dans les données provenant des sites sentinelles. De plus, le niveau de prévalence est généralement plus élevé chez les femmes enceintes que chez les femmes dans la population générale car parmi les femmes non enceintes il y a les femmes non actives sexuellement, et donc peu exposées au VIH. Les niveaux de prévalence varient aussi avec l'âge. Les femmes qui se rendent dans les services de soins prénatals peuvent avoir une distribution d'âge qui est différente par rapport à celle des femmes dans la population générale. Enfin, la couverture géographique pourrait présenter une autre source de biais inhérente dans les données des sites de surveillance, dans la mesure où les données proviennent d'un nombre limité des sites sentinelles qui se trouvent le plus souvent dans les zones urbaines ou semi urbaines—là où la prévalence du VIH est la plus élevée.

Taux de couverture du test du VIH

Le tableau 18 fournit les taux de couverture du test du VIH chez les femmes et les hommes, selon le milieu de résidence.

Tableau 18 Couverture du test du VIH

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont effectué, ou non, le test du VIH selon le milieu de résidence et la région (non pondéré), São Tomé e Príncipe 2008-2009

Résultat du test par sexe	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Femme 15-49			
Prélèvement de sang testé et enquêté	86,8	88,1	87,5
Prélèvement de sang testé et non enquêté	2,2	2,2	2,2
Refus de fournir du sang et enquêté	2,0	1,1	1,5
Refus de fournir du sang et non enquêté	3,3	2,2	2,7
Absent au moment de la collecte de sang et enquêté	0,1	0,1	0,1
Absent au moment de la collecte de sang et non enquêté	3,7	5,6	4,8
Autre enquêté	0,8	0,5	0,7
Autre non enquêté	1,0	0,2	0,5
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 307	1 606	2 913
Homme 15-59			
Prélèvement de sang testé et enquêté	70,7	71,0	70,9
Prélèvement de sang testé et non enquêté	1,8	1,4	1,6
Refus de fournir du sang et enquêté	4,0	3,0	3,4
Refus de fournir du sang et non enquêté	8,2	6,4	7,1
Absent au moment de la collecte de sang et enquêté	0,3	0,3	0,3
Absent au moment de la collecte de sang et non enquêté	11,8	16,2	14,4
Autre enquêté	0,6	0,8	0,7
Autre non enquêté	2,5	0,9	1,5
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 235	1 812	3 047
Total			
Prélèvement de sang testé et enquêté	79,0	79,1	79,0
Prélèvement de sang testé et non enquêté	2,0	1,8	1,9
Refus de fournir du sang et enquêté	3,0	2,1	2,5
Refus de fournir du sang et non enquêté	5,7	4,4	5,0
Absent au moment de la collecte de sang et enquêté	0,2	0,2	0,2
Absent au moment de la collecte de sang et non enquêté	7,7	11,2	9,7
Autre enquêté	0,7	0,6	0,7
Autre non enquêté	1,7	0,6	1,1
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 542	3 418	5 960

Dans l'ensemble, presque 8 personnes sur 10 ont été testées pour le VIH. Le taux de couverture est légèrement plus élevé chez les femmes (88 %) que chez les hommes (71 %). Le taux de couverture chez les hommes du milieu rural est le même que celui correspondant aux hommes du milieu urbain (71 %). Chez les femmes, le taux de couverture du milieu rural (88 %) est légèrement plus élevé que celui du milieu urbain (87 %).

Dans l'ensemble, 21 % des personnes éligibles n'ont été pas testées. Les deux raisons majeures de la non participation aux tests du VIH sont l'absence de l'enquêté(e) au moment de la collecte du sang (10 %) et le refus du test (8 %).

Taux de séroprévalence du VIH

Le tableau 19 fournit les taux de prévalence du VIH chez les femmes et les hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les résultats montrent qu'au niveau national la prévalence est de 1,5 %. Les femmes, avec un taux de prévalence de 1,3 %, sont légèrement moins infectées que les hommes (1,7 %). Il en résulte un ratio d'infection de 1,3 entre les hommes et les femmes, ce qui signifie qu'il y a 130 hommes infectés pour 100 femmes.

En ce qui concerne l'âge des enquêtés, les proportions de cas positifs les plus élevés sont observées chez les femmes âgées de 35-39 ans et 45-49 ans (2,4 %) et chez les hommes âgés de 30-34 ans (6,1 %). Par rapport au milieu de résidence, les variations de la prévalence du VIH sont relativement importantes. Les résultats montrent que, chez les femmes, la séroprévalence en milieu rural est 3,5 fois plus élevée que celle en milieu urbain (2,1 % et 0,6 %, respectivement), et chez les hommes, la séroprévalence est 2,2 fois plus élevée en zones rurales qu'en zones urbaines (2,4 % et 1,1 %, respectivement). Selon la région, Região do Príncipe a le taux le plus élevé (2,2 %), suivie par Região Norte (2,0 %), Região Centro (1,4 %) et Região Sul (1,0 %). Cette dernière région citée a également le taux de séroprévalence le plus faible aussi bien chez les femmes (0.8 %) que chez les hommes (1,0 %). Par niveau d'instruction, la séroprévalence est enregistrée chez les personnes les moins instruites (ensemble : 3,8 % ; femme : 4,0 % et hommes : 2,3 %).

Tableau 19 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans enquêtés qui ont effectué le test du VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, São Tomé e Príncipe 2008-2009

	Femmes 15-49		Hommes 15-59		Total	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	0,6	497	0,8	576	0,7	1 073
20-24	1,4	421	0,2	351	0,9	772
25-29	0,9	413	1,0	295	1,0	708
30-34	1,2	363	6,1	302	3,4	665
35-39	2,4	240	1,2	234	1,8	473
40-44	1,3	253	1,7	183	1,5	436
45-49	2,4	192	2,2	171	2,3	362
Milieu de résidence						
Urbain	0,6	1 303	1,1	1 023	0,8	2 326
Rural	2,1	1 075	2,4	1 087	2,2	2 162
Région						
Região Centro	1,0	1 519	1,8	1 208	1,4	2 727
Região Sul	0,8	295	1,2	288	1,0	583
Região Norte	2,2	456	1,8	506	2,0	962
Região do Príncipe	2,7	108	1,6	108	2,2	217
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	4,0	138	2,3	26	3,8	164
Primaire/alphabétisation	1,0	1 377	2,1	1 178	1,5	2 555
Secondaire ou plus	1,4	863	1,2	906	1,3	1 769
Effectif 15-49 ans	1,3	2 378	1,7	2 110	1,5	4 488
Hommes 50-59 ans	na	na	2,4	222	na	na
Ensemble 15-59	na	na	1,8	2 332	na	na

na = Non applicable

16 PRÉVALENCE DE L'HÉPATITE B

L'hépatite B est une maladie du foie potentiellement mortelle provoquée par le virus de l'hépatite B (VHB). Elle est extrêmement infectieuse et se transmet par les rapports sexuels ou le contact avec du sang ou des liquides organiques infectés. C'est un problème majeur de santé à l'échelle mondiale et la forme la plus grave des hépatites virales. On estime à deux milliards le nombre de personnes infectées par le HBV et plus de 350 millions ont des infections chroniques. Le virus de l'hépatite B entraînerait entre 1 et 2 millions de morts par an. L'infection de l'hépatite B est diagnostiquée par la détection du virus (antigène de surface de l'hépatite B : *hepatitis B surface antigen* - HBsAg) dans le sang total, le sérum ou le plasma.

Dans le cadre de cette enquête, le test rapide Determine HBsAg a été utilisé pour estimer la prévalence de l'infection par le VHB. Les tableaux 20.1 et 20.2 fournissent les taux de prévalence de l'hépatite B chez les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 20.1 Prévalence de l'hépatite B chez les femmes

Répartition en % des femmes enquêtées de 15-49 ans par résultat du test de l'hépatite B selon certaines caractéristiques sociodémographiques, São Tomé e Príncipe 2008-2009

Caractéristique sociodémographique	Résultat test hépatite B			Effectif de femmes
	Positif	Négatif	Non déterminé	
Âge				
15-19	5,6	93,9	0,4	531
20-29	6,8	93,2	0,0	889
30-39	7,1	92,7	0,2	640
40-49	3,9	96,1	0,0	476
Milieu de résidence				
Urbain	6,2	93,7	0,1	1 394
Rural	6,0	93,9	0,2	1 142
Région				
Região Centro	6,6	93,2	0,1	1 611
Região Sul	4,7	95,3	0,0	322
Região Norte	6,0	93,8	0,2	484
Região do Príncipe	3,2	96,8	0,0	118
Niveau d'instruction				
Aucun	1,0	99,0	0,0	148
Primaire	7,1	92,8	0,1	1 465
Secondaire ou plus	5,4	94,4	0,3	923
Total	6,1	93,8	0,1	2 536

Toutes les femmes et tous les hommes de l'échantillon qui ont accepté de donner du sang à partir de la piqure du doigt ont été testés. Les résultats montrent qu'au niveau national, la prévalence de l'infection VHB est de 6,1 % chez les femmes de 15-49 ans et de 9,3% chez les hommes de 15-59 ans (10 % chez les hommes de 15-49 ans).

La prévalence la plus élevée est observée à 20-29 ans chez les hommes et plus tard à 30-39 ans chez les femmes, et la prévalence la plus faible est observée chez les hommes et les femmes les plus âgés. Selon le milieu de résidence, les différences ne sont pas importantes. Pour ce qui est des régions, la Região do Príncipe a le taux de prévalence le plus faible aussi bien chez les femmes (3,2 %) que chez les hommes (6,5 %). Enfin, les résultats montrent que les femmes et les hommes ayant le niveau d'instruction primaire sont les plus infectés par le VHB (7,1 % et 11,4 %, respectivement).

Tableau 20.2 Prévalence de l'hépatite B chez les hommes

Répartition en % des hommes enquêtés de 15-49 ans par résultat du test de l'hépatite B selon certaines caractéristiques sociodémographiques, ESD São Tomé e Príncipe 2008-2009

Caractéristique sociodémographique	Résultat test hépatite B			Effectif d'hommes
	Positif	Négatif	Non déterminé	
Âge				
15-19	9,3	90,7	0,0	522
20-29	13,0	86,6	0,3	592
30-39	9,1	90,9	0,0	486
40-49	6,9	93,0	0,1	321
Milieu de résidence				
Urbain	10,3	89,7	0,0	949
Rural	9,8	90,0	0,2	972
Région				
Região Centro	11,0	88,8	0,2	1 098
Região Sul	9,3	90,7	0,0	274
Região Norte	8,9	91,1	0,0	445
Região do Príncipe	6,5	93,2	0,2	104
Niveau d'instruction				
Aucun	*	*	*	23
Primaire	11,4	88,6	0,0	1 066
Secondaire ou plus	8,5	91,3	0,3	832
Ensemble 15-49	10,0	89,9	0,1	1 921
Hommes 50-59	2,4	97,6	0,0	203
Ensemble des hommes 15-59	9,3	90,6	0,1	2 124

* Basé sur des cas non pondérés inférieur à 25.

RÉFÉRENCES

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et UNAIDS. 2003. *Reconciling antenatal clinic-based surveillance and population-based survey estimates of HIV prevalence in sub-Saharan Africa.* Geneva : OMS.

Slutkin, Gary, James Chin, Daniel Tarantola, Jonathon Mann. 1988. *Sentinel surveillance for HIV infection: A method to monitor HIV infection trends in population groups.* Geneva : World Health Organization.

UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. 2000. *Second generation surveillance for HIV: The next decade.* WHO/CDC/CSR/EDC2000.5, UNAIDS/00.03E.

UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. 2004. *Responding to surveillance: Methods and software to produce HIV/AIDS estimates in the era of population-based prevalence surveys.* Report of a meeting of the UNAIDS Reference Group for "Estimates, Modelling and Projections" held in Glion, May 10-11, 2004.

Rapports préliminaires de MEASURE DHS

Tchad 2004	Février	2006	Français
Kenya (EPS) 2004	Mars	2006	Anglais
Pérou (Enquête Continue) 2004-05	Avril	2006	Espagnol
Tanzanie 2004-05	Mai	2006	Anglais
Ouganda (EIS) 2004-05	Juin	2006	Anglais
Malawi 2004	Août	2006	Anglais
Sénégal 2006	Août	2006	Français
Guinée 2006	Août	2006	Français
Lesotho 2004	Septembre	2006	Anglais
Egypte 2006	Septembre	2006	Anglais
Rwanda 2006	Novembre	2006	Français
Ethiopie 2006	Novembre	2006	Anglais
Moldova 2006	Novembre	2006	Anglais/Roumain
Vietnam (EIS) 2006	Février	2006	Anglais/Vietnamien
Arménie 2005	Mars	2006	Anglais
Congo (Brazzaville) 2005	Mars	2006	Français
Côte d'Ivoire (EIS) 2005	Juin	2006	Français
Cambodge 2005	Juillet	2006	Anglais
Haïti 2005-06	Juillet	2006	Français
Zimbabwe 2005-06	Août	2006	Anglais
Niger 2006	Août	2006	Français
Niger (Zones d'intervention) 2006	Octobre	2006	Français
Népal 2006	Octobre	2006	Anglais
Ouganda 2006	Novembre	2006	Anglais
Tanzanie (EPS) 2006	Janvier	2007	Anglais
Bénin 2006	Mars	2007	Français
Azerbaïdjan 2006	Avril	2007	Anglais
Mali 2006	Avril	2007	Français
Pakistan 2006-07	Juin	2007	Anglais
Swaziland 2006-07	Juin	2007	Anglais
Liberia 2007	Juillet	2007	Anglais
Rép. Démoc. du Congo 2007	Décembre	2007	Français
Bangladesh 2007	Décembre	2007	Anglais
Rwanda (EPS) 2007	Décembre	2007	Anglais/Français
Jordanie 2007	Janvier	2008	Anglais/Arabe
Ouganda (EPS) 2007	Mars	2008	Anglais
Ukraine 2007	Juin	2008	Anglais/Ukrainien
Indonésie 2007	Juillet	2008	Anglais
Indonésie (Jeunes adultes) 2007	Juillet	2008	Anglais
Rwanda (intermédiaire) 2007-08	Juillet	2008	Anglais/Français
Zambie 2007	Juillet	2008	Anglais
Tanzanie (VIH/SIDA et Paludisme) 2007-08	Juillet	2008	Anglais
Bolivie 2008	Août	2008	Espagnol
Egypte 2008	Septembre	2008	Anglais
Sierra Leone 2008	Décembre	2008	Anglais
Philippines 2008	Mars	2009	Anglais
Ghana 2008	Avril	2009	Anglais
Sénégal (EIP) 2008-09	Avril	2009	Français
Nigeria 2008	Mai	2009	Anglais
Kenya 2008-09	Septembre	2009	Anglais
Congo (Brazzaville) 2009	Septembre	2009	Français
São Tomé e Príncipe 2009	Septembre	2009	Français
Albanie 2008-09	Octobre	2009	Anglais
Madagascar 2008-09	Octobre	2009	Français

Les rapports préliminaires des enquêtes MEASURE DHS sont distribués à un nombre limité de destinataires ayant besoin des premiers résultats de l'enquête et ils ne sont pas disponibles pour une large diffusion. L'organisme national exécuteur de l'enquête est responsable de la diffusion dans le pays ; MEASURE DHS est responsable de la diffusion au niveau international. La publication du rapport final des enquêtes MEASURE DHS, destiné à une diffusion à grande échelle est prévue 6 à 12 mois après la sortie du rapport préliminaire.