

PA - AAZ-098

AM = 54090

Résultats de l'Enquête PRODEF/Tulane du Bas-Zaire

Première Partie

Les Caractéristiques de La Population
les Idéaux de Reproduction, et le Contrôle de la Fécondité

Le Programme d'Education Familial (PRODEF), Bas-Zaire

Dr. Mlandu Mangani, Directeur
Citoyenne Matondo Mansilu, Directrice Adjointe
Citoyenne Butuena Mavambu, Superviseur d'Enquête

L'Université de Tulane, La Nouvelle-Orléans, Louisiane

Jane T. Bertrand, Ph.D., Responsable Principale
William E. Bertrand, Ph.D., Consultant pour l'Echantillonnage
Evelyn G. Landry, M.P.H., Assistante pour le Traitement des Données

Novembre 1982

Table des Matières

	<u>Page</u>
<u>Remerciements</u>	ii
I. <u>Antécédents et Objectifs de l'Etude</u>	1
A. Le Projet de Recherche Opérationnelle de Tulane	1
B. L'Enquête de Base	4
II. <u>Méthodologie</u>	
A. L'Instrument d'Enquête	6
B. Recrutement et Formation des Enquêteuses	7
C. L'Echantillonnage	9
D. Collecte des Données et Supervision sur le Terrain	14
E. Codification et Perforation de Fiches	14
F. Edition et Traitement des Données	15
III. <u>Résultats</u>	15
A. Caractéristiques de la Population Etudiée et Comparabilité entre les Zones de Traitement	17
B. Statut Marital de la Population	22
C. Historique de la Grossesse	24
D. L'Allaitement des Enfants de Moins de Trois Ans	27
E. Nombre d'Enfants Voulus (Idéaux de reproduction)	29
F. Connaissance et Utilisation des Méthodes de Planning Familial	32
G. Sources d'Approvisionnement en Méthodes de Planning Familial parmi les Utilisatrices Actuelles de Contraceptifs Modernes	37
H. Attitudes envers et Connaissance des Sources d'Approvisionnement en Méthodes de Planning Familial Parmi les Non-Utilisatrices (de quelque méthode que ce soit)	39
I. Contacts avec les Messages de Planning Familial	41
IV. <u>Signification des Résultats pour l'Acceptation du Planning Familial</u>	43
A. Facteurs qui Tendrait à Limiter l'Acceptation du Planning Familial	44
B. Facteurs qui suggèrent un Potentiel pour l'Acceptation du Planning Familial dans cette Population	46
<u>Tableaux</u>	
<u>Annexe A</u> : Indicateurs Supplémentaires du Statut Socio-Economique.	50

REMERCIEMENTS

Les auteurs de ce rapport aimeraient exprimer leur gratitude aux institutions et aux personnes suivantes qui ont participé aux différents stades de la présente étude.

A L'USAID/Zaire:

A monsieur Richard Thornton, Directeur, Division de la Santé et de la Population, pour avoir facilité l'importation de l'équipement de recherche et la logistique du transport pendant les premières étapes de ce projet.

Au CEPLANUT:

Au Dr. Kabamba Nkamany, Directeur, pour ses suggestions utiles et le support logistique qu'il a apporté à cette étude. Au Citoyen Kinjanja Kayinge, Directeur d'études, pour son assistance technique dans la phase de mesures anthropométriques et dans le prétest de l'instrument. Aux citoyens Milandu Matanga et Lenga Ngamuba pour leur excellent travail de perforation de fiches d'ordinateur.

A L'Université de Tulane:

A Mademoiselle Penny Jessop, Administratrice, pour son assistance quant à la prise en charge de certains aspects logistiques et financiers du project; a Madame Dorothy Henriques, pour son habileté et dextérité dans l'utilisation du processeur de mots. A Mesdemoiselles Susan McCraw et Amy McConnell pour leur participation à la préparation des tableaux.

I. ANTECEDENT ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

A. Le Projet de Tulane

Le 30 septembre 1980, l'Université de Tulane signa un contrat avec l'USAID (contrat No. AID/DSPE-C-0089) pour un projet de recherche operationnelle (RO) en planning familial (PF) dans la région du Bas-Zaire, République du Zaire. Le but de ce projet est d'améliorer la disponibilité et l'acceptance des méthodes contraceptives modernes dans le cadre d'un programme intégré de protection maternelle et infantile (PMI), localement connu sous le nom de PRODEF: Programme d'Education familiale. Dans ce but, le projet fournit également des médicaments (à un coût nominal) contre trois des maladies les plus prévalentes chez les jeunes enfants, à savoir: le paludisme, les vers intestinaux et la deshydratation d'ue à la diarrhée.

Le projet se déroule dans la zone urbaine de Matadi (population estimée à 150.000 - 200.000 hab.) et dans la zone rurale avoisinante de Songololo (population estimée à 36.000 hab.)¹; voir la carte de la figure 1.

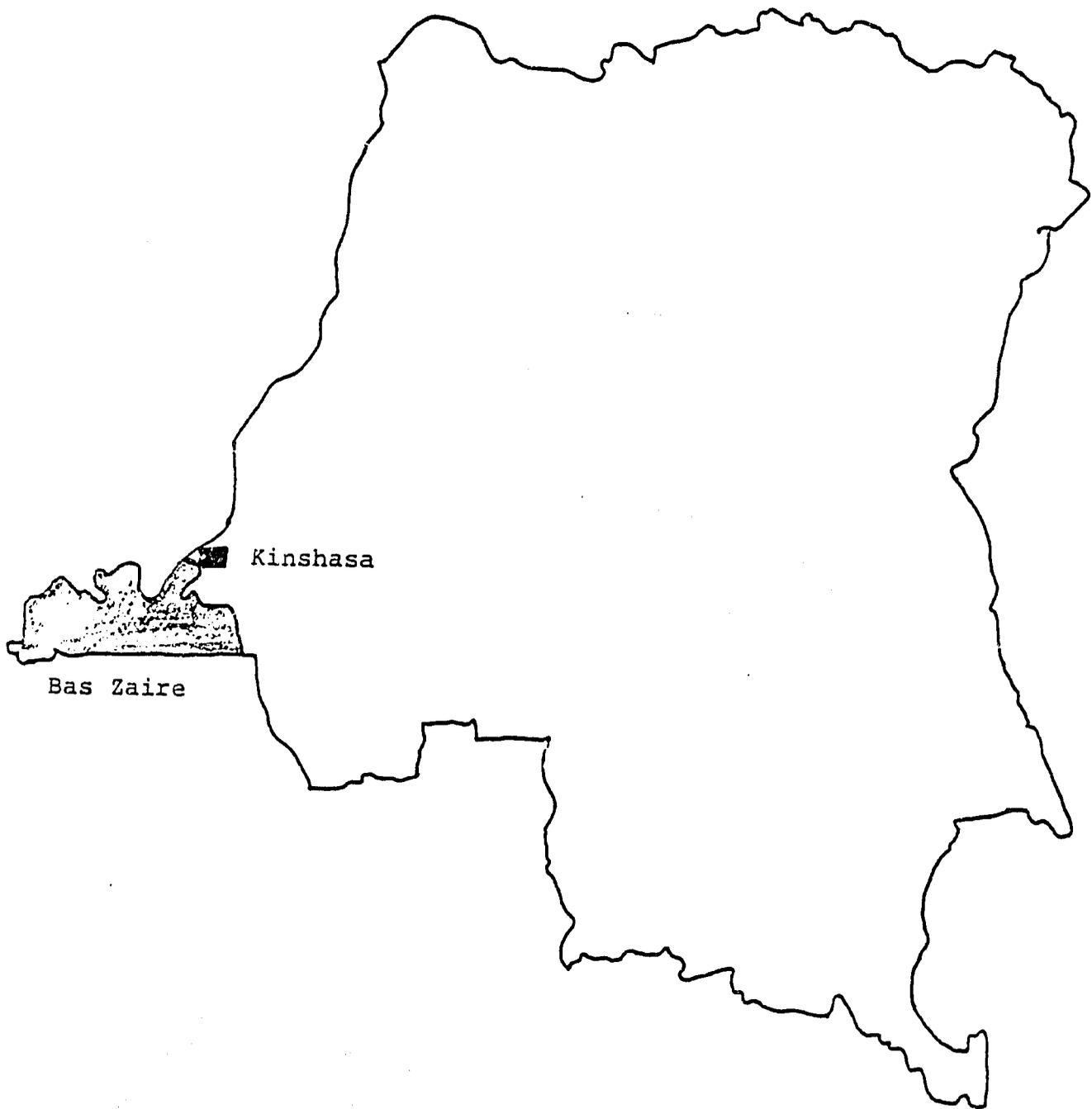
Ceci est un projet de services étant donné que les fonds du projet sont destinés à la création et/ou au renforcement d'un système de livraison de contraceptifs, en même temps qu'au

1. Il est à noter que les populations cibles sélectionnées pour le projet sont un peu plus réduites: environ 133.000 à Matadi et 25.000 dans la zone de Songololo.

12

Figure 1.

LA CARTE DU ZAIRE



16

Figure 1.

Ville de Matadi

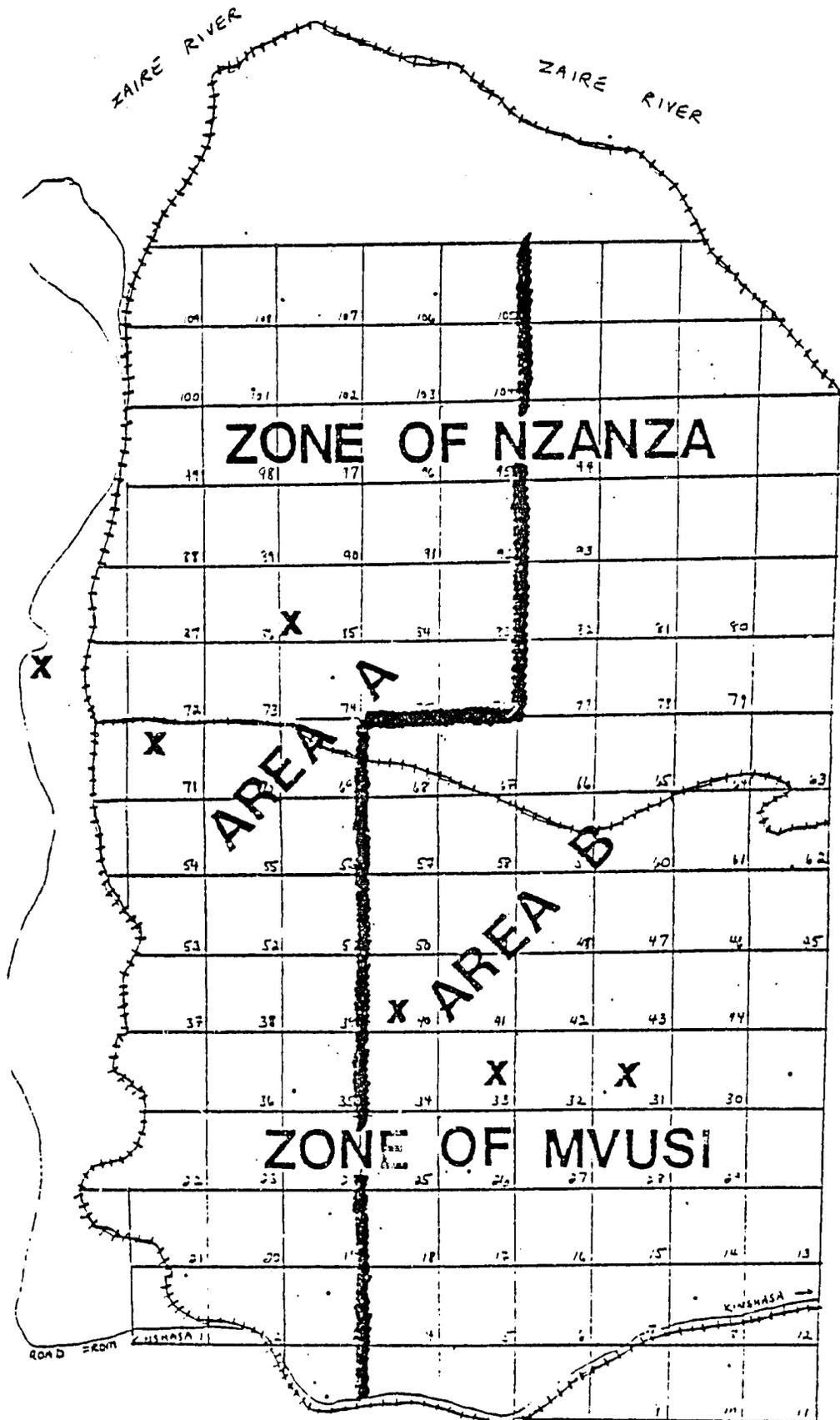
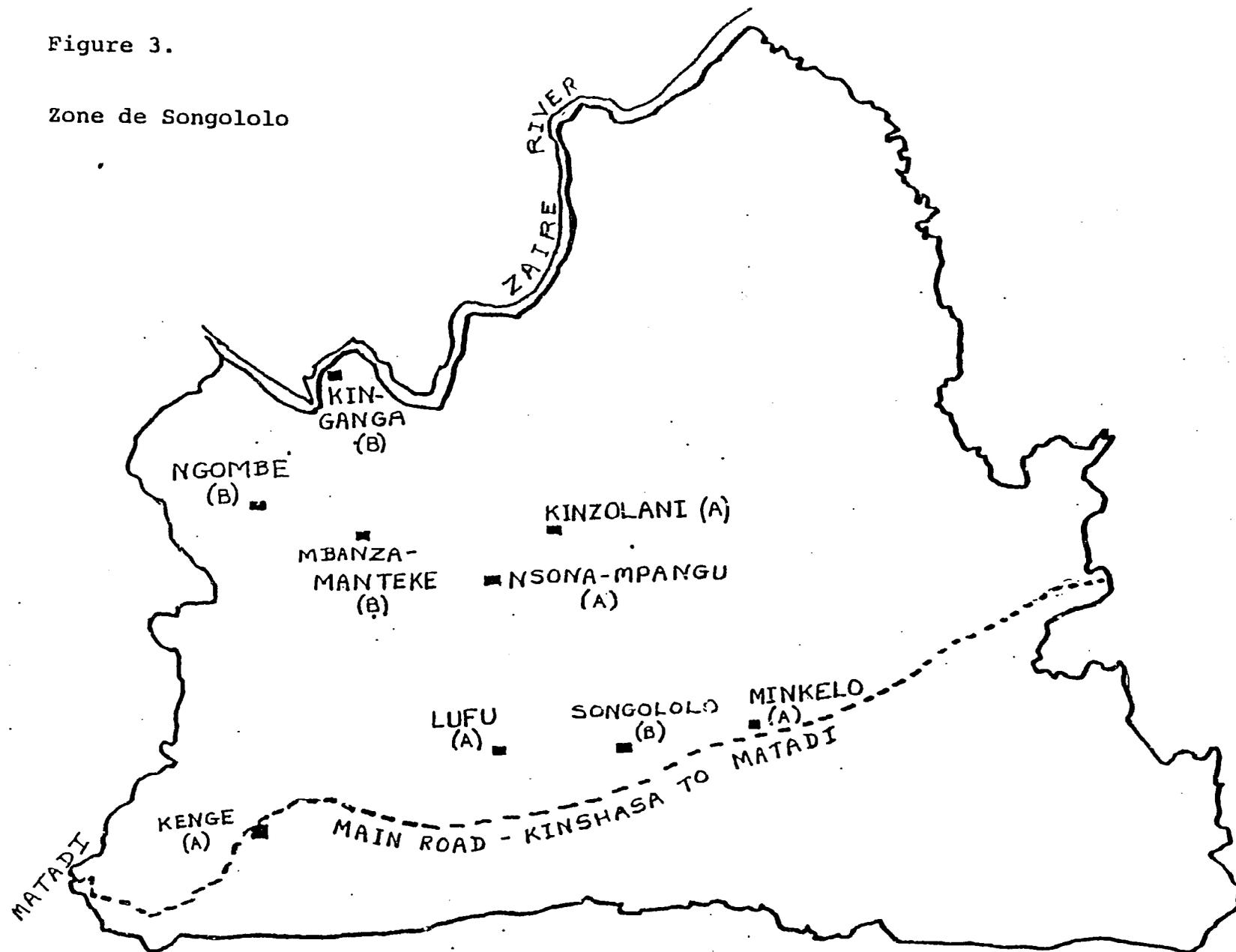


Figure 3.

Zone de Songololo



renforcement du système de livraison d'autres produits pour enfants.² C'est également un projet de recherche du fait qu'il documente l'évolution de la connaissance, des attitudes envers, et de la pratique du planning familial suite à l'introduction du programme de services.

En outre, le projet doit évaluer deux stratégies de livraison des services de PF.

(a) Traitement A: Stockage dans les dispensaires existants avec des contraceptifs et autres produits en même temps qu'un programme d'extension sous forme de réunions de groupes, de visites dans les foyers et de distribution de contraceptifs; et

(b) Traitement B: Seulement le stockage dans les dispensaires existants sans le programme d'extension.

Une grande partie de la comparaison entre ces deux stratégies se fera sur la base du coût-efficacité de chacune. Les objectifs spécifiques du projet, tels que cités dans le document de préparation du projet sont les suivants:

2. Dans la zone rurale, le programme de services concerne les contraceptifs et les produits pharmaceutiques pour jeunes enfants. Dans la zone urbaine il s'est avéré nécessaire de changer le modèle pour garder seulement l'aspect familial, et ceci pour deux raisons: (1) la logistique nécessaire pour contrôler la vente de ces produits à une population aussi grande et (2) la résistance à la commercialisation de tels produits par des personnes locales qui estimaient que leurs intérêts économiques étaient menacés.

1. Améliorer la connaissance sur les contraceptifs modernes chez les femmes en âge de reproduire, dans la population cible.
2. Promouvoir une attitude plus favorable envers le planning familial.
3. Augmenter l'emploi des contraceptifs modernes dans la population cible.
4. Reduire le nombre de naissances souhaitées par les femmes en âge de reproduire.
5. Déterminer l'efficacité relative de deux approches différentes de livraison des services visant à accroître l'usage des contraceptifs.
6. Évaluer les deux stratégies de livraison des services de contraception en termes de coût-efficacité.
7. Augmenter le pourcentage, dans la population cible, d'enfants de moins de cinq ans qui reçoivent le traitement anti-paludique.
8. Augmenter le pourcentage, dans la population cible, d'enfants de moins de cinq ans qui reçoivent la réhydratation orale contre la diarrhée.
9. Augmenter le pourcentage, dans la population cible, d'enfants de moins de cinq ans qui reçoivent des médicaments vermifuges.

Le projet de R.O de Tulane est réalisé en collaboration avec la communauté Baptiste du Zaire-Ouest (CBZO). Le Directeur Zairois est le Dr. Nlandu Mangani, Directeur de l'hôpital Evangélique de Nsona Mpangu où se situe le quartier général du projet. La Directrice Adjointe est la Citoyenne Matondo Mansilu qui joue un rôle déterminant dans tous les aspects du projet. La citoyenne Butuena Mavambu a dirigé l'enquête de base et a, par la suite, occupé le poste de Coordinatrice Urbaine. Elle a été assistée dans ses responsabilités par la Citoyenne Nlandu Diasivi.

B. L'Enquête de Base

Le projet est constitué de trois parties: l'enquête de base, la mise en opération et le maintien du programme de services pour une période de 18 mois, et l'enquête finale. Le présent rapport décrit les résultats de la première partie du projet.

L'enquête de base dans la population cible a quatre objectifs importants:

1. Elle décrit la population avant la livraison de services et ainsi, fournit une base de comparaison (avec les résultats de l'enquête finale) qui permettra de juger si les objectifs du projet ont été atteints.

2. Elle fournit aux Directeurs du projet des données importantes sur le niveau de connaissance et l'attitude générale à l'égard du PF, ceci devrait être pris en considération lors de la livraison des services de PF.
3. Elle fournit une base pour déterminer la comparabilité des groupes de traitement A et B, avant le commencement du programme de livraison, afin de pouvoir juger si les différences entre les groupes rencontrées lors de l'enquête finale sont bien dûes au programme (et non pas à des conditions préexistantes).
4. Elle représente l'une des rares sources de données sur la fécondité et le planning familial à partir d'un échantillonnage de probabilité, d'une population francophone au sud du Sahara.

Comme l'indique le titre de ce rapport, ceci constitue la première partie des résultats de l'enquête de base, soulignant les caractéristiques démographiques, les idéaux de reproduction et le contrôle des naissances. La deuxième partie (qui doit être prochainement disponible) sera consacrée à la situation nutritionnelle des moins de cinq ans dans la population.

Ce rapport est donc d'abord descriptif et présente une vue générale sur le genre d'informations fournies par l'enquête. Deuxièmement, il doit établir la comparabilité entre groupes de traitement A et B aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Tertio, il comprend une description détaillée de la méthodologie

de l'enquête, qui sera le sujet probable d'une publication abrégée. Et quarto, il donne une vue générale de la population cible dans le cadre du planning familial et des questions qui s'y rapportent.

Les rapports ou publications qui suivront, et qui seront basés sur les mêmes données seront de nature plus analytique et se concentreront sur les relations entre la taille des familles, la situation nutritionnelle des enfants, les caractéristiques démographiques, les facteurs socio-économiques, l'usage des contraceptifs, et ainsi de suite.

II. METHODOLOGIE

A. L'Instrument de D'Enquête

Le questionnaire utilisé a été élaboré en français par la responsable principale de Tulane (RP) de l'enquête ainsi que par le Directeur du PRODEF avec la Directrice Adjointe. Les questionnaires sur la fécondité/planning familial des enquêtes précédentes ont été consultés avant de préparer ce questionnaire. De première importance furent les questions qui nous permettraient de déterminer (grâce à l'enquête finale) si les objectifs du projet ont été atteints en ce qui concerne la connaissance et la pratique du planning familial.

Les principaux domaines couverts par l'enquête furent:

- * Les caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population.

- * L'historique de grossesse de la population.
- * Les données sur les enfants de moins de cinq ans concernant les maladies suivantes: le paludisme, les vers intestinaux et la déshydratation.
- * Les mesures anthropométriques de tous les enfants de moins de cinq ans.
- * Les idéaux de reproduction et les attitudes envers le PF.
- * La connaissance et l'usage des méthodes de PF.
- * Le contact avec les informations concernant le PF à travers les moyens d'information de masses et les communications inter-personnelles.

L'instrument de l'enquête fût traduit en Kikongo par l'équipe du PRODEF et prétesté dans le village de Viasa dans le Bas-Zaïre (situé à proximité, mais non dans la zone du projet) en janvier 1981. Des corrections mineures ont été apportées à la phraséologie de quelques articles, mais autrement le questionnaire paraissait fonctionnel.

Le questionnaire fût alors retraduit du Kikongo en français par un enseignant de l'école locale qui n'avait jamais vu le questionnaire auparavant. Cette dernière traduction indiqua bien que le sens de toutes les questions a été préservé en kikongo.

B. Recrutement et Formation des Enquêteuses.

Le recrutement des enquêteuses a commencé vers la fin de 1980 et a consisté en un examen qui était destiné à évaluer le niveau d'instruction de la candidate. Sept d'entre elles fûrent

selectionnées. Toutes étaient de sexe féminin et avaient terminé (ou presque) l'école secondaire. Elles avaient entre 18 et 25 ans. Aucune d'elles n'avait jamais tenu un emploi rémunéré reflétant le niveau peu élevé de participation des femmes salariées dans la force du travail du Zaïre.

La formation des enquêteuses se déroula à Nsona Mpangu en février 1981 et dura dix jours environ y compris la pratique sur le terrain. Les instructeurs étaient la RP de Tulane, le Directeur du PRODEF et la Directrice Adjointe.

Les sujets couverts lors de la formation de l'enquêteuse comprenaient le but du questionnaire, le sens de chaque question, l'omission des parties non applicables, la manière correcte de remplir le formulaire, les techniques de l'interview (y compris l'emploi de question-sonde, la manière de manipuler les questions difficiles ou sensibles, la clarification des réponses ambiguës, etc...); les techniques d'échantillonnage, y compris la façon de faire un plan de chaque village; la manière de prendre les mesures anthropométriques des enfants de moins de cinq ans; et des instructions générales concernant la logistique de l'enquête. Il y eut beaucoup de jeu de rôles dans les séances pratiques en classe, et également des interviews d'entraînement contrôlés dans quelques foyers non compris dans la zone de l'enquête.

C. L'Echantillonnage

Les échantillons obtenus dans les zones urbaines et rurales avaient un aspect en commun. Dans aucun cas il n'y avait d'estimations valables sur la population, ni de cartes suffisamment détaillées pour montrer le nombre et l'emplacement des foyers. Cependant les problèmes d'échantillonnage furent beaucoup plus importants dans la zone urbaine que dans la zone rurale.

La zone urbaine

Matadi est une ville qui s'est déployée sur des flancs rocaillieux. Les routes principales serpentent en épousant la topographie difficile du terrain. De nombreuses routes secondaires s'en détachent et se divisent en chemins et sentiers. Dans la région d'activité du projet à Matadi (les zones de Nzanza et Mvuvi), la densité d'habitation est très élevée. Ceci, ajouté à la difficulté du terrain, rend très difficile la distinction spatiale des foyers par simple observation visuelle.

En bref, le problème d'échantillonnage dans Matadi venait de l'absence de carte détaillée ou d'estimations valables de la population par sous-divisions administratives (telles que les grilles de recensement); il n'y avait rien qui ressemblait de près ou de loin à un tracé en grille de la ville; et il aurait été impossible de compter les ménages à partir d'une photo aérienne.

Le seul outil disponible pour l'échantillonnage à Matadi était une carte de la ville, vieille d'environ douze ans, qui montrait les rues principales et les points de repères importants de la ville en même temps que la densité relative de la population au moyen de nuances de couleur.

De façon à se rapprocher d'un échantillonnage de probabilité (dans lequel toute les femmes de la population cible avaient une probabilité égale d'être sélectionnées pour l'enquête), la méthode suivante fût choisie. Sur la carte disponible, les zones de Nzanza et de Mvuzi fûrent divisées en 109 carrés de 250 m² environ chacun, et classés par rapport à leur densité en se basant sur les nuances de densité de couleur de la carte et sur des vérifications faites sur le terrain (1= haute densité. 2= moyenne densité. 3= densité faible). Les carrés inhabités de chaque zone fûrent exclus du découpage. Au premier stade de l'échantillonnage, 60 carrés fûrent sélectionnés au hasard en utilisant une table de nombres pris au hasard.

Il fût ensuite nécessaire de situer ces 60 carrés sur le terrain. Ceci fût réalisé par le superviseur, les enquêteuses et un assistant embauché spécialement pour repérer les points de la carte sur le terrain en utilisant le cours du fleuve Zaire et la route de Kinshasa.

Une fois que le carré sélectionné était délimité sur le terrain, les enquêteuses rapportaient sur la carte chaque ménage qui s'y trouvait, indiquant les points de repère, les rues et

les numéros des maisons (dans les quelques cas possibles). Ces ménages furent alors numérotés sur la carte.

Le deuxième stade de l'échantillonnage consista en la sélection au hasard de 30 ménages, en utilisant la table des nombres pris au hasard. Si le carré sélectionné ne contenait pas 30 maisons, un carré adjacent de densité semblable (densité faible) était sélectionné pour obtenir le nombre nécessaire.

Les enquêteuses essayèrent autant que possible de questionner toutes les femmes en âge de reproduire dans un ménage donné, ce procédé continua jusqu'à ce que l'enquêteuse arriva à son quota de 30 questionnaires complets par carré. Au moins deux visites additionnelles furent effectuées pour questionner les femmes qui étaient absentes des ménages sélectionnés le jour du premier passage de l'enquêteuse.

Cette méthode devait fournir 1800 entrevues à Matadi, cependant, le nombre obtenu n'était que de 1797 compte tenu de certains problèmes sur le terrain.

La classification des carrés par densité devrait permettre d'équilibrer les carrés dans le cas où il y aurait des différences significatives entre les variables clés des zones de différentes densités. Ceci serait fait dans le but d'arriver à des estimations plus précises de certains paramètres, en donnant plus de poids aux zones les plus denses. Cependant, le présent rapport ne fait pas cas d'un tel rééquilibrage.

Echantillonnage en Zone Rurale

Par rapport à Matadi, la zone rurale s'est avérée idéale du point de vue de l'échantillonnage. Les foyers dans les villages de la zone cible sont des unités individuelles bien distinctes les unes des autres et s'alignent en deux rangées, parallèles à la route principale qui traverse le village.

Bien que la population totale de la zone de Songololo a été estimée à 36.000 hab., les villages couverts par le programme (53 au total) sembleraient contenir environ 25.000 hab.. Cette dernière estimation était basée sur des statistiques rassemblées dans la zone par un autre médecin et ne fut pas considérée comme très sûre.

Sachant qu'il aurait été utile de disposer de cartes de tous les villages de la zone du projet pour le programme de service de même que pour les besoins de l'enquête, il fût décidé d'interviewer dans tous les villages plutôt que d'en sélectionner un échantillon. Des estimations quand au nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans dans la population furent réalisées et on calcula qu'il serait nécessaire de questionner toutes les femmes en âge de reproduire dans chaque troisième ménage pour arriver à un total de 1800 questionnaires complétés dans la zone rurale.

Lors de la préparation de l'enquête, chaque village fût divisé en sections et une enquêteuse fût désignée pour chaque section. L'enquêteuse dressa sa carte et se mit au travail. On essaya de questionner toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans et

jusqu'à trois rappels ont été faits si une femme se trouvait absente le jour de l'enquête.

L'expérience sur le terrain le premier jour de l'interview indiqua qu'il y avait considérablement plus de maisons inhabitées et de foyers sans femmes entre 15 et 49 ans que l'on ne s'y attendait. Pour s'assurer d'un échantillon suffisant, on réduisit l'interval d'échantillonnage à chaque deuxième foyer.

Ce procédé fournit un total de 1751 questionnaires complets, soit quelque peu en dessous du chiffre désiré mais néanmoins suffisant pour les besoins de l'enquête.

Plus tard, 47 cas furent rejetés lorsqu'on décida d'exclure certains villages du programme de services (il n'était donc pas nécessaire de les inclure dans les enquêtes de base et dans l'étude finale).

Les exclusions concernaient des villages ne comprenant que deux à trois foyers et également le village de Kitomesa qui n'est pas typique de cette zone à cause de la station agricole qui s'y trouve et qui possède son propre système de services de santé. Ainsi, le nombre de questionnaires utilisés dans ce rapport fût réduit à 1704.

D. Collecte des Données et Supervision sur le Terrain

La collecte de données pour l'enquête de base a duré de février à mai 1981 dans la zone rurale, et de septembre 1981 à janvier 1982 dans la zone urbaine.

Pendant les premières semaines des deux enquêtes, tous les questionnaires furent vérifiés sur le terrain par le superviseur, qui renvoyait les enquêteuses auprès des sujets questionnés dans les cas de réponses ambiguës ou de vides dans le questionnaire. Cette méthode tendait à minimiser les erreurs dès le début.

De plus, dans cinq pourcent des cas, le superviseur revisitait lui-même le ménage de façon à vérifier des détails de certaines réponses (âge, éducation, nombre d'enfants en vie) dans le but de remédier à toute erreur et d'améliorer ainsi la qualité des données de l'enquête.

E. Codification et Perforation des Fiches d'Ordinateur

Le travail de codification des questionnaires pour l'enquête rurale a été commencé par un volontaire du Corps de la Paix à Nsona Mpangu, Madame Eileen Drew, avec l'assistance d'un enseignant de l'école locale, le Citoyen Mombela. Le contrat de Madame Drew avec le Corps de la Paix expira avant la fin de l'enquête et le Citoyen Mombela termina le travail pour l'enquête rurale et supervisa la codification pour l'enquête urbaine.

Une fois les questionnaires codés, il furent transférés à Kinshasa pour être perforés au centre de Planification et de Nutrition (CEPLANUT) . La perforation des fiches des deux enquêtes, urbaine et rurale, fut terminée en mai 1982 et les données furent transférées sur bandes magnétiques pour être traitées à l'Université de Tulane.

F. Edition et Traitement des Données

Les données furent éditées (filtrées) avant le traitement à l'aide du programme d'ordinateur Mini-Tab.³ Ce programme identifia les valeurs à rejeter et les erreurs de logique dans les données. Le nombre d'erreurs relevées était très bas, reflétant un travail consciencieux de la part des codeuses et des perforatrices. Les erreurs identifiées par le Mini-Tab furent comparées aux originaux et corrigées autant que possible.

III. Résultats

Avant de passer directement aux résultats relatifs aux idéaux de reproduction et au contrôle de la fécondité, il est important d'examiner d'abord les caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population étudiée, et ceci pour deux raisons:

3. Elkins, Henry G. 1971. Mini-tab Modification, Fréquences Minitab, et tableaux Mini-tab. Un ensemble constitué de trois programmes reliés de statistiques pour Petits Ordinateurs. (Chicago: Université de Chicago, Centre d'Etudes de la Communauté et de la Famille.)

- (1) Connaitre la nature de la population qui se trouve concernée par ce projet de recherche opérationnelle, et
- (2) Déterminer la comparabilité des zones de traitement préalablement à la livraison des services.

Il est intéressant de faire deux genres de comparaison: (1) entre les populations urbaines et rurales d'un côté et, (2) entre zones de traitement dans les populations urbaines et rurales de l'autre. Les différences urbaines/rurales sont, ci-dessous, mises en valeur comme moyen de décrire les deux différentes zones d'étude. On s'attend à trouver des différences substantielles entre les deux, ce qui reflète les différences dans les possibilités économiques, les niveaux d'éducation, les styles de vie, les coutumes, etc., entre les deux groupes.

Par contre, les différences entre zones de traitement sont traitées comme un moyen d'évaluer la comparabilité entre ces deux zones. Dans ce rapport, la zone de traitement A constitue la zone qui recevra le programme en entier, y compris le stockage des dispensaires et le programme d'extension. La zone de traitement B recevra le stockage des dispensaires mais pas de programme d'extension.

Il serait idéal que les zones de traitement constituées de populations urbaines (ou rurales) soient comparables dans leur caractéristiques démographiques et socio-économiques, et même dans les facteurs reliés au planning familial. Dans la mesure où il existe des différences substantielles dans ces variables clés, il devient important de considérer comment celles-ci pourraient

influer sur l'impact (ou biaiser l'évaluation) du programme de PF.

A. Caractéristiques de la Population Etudiée et Comparabilité entre les Zones de Traitement

Le tableau 1 montre les caractéristiques démographiques de la population étudiée. Pour la majorité des variables considérées, il existe une forte comparabilité entre les zones de traitement, bien qu'un certain nombre de différences se dégage, comme prévu, entre la population urbaine et rurale.

Nombre de personnes dans le foyer: Le nombre de personnes par ménage était de 6.7 à Matadi comparé à 6.0 dans la zone de Songololo. Dans les deux zones de traitement rurales et urbaines, il fût relevé qu'il y avait légèrement plus de femmes vivant dans les ménages que d'hommes. Dans la plupart des foyers (70% ou plus), il n'y avait qu'une seule femme en age de procréer.

Age: La moyenne d'age des femmes de l'enquête urbaine était de 27 ans (dans les deux zones de traitement), alors qu'elle était de 28 ans dans les deux zones de l'enquête rurale.

Religion: L'affiliation religieuse la plus répandue parmi tous les groupes est protestante, bien que le pourcentage de protestants était plus élevé dans la zone rurale (51%) que dans la zone urbaine (45%). La deuxième religion principale de la

région est catholique (42% d'urbains contre 35% de ruraux). Une troisième religion mentionnée par moins de 10% est Kibanguiste. Un petit pourcentage de toutes les zones déclara avoir une autre religion ou n'en avait pas du tout.

Nationalité: Dans l'enquête urbaine, 92 pourcent des sujets déclarèrent avoir la nationalité zairoise avec seulement de légères différences entre la zone de traitement A (94%) et la zone B (89%). Cependant dans l'enquête rurale, il y avait une différence nette entre les deux zones de traitement sur cette variable. Soixante (60) pourcent des sujets de la zone A contre 84% de la zone B sont de nationalité zairoise. Le reste étant de nationalité angolaise. Les angolais sont pour la plupart des réfugiés, et leur niveau de vie semble légèrement plus bas. De plus, les efforts qui ont été faits pour encourager le planning familial dans les communautés de réfugiés angolais indiquent que celles-ci sont moins ouvertes au concept du planning familial que les communautés zairoises. Ainsi cette différence entre nationalités d'origine entre les deux zones dans la population rurale représente un facteur qui pourrait influencer l'évaluation de l'impact du programme (i.e. l'effet du programme dans la zone A, qui comprend le programme d'extension, pourrait être diminué par le pourcentage plus élevé de réfugiés angolais dans ces villages). Ce facteur sera pris en compte dans l'analyse des résultats de l'enquête finale.

Années de Résidence dans la Communauté: En raison de la présence de réfugiés angolais dans cette région du Bas-Zaire, on

questionna les sujets sur le nombre d'années de résidence dans la communauté, (dans la ville de Matadi pour l'enquête urbaine et dans le village de résidence pour l'enquête rurale).

Dans les zones urbaines, le nombre d'années de résidence dans la communauté était de seize (16) en moyenne. Il n'y avait presque pas de différence entre les zones de traitement sur cette variable. Mais de façon assez intéressante, les quelques sujets angolais de Matadi avaient une moyenne légèrement plus élevée que les sujets zairois.

Dans les zones rurales, les résidents questionnés avaient vécu dans leur communauté depuis dix ans (en moyenne), ce qui est moins élevé que dans les zones urbaines de Matadi. Le nombre d'années de résidence était légèrement plus bas dans la zone expérimentale, ce qui peut être, en partie, attribué au pourcentage plus élevé de réfugiés. Dans les zones rurales, les femmes angolaises avaient vécu moins d'années dans leurs présente communauté de résidence que les zairoises.

Education des sujets questionnés: Comme le montre le tableau 2, le niveau d'éducation de la population urbaine est plus élevé que celui de la population rurale. 78 pourcent des personnes questionnées à Matadi déclarèrent avoir été à l'école contre 59% parmi la population rurale, 41% de la population urbaine avait suivi l'école secondaire ou un niveau d'éducation plus élevé alors que c'était le cas pour seulement 17 pourcent dans l'enquête rurale. Ainsi il n'est pas étonnant que 67% des sujets

urbains déclarèrent pouvoir lire, par rapport à 44% dans les zones rurales.

Alors qu'il y a des différences urbaines-rurales marquées dans le niveau d'éducation, il y a une forte comparabilité entre les zones de traitement dans chaque enquête. De même, le pourcentage d'alphabétisés est le même pour les deux zones de traitement dans chaque enquête, comme le montre le tableau 2.

Occupation des sujets interviewés: Les occupations rapportées par les sujets questionnés reflètent des différences notables dans les activités quotidiennes des femmes dans la zone urbaine par rapport à celles de la zone rurale. La majorité des femmes interviewées à Matadi (65%) se déclarèrent être femmes au foyer, 19% vendeuses, 6% travaillaient dans les champs, 4% étaient fonctionnaires, et 6% avaient d'autres occupations. Ces pourcentages étaient comparables dans les deux zones de traitement. Par contre, la plupart des femmes de l'enquête rurale (92%) déclarèrent travailler dans les champs (ceci semble-t-il, en plus de leur travail ménager), 3% étaient femme au foyer, 2% vendeuses, et les 3% restant déclarèrent avoir d'autres occupations. De nouveau, on voit une forte comparabilité entre zones de traitement quant à l'occupation des sujets interviewés.

Education de l'époux: Puisque le statut socio-économique du mari est un facteur important dans celui de la femme dans plusieurs sociétés, il fût considéré comme important d'examiner cette variable. Le pourcentage dans cette variable est basé sur le

nombre total de femmes qui se sont déclarées mariées le jour de l'enquête.

Quelque 37% des sujets urbains (mariées) et 29% des sujets ruraux (mariées) ne connaissaient pas le nombre d'années d'éducation de leurs époux. Puisque il est impossible de savoir si celles qui savaient était représentatives de l'échantillon total, il est donc difficile de comparer les années d'éducation des femmes et de leur époux. Néanmoins, les données citées dans le tableau 2 suggèrent que les maris sont en moyenne plus instruits que leur femmes et comme prévu, les époux des sujets urbains avait un niveau d'éducation plus élevé que ceux des sujets ruraux. Les zones de traitement étaient comparable dans les deux enquêtes.

La profession de l'époux: Les données sur la profession de l'époux étaient plus complètes. Dans les zones urbaines, les deux professions les plus fréquemment mentionnées étaient celle d'employé de compagnie privée et celle de fonctionnaire (ce qui comprend les enseignants, les infirmiers, et autres emplois de service public). Il y avait quelques variations entre les zones de traitement dans l'enquête urbaine mais d'une manière générale, ces zones étaient similaires. Par contre, dans les zones rurales, le travail dans les champs ou la chasse dans la forêt étaient le plus souvent mentionnés (52%), suivi de fonctionnaire (15%), employé de compagnie privée (12%), vendeur (6%) et autres (15%). Bien que les zones de traitement étaient comparables, les maris de la zone A avaient plus de chance d'être fermiers, alors

que dans la zone B, il y avait plus de chance qu'ils soient fonctionnaires.

En plus des indicateurs de caractéristiques démographiques et socio-économiques précédents, l'enquête de base a également considéré un certain nombre de paramètres qui reflètent les conditions de vie et les possessions matérielles. Ces indicateurs seront utilisés plus tard pour l'analyse des relations qui existent entre le statut socio-économique, la taille de la famille, l'usage des contraceptifs et autres facteurs. Les résultats ayant trait à ces indicateurs du statut socio-économique sont reportés dans l'annexe A.

B. Statut Marital de la Population.

Une lacune de cette enquête concerne la définition du statut marital. Dans l'enquête urbaine, une femme qui vit en concubinage est classée comme mariée (à l'instar de ce qui se fait généralement dans les enquêtes de prévalence sur l'usage des contraceptifs, qui mesurent l'utilisation des contraceptifs parmi les femmes en âge de reproduire, mariées ou concubines).

Cependant, dans l'enquête rurale, il y avait un malentendu concernant la classification des femmes vivant en concubinage, qui ne s'est révélé qu'à la fin de l'enquête rurale (qui fût réalisée avant l'enquête urbaine). Il est possible que des femmes vivant en concubinage aient déclaré être mariées (et soient enregistrées comme telles), même si elles n'étaient pas

légalement mariées. Cependant (dans l'enquête rurale seulement), si une femme déclarait ne pas être légalement mariée mais vivant avec un homme en concubinage, elle fût enregistrée comme célibataire. Des corrections pour cette erreur seront faites dans les analyses ultérieures de prévalence d'utilisation des contraceptifs et des facteurs qui s'y rapportent.

Soixante-dix (70%) pourcent des femmes dans la zone urbaine étaient mariées ou vivaient en concubinage, alors que 27 pourcent n'avaient jamais été mariées, 2% étaient divorcées ou séparées, et 1% étaient veuves. Les zones de traitement étaient identiques pour cette variable; voir tableau 3.

Dans les zones rurales, 62% des femmes étaient mariées, alors que 30% étaient célibataires,⁴ 6% pourcent étaient divorcées ou séparées, et 2% étaient veuves. Ces pourcentages étaient valables pour les deux zones de traitement.

Dans la plupart de cas, la personne en était à son premier mariage ou concubinage, bien que le pourcentage des femmes mariées auparavant était plus élevé parmi les sujet ruraux (22%) qu'urbains (6%). Les zones de traitement étaient identiques dans les deux enquêtes.

Dans les deux populations urbaines et rurales, la moyenne d'âge au moment du mariage était d'environ 17 ans et ceci était vrai pour les deux zones de traitement de chaque enquête. Il est

4. Ce chiffre inclut toutes les femmes qui ont déclaré vivre en concubinage et ne pas être légalement mariées.

intéressant de remarquer que le pourcentage de femmes mariées à moins de 15 ans était légèrement plus élevé dans l'enquête rurale (14%) que dans l'enquête urbaine (10%).

Dans la zone urbaine, environ une femme interviewée sur dix a déclaré que son mari avait plus d'une femme. En comparaison, à peu près un quart des femmes dans la zone rurale déclarèrent que leurs maris avaient au moins une autre femme, suggérant que la pratique de la polygamie était plus étendue dans ce dernier cas.

Dans les deux zones urbaines et rurales, près de 95% des femmes mariées déclarèrent que leur maris vivait à la maison au moment de l'enquête, ce qui implique un niveau élevé d'exposition potentielle au risque de grossesse. Dans 3% des cas, le mari était absent mais il l'avait été depuis moins d'un mois. Dans seulement 1% des cas de l'enquête urbaine et 3% de l'enquête rurale, le mari était absent depuis plus d'un mois.

En résumé, le niveau de comparabilité entre les zones de traitement des deux enquêtes est élevé en ce qui concerne le statut marital.

C. Historique de la Grossesse.

Quatre-vingt cinq pourcent des femmes dans l'enquête urbaine avaient été enceintes au moins une fois, contre 92% dans l'enquête rurale (voir tableau 4). Les différences entre les zones de traitement dans chaque enquête étaient minimes.

Douze (12) pourcent des femmes dans la zone urbaine déclarèrent être enceintes au moment de l'enquête contre 15% dans la zone rurale. Les zones de traitement étaient de nouveau comparables dans les deux enquêtes.

Etant donné l'étendue de la stérilité causée par les maladies vénériennes dans certaines parties de l'Afrique sub-saharienne, il était également intéressant de déterminer le pourcentage de femmes stériles ou en dessous de leur potentiel de fécondité. A cette fin, il fût demandé à toutes les femmes si elles pensaient avoir des problèmes à devenir enceinte si elles le souhaitaient. Environ 10% des femmes dans les deux enquêtes urbaine et rurale déclarèrent que c'était bien le cas (bien qu'une analyse plus poussée de cette variable par rapport à l'âge du sujet soit nécessaire de façon à déterminer si plusieurs de ces femmes n'ont pas simplement atteint la ménopause).

Les données sur le nombre total de grossesses montrent une moyenne de 4.0 dans la zone urbaine et de 4.6 dans la zone rurale. Cette différence pourrait être partiellement attribuée au fait que l'échantillon rural est légèrement plus âgé (d'un an) que l'échantillon urbain. Les zones de traitement sont comparables dans les deux enquêtes urbaine et rurale.

Près d'un quart des femmes des deux enquêtes, urbaine et rurale, avait eu un avortement (spontané ou provoqué), et au moins 7% dans chaque enquête en avait eu deux ou plus. Les zones de traitement dans chaque enquête étaient comparables.

Environ 3% des sujets urbains et 7% des sujets ruraux avaient eu une fausse-couche; les cas de fausses-couches multiples étaient rares (moins de 1%). Il y avait peu de différence entre les groupes de traitement des deux enquêtes.

Le nombre d'enfants nés vivants était légèrement plus bas pour les sujets urbains (3.5) que pour les sujets ruraux (4.1). Il avait peu de différence entre les groupes de traitement. La section H du tableau 4 montre le nombre d'enfants nés vivants suivant l'âge du sujet interviewé. Dans les deux populations, urbaines et rurales, le nombre augmente proportionnellement avec l'âge. Le nombre d'enfants que les femmes entre 45 et 49 ans ont eu correspond au taux de descendance finale, ce qui était de 7.7 enfants pour les femmes des deux zones urbaines et rurales.

Quant à la mortalité infantile, 31% des sujets de l'échantillon urbain comparé à 43 pourcent de ceux de l'échantillon rural avaient perdu au moins un enfant après qu'il soit né vivant. Quatre pourcent des sujets urbains et 9% des sujets ruraux avaient perdu 3 enfants au moins. Les groupes de traitement étaient comparable dans cet aspect.

Le nombre moyen d'enfants en vie chez les sujets urbains était de 3.0, contre 3.3 pour les sujets ruraux. Ainsi, alors que les femmes rurales avaient eu plus de grossesses et plus de naissances vivantes, la plus grande perte de grossesses ainsi qu'une mortalité infantile plus élevée ont réduit la différence en termes du nombre total d'enfants vivants. Les différences entre les zones de traitement étaient minimes.

Le rapport de masculinité des enfants en vie dans les zones urbaines et rurales (et dans les différents groupes de traitement) était 1:1.

D. L'allaitement des Enfants de Moins de Trois Ans.

Comme cité dans l'introduction, la première partie des résultats de l'enquête de base est concernée surtout par le comportement reproductif et le contrôle de la fécondité, tandis que la seconde partie s'occupe plutôt de la santé et du statut nutritionnel des enfants de moins de 5 ans de la population concernée, y compris les données sur la taille, le poids, les mesures de circonférence du bras, la présence d'oedèmes, la présence du paludisme, des vers intestinaux ou de diarrhée au cours des deux dernières semaines, et les visites au dispensaire.

Néanmoins, il est intéressant d'inclure des données sur le statut d'allaitement des enfants de moins de trois ans puisque ce facteur a une influence directe sur le contrôle de la fécondité. Les données d'une étude ayant déjà été faite au Zaïre⁵ semblent indiquer que la motivation pour le contrôle de la fécondité (par les méthodes traditionnelles ou modernes) est plus élevée pendant les six premiers mois qui suivent l'accouchement; elle diminue petit à petit au fur et à mesure que le nourrisson grandit; et elle est la plus basse chez les femmes qui ont sevré leur enfant.

5. Bertrand, J.T., W.E. Bertrand and Miatudila Malonga. "The Use of Traditional and Modern Methods of Fertility Control in Kinshasa, Zaïre." Population Studies, vol. 37 (sous presse).

Dans la présente étude, 67% des femmes urbaines et 74% des femmes rurales avec un enfant de moins de 3 ans allaitaient encore; voir tableau 5.

Parmi les femmes qui ont sevré leur enfant de moins de 3 ans, l'âge moyen du sevrage était de 16 mois dans la zone urbaine et de 18 mois dans la zone rurale. Il est à remarquer que 34% dans la zone urbaine et 45% dans la zone rurale ont sevré leur enfant au delà de 24 mois. Les données suggèrent que les femmes urbaines tendent à commencer à donner des aliments supplémentaires plus tôt (à l'âge de 4.1 mois en moyenne) que les femmes rurales (5.5 mois).

Les analyses à venir de ces données seront surtout concernées par les relations entre le statut de l'allaitement et le contrôle de la fécondité. Seulement, étant donné les fortes pressions culturelles à ne pas tomber enceinte pendant l'allaitement d'un enfant, on s'attend à ce que la pratique généralisée de l'allaitement (jusqu'à un âge plutôt avancé) aura un rapport direct avec le désir de contrôle de la fécondité.

E. Nombre d'Enfants voulus(Idéaux de reproduction)

Le Zaïre, comme la plupart des pays au sud du Sahara, est fortement pronataliste au niveau de la communauté, de la famille, et de la nation. La série de questions posées concernant les idéaux de reproduction reflète une attitude fortement pronataliste. Les réponses concernant la taille idéale de la famille résument ce point de vue pronataliste. Quand elles étaient interrogées sur le nombre d'enfants qu'elles considéraient idéal, environ la moitié de femmes des deux enquêtes urbaines et rurales répondirent, "Autant que Dieu permet". Un autre 16% dans l'enquête urbaine et 9% dans l'enquête rurale ne savaient pas, ce qui permet de croire que la taille de la famille était peut-être un sujet sur lequel elle n'avaient pas tellement réfléchi. Finalement, parmi celles qui avaient donné un chiffre spécifique, le nombre considéré comme idéal était 6.2 parmi les sujets interviewés urbains et ruraux; voir tableau 6.

La plupart des femmes dans les enquêtes urbaines et rurales exprimèrent le désir d'avoir plus d'enfants; parmi les femmes qui avaient déjà été enceintes, 64% des femmes urbaines et 72% des femmes rurales déclarèrent vouloir plus d'enfants. Parmi celles qui désiraient en avoir plus, environ 80% dans les deux enquêtes urbaines et rurales déclarèrent qu'elles voulaient en avoir "Autant que Dieu leur donnera". Le reste des personnes questionnées (qui voulaient plus d'enfants et qui donnèrent

un nombre spécifique) déclarèrent vouloir au moins trois enfants de plus en moyenne.

Cependant, il y a une différence marquée entre le pourcentage de femmes qui voulaient plus d'enfants à un moment donné et le pourcentage de celles qui voulaient devenir enceintes à ce moment donné. En fait, alors que deux tiers des femmes voulaient plus d'enfants dans le futur, seulement 10% des femmes urbaines et 18% des femmes rurales souhaitaient tomber enceintes au moment de l'interview.

Il est particulièrement important pour l'espacement des naissances et le planning familial de noter le fait que 77% des femmes urbaines et 65% des femmes rurales ne voulaient pas une autre grossesse pour le moment. Ceci constitue le groupe cible potentiel pour le planning familial, ce qui représente dans ce cas particulier un pourcentage important de la population concernée par l'enquête.

Etant donné l'attitude fortement pronataliste prédominante dans cette zone, il peut sembler étonnant que 96% des femmes urbaines et 94% des femmes rurales acceptèrent l'idée du planning familial, ou plus spécifiquement, l'emploi de méthodes pour retarder ou éviter la grossesse. Ces résultats reflètent la valeur profondément enracinée, que les sociétés traditionnelles de l'Afrique au sud du Sahara attachent à l'espacement des naissances, non pas dans le but de limiter le nombre d'enfants mais plutôt pour améliorer les chances de survie des enfants.

Parmi celles qui acceptèrent l'idée du planning familial, la raison la plus souvent invoquée par les femmes urbaines était l'assurance de la bonne santé des enfants (43%), suivie par l'importance de l'espacement des naissances (22%), le souhait d'éviter les naissances illégitimes (15%), la protection de la santé de la mère (12%), et autre raisons (8%). Dans la zone rurale, les mêmes raisons étaient également données par celles en faveur du planning familial, bien que le souhait d'éviter les naissances illégitimes se trouvait en tête de liste, suivie du reste des raisons.

Concernant les raisons pour lesquelles les sujets estimaient que le planning familial était mauvais, on doit souligner que les pourcentages donnés dans le tableau 5 sont basés sur le nombre de femmes très réduit qui estimaient qu'il était mauvais. Les deux raisons principales données étaient que c'était un péché et qu'il y avait un risque (potentiellement mauvais pour la santé). D'autres raisons furent invoquées par un petit nombre de sujets questionnés.

Comme dans les autres sections, il est important de considérer la comparabilité entre les zones de traitement dans les deux enquêtes concernant les idéaux de reproduction. Alors que les deux sont généralement comparables sur les variables du tableau 6, il y a plus d'angolais dans la zone A que dans la zone B pour l'enquête rurale. Ainsi, on pourrait prévoir des attitudes légèrement plus pronatalistes parmi les sujets interviewés de la zone A que ceux de la zone B de l'enquête rurale. En effet, la taille idéale de la famille dans la zone A

était légèrement plus élevée, comme l'était le pourcentage de femmes souhaitant plus d'enfants; en plus, ce groupe était légèrement moins à même d'approuver le planning familial. Cependant les différences sont minimales et peuvent être prises en compte statistiquement dans une analyse plus poussée.

F. Connaissance et Utilisation des Méthodes de Planning Familial.

Les données de cette partie de l'enquête reflètent une utilisation généralisée des méthodes traditionnelles de contrôle de la fécondité, ainsi qu'une prise de conscience grandissante, mais un usage peu répandu, des méthodes modernes de contraception.

Comme le montre le tableau 7, environ deux tiers des sujets questionnés dans les enquêtes urbaines et rurales déclarèrent connaître des moyens d'espacement ou de prévention de grossesse. Cependant ce pourcentage s'accrût lorsque des questions furent posées à propos des méthodes spécifiques suggérant ainsi l'existence d'une certaine timidité ou réserve des sujets à montrer leur connaissance des méthodes de planning familial.

Dans la zone urbaine, les trois méthodes les plus connues de contrôle de fécondité étaient l'abstinence, le retrait, et la ceinture traditionnelle; plus de 65% des femmes connaissaient ces méthodes. Ces trois méthodes traditionnelles étaient suivies de trois méthodes modernes: la pilule (62%), l'injection (52%)

et la stérilisation de la femme (59%). La moitié avait entendu parler du rythme. Les préservatifs, les stérilets et les méthodes de barrière vaginale ne furent pas cités fréquemment. Il sera intéressant de comparer les données de base avec celles de l'enquête finale pour déterminer si la connaissance de ces méthodes augmente en raison des activités du projet.

Parmi les sujets ruraux la méthode la plus connue était ici encore l'abstinence (82%), et ceci en un pourcentage plus élevé que celui des femmes urbaines. De façon étonnante, la deuxième méthode la plus fréquemment citée fût la stérilisation de la femme (66%). Ceci peut probablement être expliqué par le fait que la méthode devint disponible, il y a près de deux ans, après que le Dr. Nlandu ait suivi un cours à Johns Hopkins, et que quelque 50 femmes de la zone de Songololo aient subi l'intervention. Deux docteurs de Matadi ont suivi par la suite le cours de JHPIEGO en Tunisie, mais pas avant que l'enquête de base n'ait été complétée.

Après l'abstinence et la stérilisation, les méthodes les plus connues parmi les sujets ruraux étaient le retrait (63%) et la ceinture traditionnelle (58%). Juste un peu plus de la moitié des femmes rurales avait entendu parler de la pilule et de l'injection, alors que moins de la moitié avait entendu parler du stérilet (41%), des préservatifs, du rythme (37% chacun), des méthodes de barrières vaginales (15%) ou du diaphragme (11%).

Il est à noter que le pourcentage au courant des méthodes d'abstinence, de stérilisation de la femme, des stérilets, des préservatifs, des méthodes vaginales et du diaphragme était plus élevé parmi les femmes rurales que chez les femmes urbaines. Ceci peut être le fait que le Dr. Nlandu avait inclu le planning familial dans un certain nombre de ses activités de santé publique dans la zone rurale, antérieurement à cette enquête (et même avant son contact avec l'Université de Tulane).

En tout, 85% des sujets urbains et 77% des sujets ruraux avaient entendu parler d'une méthode traditionnelle. Le résultat total était donc que 97% des femmes urbaines et 96% des femmes rurales avaient entendu parler de moyens de contrôle des naissances, (note: ces pourcentages ne sont pas portés au tableau 7).

Concernant l'usage passé et présent des méthodes de planning familial, les pourcentages rapportés ici sont basés sur les femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou vivant en concubinage (le dénominateur fréquemment utilisé pour rapporter la prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives).

Les résultats du tableau 7 séparent les méthodes modernes des méthodes traditionnelles dans le but de souligner l'emploi généralisé des méthodes traditionnelles, contre une expérience très limitée des méthodes modernes.

Parmi les sujets urbains, 10 pourcent avaient utilisé au moins une fois une des méthodes modernes de contraception énumérées au tableau 7, celle citée le plus fréquemment étant la pilule, suivie par un nombre considérablement plus réduit ayant employé les préservatifs, l'injection, la stérilisation de la femme, le stérilet, ou les méthodes de barrière.

Par contre, 80% des sujets urbains avaient utilisé au moins une des méthodes traditionnelles énumérées au tableau 7. Le retrait étant celle la plus fréquemment citée, suivie par l'abstinence et le rythme, et un pourcentage insignifiant qui avait employé au moins une fois la douche vaginale ou la ceinture traditionnelle. Concernant les méthodes modernes et traditionnelles, leur usage antérieurement à l'enquête était assez comparable entre groupes de traitement de l'enquête urbaine.

Une attitude identique se retrouve chez les femmes rurales. Un très petit pourcentage (7%) avait utilisé au moins une fois une méthode moderne, contre 81% pour les méthodes traditionnelles de contrôle des naissances. Les groupes de traitement étaient comparables, bien que la méthode la plus largement utilisée au moins une fois était l'abstinence en Zone A, contre le retrait en Zone B.

L'utilisation, au moment de l'enquête des méthodes de contraception montre la même distribution que l'utilisation antérieure à l'enquête (parmi les femmes ayant utilisé au moins une fois une méthode). Le pourcentage de sujets employant une

méthode moderne de contraception au moment de l'enquête était 4% parmi les femmes rurales et urbaines, (15 à 59 ans, mariées ou vivant en concubinage). La méthode la plus fréquemment employée par les femmes urbaines (bien que seulement par 2 pourcent) était la pilule, tandis que la méthode la plus largement employée par les femmes rurales (bien que seulement par 3%) était la stérilisation de la femme.

Par contre, au moins la moitié des sujets des deux populations employait actuellement une méthode traditionnelle de contrôle de fécondité, la plus répandue étant celle du retrait.

Alors qu'il y avait des différences parmi les groupes de traitement en termes du pourcentage employant chacune des méthodes modernes et traditionnelles, il n'y avait pas de tendance consistante suggérant un emploi plus élevé d'un groupe à l'autre.

G. Sources d'Approvisionnement en Méthodes de Planning Familial parmi les Utilisatrices Actuelles de Contraceptifs Modernes.

Comme les colonnes du tableau 8 l'indiquent, le nombre de femmes employant un contraceptif moderne (au moment de l'interview) était peu élevé. Les pourcentages dans cette section doivent donc être interprétés avec précaution. Néanmoins, il est intéressant de savoir où et à quel coût ces femmes s'approvisionnaient avant le programme de livraison de services.

Dans l'enquête urbaine, la source d'approvisionnement la plus couramment citée était l'hôpital, suivie des dispensaires d'état, des pharmacies, du docteur privé et des visites à domicile par des employées des services sociaux. Dans le cas des utilisatrices rurales, trois-quarts étaient approvisionnées par l'hôpital (c'est -à-dire, dans la plupart des cas, l'hôpital de Nsona Mpangu).

Environ deux tiers des utilisatrices dans la zone urbaine étaient capables de se rendre à leur source d'approvisionnement de contraceptifs à pieds, tandis qu'un quart employaient le transport public. Dans la zone rurale, il y avait autant d'utilisatrices qui marchaient que d'utilisatrices qui utilisaient le transport public.

Pour arriver à la source d'approvisionnement de contraceptifs, il fallait en moyenne 45 minutes pour les utilisatrices de la zone urbaine, contre le double (99 minute) pour celles de la zone rurale. Ceci montre que la grande majorité des utilisatrices rurales se ravitaillaient à l'hôpital, qui était situé assez loin pour beaucoup d'entre elles. En effet, 26 des 90 (29%) utilisatrices dans l'enquête urbaine contre 24 des 55 (44%) utilisatrices de l'enquête rurale déclarèrent qu'il leur était difficile de se rendre aux locaux de distribution des contraceptifs.

Plus de la moitié des utilisatrices rapportèrent ne rien dépenser pour le transport du fait qu'elles se déplaçaient à pieds. Parmi les quelques utilisatrices urbaines qui payaient

le déplacement, le coût variait de \$0.50 (US) à \$4.00.⁶

Dans la zone urbaine, presque toutes les utilisatrices devaient payer pour leur méthode de contraception, le prix étant en moyenne de \$2.86 (US). Dans la zone rurale, presque la moitié des utilisatrices obtenaient leur méthode gratuitement. Ceci est très possible étant donné que les stérilisations des femmes étaient gratuites lors de leur introduction, et c'est la méthode la plus fréquemment citée. En tout cas, le coût moyen des contraceptifs était plus bas dans la zone rurale que dans la zone urbaine.

H. Attitudes envers et Connaissance des Sources d'Approvisionnement en Méthodes de Planning Familial Parmi les Non-Utilisatrices (de quelque méthode que ce soit).

Les raisons données par les femmes qui n'employaient aucune méthode contraceptive étaient les mêmes dans les 2 enquêtes. Comme le montre le Tableau 9, un cinquième des femmes n'avaient encore pas d'enfants et/ou en voulaient un autre. Ceci était suivi d'un nombre important de femmes (20% urbain, 16% rural) qui n'avaient pas suffisamment de connaissance des méthodes pour éviter une grossesse. Les raisons données pour au moins 10% des non-utilisatrices des deux enquêtes étaient qu'elles étaient déjà enceintes, non intéressées, ou n'avaient pas besoin de

6. La valeur en dollars US est basée sur le taux d'échange en vigueur: 5.5 zaires=\$1.00 US.

protection. Les raisons citées par au moins 5% dans chaque enquête étaient qu'elles étaient célibataires ou étaient moins fertiles que normal. Les autres raisons données par seulement quelques femmes sont énumérées dans le tableau 9.

Parmi les non-utilisatrices, 50% dans l'enquête urbaine et 43% dans l'enquête rurale exprimèrent le désir d'employer une méthode pour éviter une grossesse. Les pourcentages furent comparables entre groupes de traitement.

Parmi les non-utilisatrices intéressées par une méthode, près de la moitié dans la zone urbaine ne savait pas où se rendre pour en obtenir. Un tiers mentionnèrent l'hôpital, et seulement 5% citèrent le dispensaire d'état comme une source possible d'approvisionnement. Parmi les non-utilisatrices de l'enquête rurale intéressées par une méthode à peu près la moitié citèrent, correctement, l'hôpital, 9% citèrent les dispensaires privés/religieux, alors que 22% ne connaissaient pas de sources d'approvisionnement.

Le moyen de transport à utiliser par les "non-utilisatrices intéressées" pour se rendre à la source d'approvisionnement était le même que celui cité par les utilisatrices actuelles. Dans la population urbaine, deux-tiers s'y rendraient à pieds, alors que 29% utiliseraient les transports publics. Dans la population rurale, plus de la moitié aurait besoin d'utiliser le transport public, contre 39% qui marcheraient. Les groupes de traitement étaient assez comparables sous cet aspect.

Le temps moyen pour faire le trajet pour les "non-utilisatrices intéressées" était le même entre les groupes de traitement: 31 minutes dans l'enquête urbaine, 128 minutes (2 heures) dans l'enquête rurale. Pourquoi le temps estimé du trajet jusqu'à la source d'approvisionnement était plus élevé parmi les utilisatrices actuelles (45 minutes) que pour les "non-utilisatrices intéressées" (31 minutes) de la population urbaine, tandis qu'il était plus bas pour les utilisatrices actuelles (99 minutes) que pour les "non-utilisatrices intéressées" (128 minutes) de la zone rurale, n'est pas clair.

Etant donné que de nombreuses femmes pouvaient se rendre à pied à la source d'approvisionnement, 70% des femmes interviewées urbaines (non-utilisatrices intéressées) et 50% des femmes interviewées rurales déclarèrent qu'il ne leur coûterait rien de se rendre à la source d'approvisionnement. Le coût moyen estimé du transport rapporté par les non-utilisatrices intéressées était beaucoup plus bas que le coût rapporté par les utilisatrices actuelles dans les deux enquêtes urbaines et rurales. Cependant, on devrait souligner que le nombre de cas observés est réduit, et que les résultats dans cette section devraient être considérés comme informatifs mais non-concluants.

I. Contacts avec les Messages de Planning Familial

En raison des activités du programme de vulgarisation qui devaient se dérouler en rapport avec la délivrance de services, il était avantageux d'établir une base quand au niveau d'exposition antérieur aux messages sur le planning familial à travers les moyens de communication de masses et les relations interpersonnelles.

Les pourcentages du tableau 10 suggèrent qu'il y a eu diffusion de l'information sur le planning familial par le passé. Près de la moitié des sujets interviewés urbains et 30% des sujets ruraux avaient entendu parler au moins une fois du planning familial à la radio, qui était le moyen de communication de masse le plus fréquemment cité.

Au moins 10%, à la fois dans les zones urbaines et rurales, déclarèrent avoir vu quelque chose sur le planning familial dans des brochures. Dans les deux enquêtes, la mention de ces modes d'information fût suivie par la télévision, les affiches, et les journaux.

Le fait que plus de sujets ruraux qu'urbains déclarèrent avoir vu quelque chose à propos du planning familial à la télévision fait naître des doutes quant à la validité des réponses à cette question, étant donné que seulement 2% des personnes rurales interviewées ont l'électricité, encore moins la télévision. Bien qu'elles aient pu regarder la télévision à l'occasion de visites en zone urbaine, il est peu probable

qu'elles aient un niveau plus élevé d'exposition aux informations sur le planning familial par la télévision que les femmes urbaines. Cependant si ces réponses étaient entièrement arbitraires, il est peu probable qu'il y aurait une telle comparaison entre les zones de traitement sur ce groupe de questions.

D'après le tableau 10, les voies de communication interpersonnelles ont été plus efficaces que les media de masse à atteindre la population cible avec des informations sur le planning familial. Parmi les interviewées urbaines, près de 80% déclarèrent avoir entendu parler de planning familial lors de réunions, tandis qu'un peu plus de la moitié des interviewées rurales avaient participé à des réunions où on en discuta. A peu près un quart dans chaque enquête et zone de traitement avait discuté de planning familial avec un docteur ou une infirmière. Et 3% des interviewées urbaines contre 11% des rurales déclarèrent avoir reçu une visite à la maison par une employée des services sociaux durant laquelle le planning familial fût discuté.

Alors que les pourcentages ayant reçu des informations sur le planning familial grâce à ces moyens semblaient quelque peu élevés pour une région où la promotion du planning familial a été limitée, il existe une comparabilité raisonnable entre zones de traitement en termes de classement par importance des moyens de communication et des pourcentages qui y sont exposés. Ceci tendrait à contredire la possibilité de réponses totalement arbitraires à ces questions concernant les moyens de

communication. Il sera nécessaire d'examiner ces résultats avec les homologues locaux pour trouver une meilleure explication aux résultats concernant le contact avec les informations sur le planning familial fournies par les différents moyens de communication.

IV. Signification des Résultats pour l'Acceptation du Planning Familial.

Alors que l'enquête de base contient une quantité importante d'informations sur d'autres domaines que le contrôle de la fécondité, le présent rapport met l'accent sur la composante planning familial de l'enquête. Un certain nombre de résultats sembleraient mettre en valeur le potentiel limité d'acceptation des techniques de contraceptifs modernes parmi cette population; il y a d'autres résultats qui suggèreraient la présence d'un potentiel de réceptivité aux méthodes de planning familial parmi cette population. Ceux-ci peuvent être résumés comme suit:

A. Facteurs qui Tendrait à Limiter l'Acceptation du Planning Familial.

1. Quarante deux pourcent des interviewées urbaines et 35% des interviewées rurales sont catholiques. Cependant, l'église au Zaïre est assez tolérante envers le planning familial; le pourcentage de catholiques peut donc ne pas revêtir une grande importance.

2. Près de 30% des femmes dans la zone rurale sont Angolaises, et à ce jour, l'expérience sur le terrain dans cette région du Bas-Zaire indique que les angolaises sont plus résistantes au planning familial que les zairoises.
3. Le niveau d'éducation de la population est relativement bas: 22% des interviewées urbaines et 40% des interviewées rurales n'ont jamais été à l'école. Bien que ceci ne constitue pas une barrière insurmontable à l'acceptation du planning familial, c'est néanmoins un facteur qui doit être reconnu.
4. La mortalité est élevée parmi les enfants et les bébés, 31% des interviewées urbaines et 43% des interviewées rurales ont perdu au moins un enfant. Ces femmes peuvent ressentir le besoin d'avoir un certain nombre d'enfants de façon à s'assurer qu'au moins quelques uns survivent pour les aider dans la vieillesse.
5. Le nombre d'enfants souhaités est soit vaguement défini soit élevé. Au moins la moitié des femmes dans les enquêtes urbaine et rurale souhaite "autant d'enfants que Dieu me donne", et parmi celles qui indiquèrent un nombre précis, le nombre moyen d'enfants considéré comme idéal était de 6.2.
6. Un certain nombre de femmes parmi la population cible (15% de femmes urbaines, 23% de femmes rurales) n'ont jamais entendu parler d'aucune méthode moderne de contraception, ce qui évidemment est préalable à tout usage éventuel de ces méthodes.

7. Les femmes souhaitant contrôler leur fécondité ont, à ce jour, surtout utilisé des méthodes traditionnelles. Bien que ceci pourrait changer avec la disponibilité accrue de méthodes contraceptives modernes, les méthodes traditionnelles sont actuellement plus connues, utilisées plus couramment, et bien acceptées.
8. L'accès aux méthodes de contraception est ressenti comme difficile par la population. Même parmi celles qui les utilisent actuellement (qui auraient donc surmonté la difficulté d'accès), 29% dans l'enquête urbaine, et 44% dans l'enquête rurale déclarèrent qu'il leur était difficile de s'approvisionner et qu'il leur fallait une moyenne de 45 minutes (urbaine) à 1 heure 1/2 (rurale).
9. Parmi les femmes qui n'utilisaient aucun moyen de contrôle de la fécondité mais qui souhaitaient en utiliser, la moitié dans l'enquête urbaine et un cinquième dans l'enquête rurale ne savaient pas où se rendre pour obtenir un moyen de planning familial.
10. Les niveaux actuel et antérieur d'utilisation des contraceptifs modernes sont bas. Bien que la majorité des interviewées des deux enquêtes urbaine et rurale, déclarèrent avoir reçu des informations sur le planning familial à travers un ou plusieurs moyens de communications de masse ou à travers des relations personnelles.

B. Facteurs qui suggèrent un Potentiel pour l'Acceptation du Planning Familial dans cette Population.

1. La pratique traditionnelle de la polygamie disparaît, surtout dans la région urbaine. L'abstinence sexuelle comme moyen d'espacement des naissances risque donc de devenir de plus en plus difficile à pratiquer, et les couples pourraient donc devenir réceptifs à d'autres moyens d'espacement des naissances.
2. Il est étonnant de constater que 77% des interviewées urbaines et 65% des interviewées rurales ne veulent pas être enceintes pour le moment. Alors que ceci reflète probablement plus un intérêt pour l'espacement des naissances que pour la limitation du nombre d'enfants dans la plupart des cas, cela suggère néanmoins qu'une portion assez importante de la population cible est intéressée par les moyens de contrôle de la fécondité.
3. Les attitudes envers le planning familial (i.e., moyens de retarder ou de prévenir la grossesse) sont très positives; 96% des interviewées urbaines et 94% des interviewées rurales y sont favorables.
4. L'espacement des naissances est très bien ressenti comme étant bénéfique en particulier vis-a-vis de l'enfant ou des enfants, et a un degré moindre, vis-a-vis de la mère.

5. Plus de deux-tiers des mères avec un enfant de moins de 36 mois allaitent encore au sein. Des recherches antérieures suggèrent que ce groupe est particulièrement motivé pour éviter une grossesse.
6. Pour une société ayant eu un accès relativement limité aux moyens contraceptifs modernes, le pourcentage qui a entendu parler d'au moins une méthode moderne est assez élevé (85% urbain; 77% rural).
7. Dans la zone urbaine, le retrait est de loin la méthode la plus fréquemment citée chez ceux qui ont utilisé (au moins une fois) une méthode de contraception, et dans la zone rurale cette méthode vient au second rang, après l'abstinence. Ceci semble indiquer que le tabou traditionnel sur les relations post-partum pourrait être en train de disparaître, et que les couples ont commencé à chercher des méthodes différentes de contrôle de la fécondité. En l'absence de moyens contraceptifs modernes, le retrait est le choix évident. Dans le cas où les moyens contraceptifs modernes soient disponibles, ils seraient peut-être acceptés comme alternatives à l'abstinence et/ou au retrait.
8. Bien que la stérilisation de la femme soit une méthode peu utilisée aussi bien dans les zones urbaines que rurales, c'est en fait la méthode la plus couramment employée parmi les utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes dans la zone rurale. Ceci indique qu'il y a au moins un petit groupe de femmes dans la population cible qui

est intéressé par la limitation du nombre des naissances, et en fait ce pourcentage pourrait augmenter avec un meilleur accès aux méthodes modernes.

9. Parmi celles qui n'ont jamais employé aucune méthode de contraception, 50% dans l'enquête urbaine et 42% dans l'enquête rurale, exprimeront le souhait d'utiliser un moyen de planning familial. Ceci, ajouté aux femmes employant les méthodes traditionnelles, montre qu'il existe un nombre important de personnes intéressées par, ou essayant à présent, un moyen de contrôle de la fécondité.
10. Les activités de promotion qui doivent faire partie du programme de livraison de service, ne sera pas tout à fait une nouveauté pour cette population; la majorité des interviewées rurales ont déjà, soit vu, soit entendu des informations sur le planning familial à travers au moins un moyen de communication (de masse ou de relation personnelle).

Les résultats de cette enquête fournissent les bases permettant l'évaluation de l'efficacité du programme de livraison de services. En même temps, ils démontrent la comparabilité des zones de traitement dans les deux populations, urbaine et rurale. Ainsi, les différences entre groupes de traitement relevées lors de l'enquête finale pourront être attribuées aux activités du programme plutôt qu'à des différences antérieures.

Le programme de services du PRODEF a débuté en octobre 1981 dans la zone rurale de Songololo et en juin 1982 dans la zone urbaine de Matadi. Chaque programme se poursuivra pendant 18 mois avant que l'enquête finale ne soit conduite (date fixée pour le moment à avril 1983 dans la zone urbaine).

Les résultats de ce projet de recherche opérationnelle promet de fournir un aperçu utile sur la question de l'acceptation des méthodes de contraception modernes quand elles sont facilement accessibles à la population, aussi bien dans un environnement urbain que rural du Zaïre, un pays francophone du sud du Sahara.

Tableau 1

Caractéristiques Socio-Démographiques de la Population Étudiée

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	Total n=1797	Zone A n=928	Zone B n=869	Total n=1704	Zone A n=924	Zone B n=780
A. <u>Nombre Total de Personnes</u>						
1-2	5.2	5.2	5.2	7.2	6.5	7.9
3-4	21.8	23.5	20.0	27.9	28.2	27.6
5-6	25.8	26.6	24.9	25.9	25.9	26.0
7-8	21.0	20.5	21.5	22.2	22.6	21.8
9-18	25.7	23.9	27.6	16.7	16.8	16.7
19-23	0.6	0.3	0.8	----	----	----
Moyenne	6.7	6.5	6.9	6.0	6.0	6.0
B. <u>Total Hommes</u>						
Moyenne	3.2	3.1	3.3	2.7	2.7	2.7
C. <u>Total Femmes</u>						
Moyenne	3.5	3.4	3.6	3.3	3.3	3.2
D. <u>Nombre de Femmes 15 à 49 Ans</u>						
1	69.9	71.3	68.4	76.7	75.3	78.1
2	22.3	20.3	24.4	19.4	19.8	18.8
3	6.2	7.0	5.3	4.1	4.9	3.1
4	1.2	0.9	1.6	----	----	----
5	0.4	0.5	0.2	----	----	----
E. <u>Agés des Interviewées</u>						
15-19	21.5	19.7	23.4	16.6	15.4	17.9
20-24	28.1	29.0	27.3	23.0	24.7	20.9
25-29	19.0	18.8	19.2	20.9	21.7	19.9
30-34	11.1	12.3	9.8	14.8	13.3	16.7
35-39	9.2	10.0	8.4	11.2	11.4	10.9
40-44	6.4	5.8	7.0	9.3	9.3	9.3
45-49	4.7	4.5	4.9	4.2	4.1	4.4
Moyenne	26.8	27.0	26.6	28.3	28.2	28.4
F. <u>Religion</u>						
Protestante	44.5	44.9	44.0	50.6	52.5	48.4
Catholique	42.3	44.8	39.7	35.2	37.3	32.6
Kinbanguiste	6.7	5.8	7.6	8.2	6.2	10.5
Musulmane	0.2	0.2	0.1	0.1	----	0.1
Autre	5.9	3.8	8.2	4.3	3.7	5.0
Sans religion	0.4	0.4	0.5	1.6	0.2	3.3
Ne sait pas	----	----	----	0.1	0.1	----

Tableau 1 (suite)

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	<u>Total</u> n=1797	<u>Zone A</u> n=928	<u>Zone B</u> n=869	<u>Total</u> n=1704	<u>Zone A</u> n=924	<u>Zone B</u> n=780
G. <u>Nationalité</u>						
Zairoise	91.9	94.2	89.4	70.8	59.5	83.8
Angolaise	8.1	5.8	10.6	29.3	40.5	16.0
Autre	-----	-----	-----	0.1	-----	0.1
H. <u>Nombre d'Années dans la Communauté</u>						
Moyenne	15.9	15.8	16.0	10.3	9.6	11.3
Moyenne du Nombre d'années dans Communauté par Nationalité:						
Zairoise	15.6	15.6	15.6	11.5	11.4	11.7
Angolaise	18.5	17.9	18.9	7.5	7.0	9.4
Autre	-----	-----	-----	4.0	-----	4.0

Tableau 2
Statut Socio-Economique de la Population

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	Total n=1797	Zone A n=928	Zone B n=869	Total n=1704	Zone A n=924	Zone B n=780
A. <u>Education des Interviewees</u>						
Aucune	22.0	20.7	23.5	40.4	39.9	41.0
1-3 ans de primaire	14.0	14.8	13.1	19.6	22.8	15.9
4-6 ans de primaire	21.0	21.9	20.1	21.9	20.4	23.7
Ecole ménagère	2.2	3.2	1.0	1.4	1.0	1.9
1-3 ans de secondaire	28.9	26.7	31.2	14.4	13.9	15.1
4-6 ans de secondaire	9.8	10.3	9.2	1.4	1.5	1.2
Ecole professionnelle	1.9	2.4	1.4	0.5	0.1	0.9
Au-delà du secondaire	0.1	----	0.2	0.1	----	0.1
Ne sait pas	0.1	----	0.2	0.4	0.5	0.1
B. <u>Alphabétisées</u>						
Oui	66.9	68.3	65.4	43.5	42.7	44.5
Non	33.1	31.7	34.6	56.5	57.3	55.5
C. <u>Occupation des Interviewées</u>						
Travaux ménagers seulement	65.3	64.4	66.2	2.9	2.4	3.5
Travaux de champs	5.8	6.0	5.5	91.8	92.6	90.8
Commerçante, petites affaires	19.0	19.3	18.6	2.3	2.4	2.3
Employé de l'Etat	3.6	3.2	3.9	0.9	1.0	0.8
Employé dans le privé	0.5	0.4	0.6	0.1	0.1	0.1
Travail rémunéré chez soi	1.1	1.4	0.7	0.5	0.4	0.6
Domestique	0.3	0.4	0.2	0.6	0.2	1.0
Autre	4.5	4.7	4.3	0.9	0.9	0.9
D. <u>Education du Mari *</u>						
Aucune	2.5	2.1	3.0	8.6	9.2	7.8
1-3 ans de primaire	4.3	4.0	4.7	5.7	7.0	4.1
4-6 ans primaire	11.4	9.9	13.0	20.3	20.8	19.7
1-3 ans de secondaire	10.7	10.7	10.6	10.9	11.0	10.9
4-6 ans de secondaire	23.0	25.2	20.6	18.2	16.9	19.7
Ecole professionnelle	9.4	8.9	10.0	7.1	5.8	8.6
Au-delà du secondaire	1.7	2.1	1.2	0.6	0.3	0.8
Ne sait pas	37.0	37.0	37.0	28.7	29.0	28.5
E. <u>Occupation du Mari *</u>						
Sans emploi	5.2	3.7	6.8	0.8	0.7	1.0
Travaux de champs, de forêt	0.4	0.2	0.7	52.0	56.1	47.1
Commerçant	6.5	7.2	5.8	5.9	6.5	5.3
Employé de l'Etat	35.5	39.1	31.6	14.9	12.2	18.0
Employé du privé	35.7	33.8	37.9	11.5	11.5	11.5
Haut-fonctionnaire	2.3	2.8	1.8	1.0	0.9	1.2
Autre	14.2	13.3	15.1	13.7	11.9	15.8
Ne sait pas	0.2	----	0.3	0.1	0.2	----

* Les pourcentages sont basés sur le nombre d'interviewées qui sont mariées.

52

Tableau 3

Statut Marital et Caractéristiques de l'Epouse

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	Total n=1797	Zone A n=928	Zone B n=869	Total n=1704	Zone A n=924	Zone B n=780
A. Statut Marital						
Mariée	69.9	70.5	69.4	62.3	62.0	62.6
Séparée	0.1	0.1	----	1.1	1.4	0.6
Divorcée	2.4	3.1	1.6	4.6	4.4	4.7
Veuve	0.9	1.0	0.9	1.9	1.8	1.9
Célibataire	26.7	25.3	28.1	30.2	30.3	30.0
B. Premier Mariage ou Non *						
Premier mariage	94.0	94.8	93.2	78.0	79.2	76.6
Mariée avant	6.0	5.2	6.8	22.0	20.8	23.4
C. Age Lors du Mariage *						
10-14 ans	9.9	9.3	10.6	13.5	12.4	14.8
15-19 ans	70.8	68.0	73.7	69.7	70.5	68.7
20-24 ans	17.4	19.8	14.2	14.3	14.2	14.3
25-29 ans	1.8	2.2	1.4	2.3	2.6	2.0
30-34 ans	0.1	0.2	----	0.2	0.2	0.2
Moyenne	17.5	17.7	17.3	17.0	17.0	17.0
D. Nombre de Femmes que l'Epoux a *						
1	91.2	90.4	92.2	74.6	73.8	75.6
2	8.2	8.7	7.6	21.1	21.0	21.3
3	0.5	0.8	0.2	3.8	4.5	2.9
4 ou plus	0.1	0.2	----	0.5	0.7	0.2
E. Présence du Mari a la Maison *						
A la maison	96.3	95.0	97.7	94.7	94.2	95.3
Absent depuis moins d'un mois	2.8	3.8	1.7	2.7	3.0	2.5
Absent depuis plus d'un mois	1.0	1.2	0.7	2.5	2.8	2.3

* Les pourcentages sont basés sur le nombre d'interviewées qui sont mariées.

Tableau 4
Historique de la Grossesse

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	Total n=1797	Zone A n=928	Zone B n=869	Total n=1704	Zone A n=924	Zone B n=780
A. <u>A déjà été enceinte</u>						
Oui	84.5	85.3	83.5	92.3	93.6	90.7
Non	15.5	14.7	16.5	7.7	6.4	9.3
B. <u>Enceinte à présent</u>						
Oui	11.9	11.2	12.7	16.0	16.7	15.1
Non	87.8	88.6	86.9	84.0	83.3	84.7
Ne sait pas - sans réponse	0.3	0.2	0.5	0.1	---	0.1
C. <u>Problèmes à devenir enceinte</u>						
Oui	10.5	10.1	10.8	10.3	9.8	10.9
Non	69.6	71.1	68.0	69.3	69.3	69.2
Pas applicable (enceinte à présent)	11.9	11.2	12.7	16.0	16.7	15.1
Ne sait pas - sans réponse	8.0	7.6	8.5	4.3	4.0	4.7
D. <u>Nombre total de grossesses</u>						
0	15.5	14.7	16.5	7.7	6.4	9.2
1-2	27.0	25.2	29.0	24.9	25.1	24.5
3-4	20.2	21.8	18.5	21.8	23.3	20.0
5-6	13.6	13.8	13.3	17.0	17.4	16.4
7-8	10.0	9.2	10.9	14.0	13.5	14.5
9-10	9.0	10.5	7.4	9.4	9.5	9.2
11 ou plus	4.7	5.0	4.4	5.3	4.7	6.0
Moyenne	4.0	4.1	3.8	4.6	4.6	4.6
E. <u>Nombre total d'avortements (spontanés ou induits)</u>						
0	75.5	75.8	79.3	73.7	72.2	75.6
1	15.3	16.4	14.0	18.4	19.8	16.8
2	5.2	5.7	4.7	5.1	5.5	4.5
3 ou plus	2.0	2.0	2.0	2.8	2.5	3.1
Moyenne	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4
F. <u>Nombre total de morts-nés</u>						
0	96.6	96.6	96.7	93.4	93.6	93.2
1	2.9	3.2	2.6	5.8	5.6	5.9
2	0.4	0.2	0.6	0.7	0.8	0.6
3 ou plus	0.1	---	0.1	0.1	---	0.3

54

Tableau 4 (suite)

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	Total n=1797	Zone A n=928	Zone B n=869	Total n=1704	Zone A n=924	Zone B n=780
G. Nombre total d'enfants nés vivants						
0	18.2	17.6	18.9	10.8	10.3	11.3
1-2	29.6	27.5	31.9	27.5	27.7	27.2
3-4	19.8	21.2	18.2	21.3	21.8	20.8
5-6	12.0	13.0	10.8	17.1	17.2	16.9
7-8	11.0	10.3	11.6	13.1	13.3	12.8
9-10	7.8	8.4	7.1	7.9	7.5	8.3
11-12	1.6	1.8	1.3	1.8	1.6	1.9
13 ou plus	0.2	0.1	0.2	0.6	0.5	0.6
Moyenne	3.5	3.7	3.4	4.1	4.0	4.1
H. Nombre moyen d'enfants nés vivants par âge de l'interviewée						
15-19 ans	0.4	0.4	0.4	0.7	0.7	0.7
20-24 ans	1.8	1.9	1.7	2.1	2.1	2.0
25-29 ans	3.6	3.8	3.5	3.6	3.7	3.6
30-34 ans	5.6	5.5	5.7	5.7	4.0	5.5
35-39 ans	7.1	7.0	7.1	6.6	6.5	6.7
40-44 ans	7.9	8.3	7.5	7.7	7.7	7.8
45-49 ans	7.7	8.0	7.5	7.7	7.3	8.2
I. Nombre d'enfants décédés après la naissance *						
0	68.8	68.0	69.8	57.0	57.4	56.5
1-2	27.0	28.3	25.7	34.1	33.2	35.2
3-4	3.3	2.9	3.8	6.8	7.4	6.0
5 ou plus	0.8	0.8	0.8	2.2	2.1	2.3
Moyenne	0.5	0.5	0.5	0.8	0.8	0.8
J. Nombre d'enfants vivants						
0	19.8	18.9	20.8	12.4	11.7	13.2
1-2	32.9	31.3	34.6	34.1	34.6	33.5
3-4	19.6	20.7	18.4	22.9	23.7	22.0
5-6	13.3	14.9	11.6	18.9	19.3	18.4
7-8	10.1	9.2	11.2	8.6	7.5	9.9
9-10	3.9	4.6	3.1	3.1	3.1	3.0
11 ou plus	0.4	0.5	0.2	0.1	0.1	0.1
Moyenne	3.0	3.2	2.9	3.3	3.3	3.3

* Les pourcentages sont basés sur le nombre de femmes qui avaient des enfants nés vivants.

Tableau 4 (suite)

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	<u>Total</u> n=1797	<u>Zone A</u> n=928	<u>Zone B</u> n=869	<u>Total</u> n=1704	<u>Zone A</u> n=924	<u>Zone B</u> n=780
K. <u>Nombre total de fils</u>						
Moyenne	1.5	1.6	1.4	1.6	1.6	1.7
L. <u>Nombre total de filles</u>						
Moyenne	1.5	1.6	1.5	1.6	1.7	1.6

Tableau 5

Allaitement au Sein des Enfants de Moins de Trois Ans

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	Total n=1029	Zone A n=979	Zone B n=450	Total n=1037	Zone A n=547	Zone B n=490
A. <u>L'enfant tête encore *</u>						
Oui	66.8	67.8	65.7	74.0	75.0	72.7
Non	33.2	32.2	34.3	26.0	25.0	27.3
B. <u>Age (en mois) au sevrage **</u>						
0-3	0.9	1.2	0.6	3.5	4.3	2.5
4-6	3.6	5.8	1.3	1.2	2.1	----
7-9	7.2	7.5	6.9	3.1	5.0	0.8
10-12	9.6	13.9	5.0	7.8	6.4	9.3
13-15	16.3	13.9	18.9	12.8	15.7	9.3
16-18	28.6	27.2	30.2	26.7	20.7	33.9
19-24	31.9	30.1	34.0	36.0	37.1	34.7
25-36	1.8	0.6	3.1	8.9	8.6	9.3
37+	----	----	----	----	----	----
Moyenne	16.4	15.7	17.2	17.9	17.5	18.5
C. <u>Age (en mois) premier repas solide *</u>						
0-2	4.7	4.1	5.3	1.0	1.1	0.9
3-4	69.1	68.0	70.6	28.2	27.2	29.5
5-6	22.3	23.5	20.9	53.6	54.2	52.8
7-8	2.9	3.3	2.4	13.7	13.4	14.0
9-10	0.1	0.2	----	1.6	2.0	1.1
11-12	0.5	0.4	0.5	1.0	1.3	0.6
13+	0.4	0.4	0.3	0.9	0.7	1.1
Moyenne	4.1	4.1	4.0	5.5	5.5	5.4

Les pourcentages sont bases sur les femmes qui ont un enfant de moins de 3 ans.

* Les pourcentages sont bases sur les femmes qui ont un enfant de moins 3 ans qui a ete sevre.

Tableau 6
Idéaux de Reproduction

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	Total n=1797	Zone A n=928	Zone B n=869	Total n=1704	Zone A n=924	Zone B n=780
A. Taille de la famille idéale						
1-2	0.4	0.3	0.5	0.7	0.3	1.2
3-4	5.9	7.0	4.7	4.8	4.0	5.8
5-6	14.6	18.7	10.3	16.0	13.7	18.7
7-8	7.4	7.2	7.5	8.2	6.7	10.0
9-10	4.1	4.9	3.3	3.5	3.8	3.1
11-12	0.4	0.5	0.3	0.3	0.3	0.3
13 ou plus	0.2	0.1	0.3	0.2	0.3	----
Autant que Dieu donne	51.4	46.0	57.3	57.5	62.1	52.1
Ne sait pas	15.5	15.2	15.8	8.7	8.7	8.9
Moyenne	6.2	6.1	6.3	6.2	6.4	6.0
B. Désire plus d'enfants						
Oui	64.4	62.7	66.2	72.2	75.7	68.1
Non	16.4	19.1	13.5	17.1	14.1	20.8
Pas applicable (jamais enceinte)	15.6	14.6	16.7	7.7	6.4	9.3
Ne sait pas - sans réponse	3.6	3.6	3.6	2.9	3.8	1.8
C. Combien d'enfants de plus? *						
1-2	6.2	8.5	3.6	9.4	9.2	9.6
3-4	5.8	5.9	5.7	6.8	5.6	8.4
5-6	3.1	4.0	2.1	4.6	4.1	5.3
7-8	1.1	1.4	0.8	0.9	1.1	0.7
9-10	0.4	0.2	0.5	0.4	0.4	0.5
11 ou plus	0.1	0.2	----	0.1	0.2	----
Autant que Dieu donne	83.4	79.7	87.4	77.7	79.4	75.5
Moyenne	3.6	3.5	3.7	3.4	3.5	3.4
D. Désire être enceinte maintenant						
Oui	9.9	10.5	9.3	17.7	15.6	20.3
Non	76.9	77.1	76.6	64.5	66.0	62.8
Pas applicable	11.9	11.2	12.7	16.0	16.7	15.1
Ne sait pas - sans réponse	1.3	1.2	1.4	1.8	1.7	1.8
E. Attitude envers le planning familial						
Favorable	96.3	96.3	96.3	93.8	91.6	96.3
Défavorable	2.2	2.6	1.7	3.7	5.2	1.8
Ne sait pas	1.5	1.1	2.0	2.6	3.2	1.9

* Les pourcentages sont basés sur le nombre d'interviewées qui veulent encore plus d'enfants.

Tableau 6 (suit)

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	Total n=1797	Zone A n=928	Zone B n=869	Total n=1704	Zone A n=924	Zone B n=780
F. Raisons pour lesquelles les interviewées sont favorable au planning familial *						
Pour que les enfants soient en bonne santé	43.4	46.7	39.8	24.8	26.3	23.1
Espacement des naissances	22.2	23.0	21.3	30.3	28.1	32.8
Pour éviter les naissances illégitimes	15.2	12.0	18.7	33.5	33.9	33.1
Pour protéger la santé de la mère	11.6	10.3	12.9	7.5	7.6	7.5
Pas prête pour un autre enfant	5.1	4.5	5.7	0.8	0.7	0.8
Réponse vague	1.4	2.1	0.7	0.7	0.7	0.7
La vie est chère	1.1	1.3	0.8	2.0	2.3	1.7
Possède tous les enfants qu'elle désire	----	----	----	0.1	0.1	0.1
Dieu sait combien d'enfants donner	----	----	----	0.1	0.1	----
Réponse contradictoire	----	----	----	0.1	0.1	----
Ne sait pas	----	----	----	0.1	0.1	0.1
G. Raisons pour lesquelles les Interviewées sont défavorables au planning familial **						
C'est un péché	66.7	68.2	64.3	36.2	28.9	61.5
Trop de risques	25.0	18.2	35.7	24.1	26.7	15.4
Pas mariée	2.8	4.5	----	1.7	----	7.7
Mauvais usage des méthodes	2.8	4.5	----	----	----	----
Ne veut pas diminuer la taille de la famille	2.8	4.5	----	17.2	20.0	7.7
Pas d'intérêt	----	----	----	8.6	11.1	----
Ne sait pas	----	----	----	1.7	----	7.7
Méthodes sont chères	----	----	----	1.7	2.2	----
Désire plus d'enfants	----	----	----	5.2	6.7	----
Réponse vague	----	----	----	3.4	4.4	----

* Les pourcentages sont basés sur le nombre de femmes qui ont une bonne attitude envers le planning familial.

** Les pourcentages sont basés sur le nombre de femmes qui ont une attitude défavorable envers le planning familial.

Tableau 7
Methodes de Planning Familial

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	Total n=1797	Zone A n=928	Zone B n=869	Total n=1704	Zone A n=924	Zone B n=780
A. Sait q'il y a des méthodes pour espacer ou éviter les grossesses						
Oui	67.4	67.3	67.5	67.5	65.9	69.5
Non	32.6	32.7	32.5	32.5	34.1	30.5
B. Connaissance des méthodes de planning familial ¹						
Abstinence	72.1	70.8	73.5	83.0	82.0	84.2
Retrait	71.1	72.1	70.1	63.1	57.1	70.1
Ceinture	65.8	64.8	67.0	57.7	56.2	59.6
Pilule	62.4	63.6	61.1	53.6	55.2	51.7
Injection	61.6	64.4	58.6	52.6	53.6	51.5
Sterilisation de la femme	58.9	58.1	59.7	66.2	65.8	66.7
Rythme	50.6	51.2	49.9	36.8	36.1	37.6
Préservatif	29.0	31.6	26.1	37.0	41.8	31.3
Stérilet	21.0	24.0	19.7	41.3	42.7	39.6
Douche vaginale	9.8	11.4	8.1	22.5	23.9	20.9
Méthodes vaginales	7.0	8.0	5.9	15.3	18.9	10.9
Diaphragme	2.9	3.6	1.6	11.3	14.9	6.9
Nombre moyen de méthodes connues	5.1	5.2	5.0	5.4	5.5	5.3
C. Antécédants dans l'emploi de méthodes de planning familial *						
Pourcentage ayant employé une méthode moderne:						
Pilule	5.2	5.8	4.5	1.9	2.1	1.4
Préservatif	2.3	3.2	1.3	2.5	2.6	2.3
Injection	1.5	1.4	1.7	0.3	0.3	0.2
Sterilisation de la femme	1.5	0.7	2.3	2.5	3.7	1.0
Stérilet	0.7	0.8	0.7	0.7	1.2	0.2
Méthodes vaginale	0.3	0.6	----	0.9	----	0.2
Diaphragme	----	----	----	----	----	----
Pourcentage ayant employé une méthode moderne (n'importe laquelle):	10.0	10.2	9.8	6.6	7.9	6.6

¹ Ces chiffres incluent toutes les femmes qui ont mentionné spontanément la méthode, l'ont reconnue quand questionnées sur la méthode, et/ou qui l'ont employée.

* Les pourcentages sont basés sur le nombre d'interviewées qui sont mariées ou qui vivent en concubinage.

Tableau 7 (suite)

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	Total n=1797	Zone A n=928	Zone B n=869	Total n=1704	Zone A n=924	Zone B n=780
Pourcentage ayant employé une méthode traditionnelle:						
Retrait	59.1	59.0	59.1	47.1	41.2	54.1
Abstinence	32.6	30.2	35.2	46.7	51.3	41.4
Rythme	11.7	10.7	12.8	7.7	7.7	7.8
Douche vaginale	1.4	2.0	0.8	3.1	4.7	1.2
Ceinture	0.3	0.3	0.3	1.5	1.0	2.0
A déjà utilisé une méthode traditionnelle	79.5	77.8	81.2	81.3	80.5	82.4
A déjà utilisé une méthode (moderne ou traditionnelle)	82.9	81.2	84.7	83.3	83.1	83.6
D. <u>Emploi présent d'une méthode de planning familial</u> *						
Pourcentage employant une méthode moderne:						
Filule	1.8	2.5	1.0	0.4	0.5	0.2
Stérilisation de la femme	1.4	0.8	2.2	2.5	3.7	1.0
Préservatif	0.6	0.6	0.5	0.3	0.3	0.2
Injection	0.6	0.5	0.8	0.2	0.2	0.2
Stérilet	----	----	----	0.2	0.5	0.2
Méthodes vaginales	----	----	----	----	----	----
Diaphragme	----	----	----	----	----	----
Pourcentage employant une méthode traditionnelle:						
Retrait	33.2	35.7	30.4	27.6	20.9	35.5
Lits séparés	7.3	6.6	8.1	12.2	14.7	9.2
Abstinence	6.7	5.8	7.6	12.6	13.6	11.5
Rythme	2.9	2.9	2.8	1.6	1.6	1.6
2 méthodes traditionnelles ou plus	2.1	2.8	1.3	6.8	7.5	5.9
Autre	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5	0.6
Douche vaginale	0.1	0.2	----	0.5	0.7	0.2
Pourcentage n'employant pas de méthodes	42.9	41.3	44.7	34.6	35.3	33.8

* Les pourcentages sont basés sur le nombre d'interviewées qui sont mariées ou qui vivent en concubinage.

Tableau 8

Sources d'Approvisionnement en Methodes de Planning Familial
Parmi les Utilisatrices de Methodes Modernes

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	<u>Total</u> n=90	<u>Zone A</u> n=51	<u>Zone B</u> n=39	<u>Total</u> n=55	<u>Zone A</u> n=40	<u>Zone B</u> n=15
A. <u>Source d'approvisionnement en methode de planning familial</u>						
Hôpital	37.1	31.4	44.7	76.4	82.5	60.0
Dispensaire d'état	20.2	19.6	21.1	7.3	5.0	13.3
Pharmacie	11.2	15.7	5.3	3.6	5.0	----
Doctor privé	10.1	9.8	10.5	1.8	----	6.7
Visite à domicile	9.0	13.7	2.6	----	----	----
Autre	5.6	3.9	7.9	----	----	----
Dispensaire privé/ dispensaire religieux	2.2	2.0	2.6	5.5	2.5	13.3
Ne sait pas - sans réponse	4.5	3.9	5.3	3.6	5.0	----
B. <u>Transport jusqu'a la source d'approvisionnement</u>						
A pied	64.0	66.7	60.5	43.6	42.5	46.7
Transport publique	23.3	18.8	28.9	47.3	50.0	40.0
Transport privé	1.2	2.1	----	3.6	2.5	6.7
Autre	3.5	4.2	2.6	3.6	2.5	6.7
Ne sait pas - sans réponse	8.1	8.3	7.9	1.8	2.5	----
C. <u>Temps pour arriver à la source d'approvisionnement</u>						
1 - 30 minutes	65.9	80.0	44.4	22.2	21.4	25.0
½ heure - 1 heure	25.0	11.5	44.4	33.3	28.6	50.0
1 heure - 1½ heures	----	----	----	5.6	7.1	----
1½ heures - 2 heures	2.3	----	5.6	16.7	21.4	----
2 - 3 heures	4.5	7.7	----	11.1	14.3	----
3 - 4 heures	----	----	----	5.6	7.1	----
4 - 5 heures	----	----	----	----	----	----
5 - 6 heures	2.3	----	5.6	5.6	----	25.0
Moyenne (en minutes)	45.1	36.4	57.8	98.8	95.6	127.5
D. <u>Acces a la source</u>						
Facile	61.9	70.8	50.0	54.5	50.0	66.7
Difficile	28.6	16.7	44.4	43.6	47.5	33.3
Ne sait pas	9.5	12.5	5.6	1.8	2.5	----

Tableau 8 (suite)

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	<u>Total</u> n=90	<u>Zone A</u> n=51	<u>Zone B</u> n=39	<u>Total</u> n=55	<u>Zone A</u> n=40	<u>Zone B</u> n=15
<u>E. Coût du transport</u>						
\$0.00 - 0.01	73.8	73.5	74.2	60.0	59.4	61.5
0.01 - 0.49	----	----	----	2.3	3.1	----
0.50 - 0.99	3.1	----	6.5	6.7	6.3	7.7
1.00 - 1.50	7.7	14.7	----	8.9	9.4	7.7
1.51 - 2.00	7.7	5.9	9.7	13.3	12.5	15.4
2.01 - 3.00	1.5	2.9	----	6.7	6.3	7.7
3.01 - 4.00	----	----	----	2.2	3.1	----
4.01 - 5.00	----	----	----	----	----	----
5.01+	6.2	2.9	9.7	----	----	----
Moyenne (en dollars US)	\$1.08	\$0.61	\$0.99	\$0.74	\$0.77	\$0.68
<u>F. Coût de la méthode</u>						
\$0.00 - 0.01	12.5	5.1	24.0	48.0	50.0	42.9
0.01 - 0.49	7.8	7.7	8.0	16.0	13.9	21.4
0.50 - 0.99	14.1	15.4	12.0	16.0	13.9	21.4
1.00 - 1.50	3.1	2.6	4.0	----	----	----
1.51 - 2.00	18.8	17.9	20.0	----	----	----
2.01 - 3.00	25.0	30.8	16.0	2.0	2.8	----
3.01 - 4.00	6.3	7.7	4.0	2.0	2.8	----
4.01 - 5.00	----	----	----	2.0	----	7.1
5.01 - 6.00	3.1	2.6	4.0	----	----	----
6.01 - 7.00	3.1	5.1	----	4.0	2.8	7.1
7.01 - 8.00	1.6	----	4.0	2.0	2.8	----
8.01 - 9.00	----	----	----	2.0	2.8	----
9.01 - 10.00	----	----	----	4.0	5.6	----
10.01+	4.7	5.1	4.0	2.0	2.8	----
Moyenne (en dollars US)	\$2.86	\$3.02	\$2.30	\$1.73	\$1.58	\$1.05

Tableau 9

Attitudes Envers, et Connaissance
des Sources d'Approvisionnement en Methodes
de Planning Familial Parmi les Non-Utilisatrices

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	Total n=839	Zone A n=420	Zone B n=419	Total n=648	Zone A n=349	Zone B n=299
A. Raison pour le non-emploi d'une méthode de planning familial						
Pas encore d'enfants/ veut des enfants	20.0	21.2	18.9	22.8	24.4	20.9
Ne connaît pas de méthodes	19.8	24.3	15.3	15.6	12.8	18.9
Enceinte	17.6	16.4	18.9	10.6	11.6	9.5
Pas intéressée	12.8	12.7	12.9	13.9	13.1	14.9
Pas besoin de protection	11.1	8.8	13.4	12.2	11.6	12.8
Célibataire	5.6	4.8	6.4	9.2	9.3	9.1
Difficultés à concevoir	4.6	5.0	4.3	8.0	7.6	8.4
Espacement naturel	2.9	1.5	3.8	1.6	1.7	1.4
Ne sait pas où trouver la méthode	1.9	1.0	2.9	0.5	0.3	0.7
Réponse vague	0.8	1.0	0.7	1.7	2.6	0.7
Effets secondaire	0.7	0.7	0.7	0.6	0.3	1.0
Mari y est opposé	0.5	0.7	0.2	0.8	1.5	----
Va accoucher	0.4	0.2	0.5	0.2	0.3	----
Ne sait pas - pas de réponse	0.4	0.5	0.2	0.6	0.6	0.7
C'est un péché	0.2	0.2	0.2	----	----	----
Peu d'argent	0.2	----	0.5	0.8	0.9	0.7
Dieu donne ce qu'il veut	0.2	0.5	----	0.6	0.9	0.3
Elle contrôle l'espacement	0.1	----	0.2	0.2	0.3	----
Autre membre de la famille s'y oppose	0.1	0.2	----	0.2	0.3	----
B. Aimerais employer une méthode						
Oui	50.4	49.8	51.1	42.9	43.0	42.8
Non	48.1	48.8	47.3	55.6	55.3	55.9
Ne sait pas	1.5	1.5	1.5	1.5	1.7	1.3
C. Si intéressée, ou iriez-vous *						
Dispensaire d'état	5.2	6.0	4.3	1.5	0.6	2.7
Dispensaire privé/ dispensaire religieux	1.9	2.2	1.7	8.5	7.4	9.7
Pharmacie	1.0	0.7	1.2	0.3	0.6	----
Docteur Privé	3.9	4.3	3.4	0.5	0.9	----
Hôpital	33.1	37.2	29.0	52.6	55.3	49.5
Visites à domicile	0.7	0.2	1.2	----	----	----
Autre	5.8	3.1	8.5	15.1	13.7	16.7
Ne sait pas - sans réponse	48.5	46.3	50.7	21.5	21.7	21.4

* Les pourcentages sont basés sur le nombre de non-utilisatrices qui aimeraient utiliser une méthode.

61

Tableau 9 (suite)

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	Total n=1797	Zone A n=928	Zone B n=869	Total n=1704	Zone A n=924	Zone B n=780
D. Type de transport						
A pied	69.1	70.9	66.9	39.0	45.9	30.5
Transport publique	29.1	26.3	32.6	56.9	49.8	65.8
Transport privé	0.5	0.9	----	1.4	1.7	1.1
Ne sait pas - pas de réponse	1.3	1.9	0.6	2.6	2.6	2.7
E. Temps pour arriver à la source d'approvisionnement						
1 - 30 minutes	71.9	78.1	65.7	27.6	26.2	29.2
½ heure - 1 heure	25.2	19.0	31.4	8.3	8.7	7.9
1 heure - 1½ heures	----	----	----	1.0	1.9	----
1½ heures - 2 heures	1.9	1.0	2.9	19.8	19.4	20.2
2 - 3 heures	1.0	1.9	----	27.1	31.1	22.5
3 - 4 heures	----	----	----	8.3	6.8	10.1
4 - 5 heures	----	----	----	0.5	1.0	----
5 - 6 heures	----	----	----	6.3	4.9	7.9
6 - 7 heures	----	----	----	1.0	----	2.2
Moyenne (en minutes)	31.2	31.3	31.2	127.9	126.4	133.2
F. Coût du transport						
\$0.00 - 0.01	69.7	70.9	68.3	50.2	54.2	44.2
0.01 - 0.49	0.6	0.6	0.6	1.6	2.6	----
0.50 - 0.99	1.2	1.1	1.2	6.6	8.5	3.8
1.00 - 1.50	6.9	12.3	1.2	17.9	21.6	12.5
1.51 - 2.00	11.0	8.9	13.2	11.3	7.2	17.3
2.01 - 3.00	7.8	4.5	11.4	5.8	0.7	13.5
3.01 - 4.00	1.7	----	3.6	5.4	4.6	6.7
4.01 - 5.00	----	----	----	----	----	----
5.01+	1.2	1.7	0.6	1.2	0.7	1.9
Moyenne (en dollars US)	\$0.71	\$0.61	\$0.80	\$1.00	\$0.81	\$1.36

65:

Tableau 10

Contacts Avec les Messages de Planning Familial

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	<u>Total</u> n=1797	<u>Zone A</u> n=928	<u>Zone B</u> n=869	<u>Total</u> n=1704	<u>Zone A</u> n=924	<u>Zone B</u> n=780
A. <u>Media de Masse</u>						
Pourcentage qui rapporte avoir vu ou entendu un message a propos du planning familial par:						
Radio	49.2	48.9	49.5	29.6	30.1	29.1
Brochures	10.6	11.4	9.8	12.6	14.0	10.9
Télévision	5.6	6.6	4.5	11.0	11.1	10.9
Affiches	4.9	5.8	3.9	8.5	10.4	6.3
Journal	4.7	6.5	2.9	4.4	4.9	3.9
B. <u>Communication Interpersonnelle</u>						
Pourcentage qui a discuté de planning familial:						
dans une réunion de groupe avec un docteur ou un infirmier	79.2	75.3	83.3	54.0	49.2	59.6
durant une visite à domicile	24.8	22.3	27.5	24.1	24.8	23.3
	3.4	3.9	2.9	10.8	11.4	10.1

Annexe A

Indicateurs Supplémentaires du Statut Socio-Economique.

Etant donné que le statut socio-économique (SSE) a une relation directe avec l'acceptation du planning familial, il était important de mesurer autant d'aspects que possibles du SSE pour déterminer la comparabilité entre zones de contrôle et de traitement. Généralement, les trois indicateurs principaux du SSE sont le niveau d'éducation, la profession et le revenu. Puisque le revenu ne convient pas comme indicateur du SSE dans une économie de subsistance (même si on peut effectivement obtenir des réponses exactes, ce qui est difficile), la question sur le revenu fût remplacée par une série de questions sur les conditions de vie et sur les possessions matérielles.

Un des indicateurs des conditions de vie était le nombre de pièces dans le foyer. Dans la zone urbaine, il y avait 3.2 pièces par foyer, contre 3.4 dans la zone rurale. Etant donné que le nombre moyen de personnes par ménage était plus élevé dans l'enquête urbaine (6.7) que dans l'enquête rurale (6.0), ceci montre bien comme on s'y attendrait dans une zone urbaine, la forte densité d'occupation de l'espace habité. Le nombre de pièces par ménage était comparable entre les zones de traitement dans chaque enquête.

67

Un très faible pourcentage aussi bien dans l'enquête urbaine que rurale disposait de toilettes à l'intérieur. Dans la zone urbaine, 63% déclarèrent avoir des WC extérieurs, et 36% ne pas avoir accès à un WC. Tandis que dans la population rurale, 86% avaient un WC à l'extérieur, contre 13%, qui n'en avaient pas.

L'approvisionnement en eau était différent entre la zone urbaine et rurale. Un faible pourcentage dans chaque enquête avait un robinet intérieur. Dans la zone urbaine la majorité (71%) avait accès à un robinet public (partagé par plusieurs ménages), tandis que 26% rapportèrent avoir leur propre robinet extérieur. La probabilité d'avoir son propre robinet extérieur était plus élevée pour les sujets de la zone A que pour celles de la zone B qui avaient une probabilité plus élevée d'utiliser le robinet public.

Dans les zones rurales, la source principale d'approvisionnement en eau était le puit ou la citerne (57%), suivie par l'eau de ruisseau, d'étang, ou de fleuve (43%). Les zones de traitement dans les zones rurales étaient assez comparables sur ce point.

L'électricité dans le ménage était un article de luxe dans la zone urbaine (seulement 11% l'avaient), et était presque non-existant dans la zone rurale (2% l'avaient). Dans la zone urbaine, un pourcentage légèrement plus élevé dans la zone expérimentale (13%) déclarèrent avoir l'électricité que dans la zone de contrôle (7%). Les zones de traitement étaient comparables dans l'enquête rurale.

Les matériaux de construction différaient également entre Matadi et la zone de Songololo. Dans la zone urbaine le toit de la grande majorité des maisons était fait de tôles métalliques (97%), tandis que le restant était fait de tuiles (2%) ou de paille (1%); les zones de traitement étaient comparables sur ce point.

Par contre, la plupart des toits dans l'enquête rurale était fait de paille (58%) tandis que 32% des sujets avaient des toits fait de tôles métalliques. Ici encore, les zones de traitement étaient comparables.

Les matériaux du plancher différaient également entre les deux populations. La majorité des sujets urbains (97%) ont des maisons avec des planchers en ciment, tandis que la majorité des sujets ruraux (75%) avait des planchers de terre battue. Les zones de traitement étaient comparables dans les deux enquêtes.

Finalement, les sujets furent questionnés quant à la possession de deux articles de ménage: radio et réfrigérateur. Comme on s'y attendait, un pourcentage plus élevé de sujets urbains que de sujets ruraux possédaient ces articles. Dans l'enquête urbaine, 47% déclarèrent avoir une radio en état de marche et 6% en avoir une ne fonctionnant pas. Seulement 27% des interviewées rurales avaient une radio en état de marche, et un autre 8% en avait une qui ne fonctionnait pas. Les zones de traitement étaient comparables dans les deux enquêtes.

69

Au sujet du réfrigérateur, seulement 9% des sujets urbains en avaient un en état de marche et 3% en avait un qui ne fonctionnait pas. Parmi les sujets ruraux seulement 2% avaient un réfrigérateur en état de marche et, un autre 1% en avait un ne marchant pas.

En résumé, cette liste d'indicateurs sur les conditions de logement et sur la possessions d'articles ménagers suggère un fort degré de comparabilité entre les zones de traitement dans les enquêtes urbaine et rurale. Dans l'enquête urbaine, les différents articles montrent une tendance légère mais consistante de la population à être mieux pourvue dans la zone A que dans la zone B; cependant, ces différences sont minimes, et on ne pense pas qu'elles auront un effet important sur l'impact du programme.

Dans la zone rurale, il y a de légères variations entre les groupes de traitement, mais il n'y a pas de tendance consistante. Les deux groupes de traitement dans la zone rurale peuvent être considérés comme comparables.

	Zone Urbaine: Matadi			Zone Rurale: Songololo		
	Total n=1797	Zone A n=928	Zone B n=869	Total n=1704	Zone A n=924	Zone B n=780
A. Nombre de pièces:						
1-2	38.6	40.4	36.7	29.0	31.4	26.2
3-4	46.6	43.9	49.5	47.7	47.1	48.3
5 ou plus	14.7	15.7	13.6	23.0	20.9	25.4
Ne sait pas	0.1	----	0.2	0.3	0.5	----
Moyenne	3.2	3.2	3.2	3.4	3.4	3.6
B. WC:						
Non	35.7	40.7	30.3	13.4	10.4	16.9
Facilités extérieures	62.8	57.1	68.9	86.3	89.3	82.8
Facilités intérieures	1.5	2.2	0.8	0.3	0.3	0.3
C. Source d'eau:						
Ruisseau, étang, fleuve	0.1	0.1	0.1	42.9	44.9	40.5
Puits, citerne	0.7	0.1	1.4	56.5	54.2	59.2
Robinet publique	71.0	64.0	78.4	0.2	0.3	----
Robinet dans la parcelle	25.8	33.4	17.8	0.4	0.4	0.3
Robinet dans la maison	1.8	2.4	1.3	0.1	0.1	----
Autre	0.5	----	1.0	----	----	----
D. Electricité:						
Oui	10.4	13.3	7.3	2.3	1.4	3.3
Non	89.6	86.7	92.7	97.7	98.6	96.7
E. Toit:						
Paille	0.2	0.2	0.1	67.5	71.3	69.2
Tôle	97.4	96.3	98.5	32.2	28.7	36.3
Tuiles	2.5	3.5	1.4	0.4	----	0.8
F. Plancher:						
Terre	2.7	2.3	3.1	74.4	76.9	71.3
Ciment	97.1	97.6	96.5	25.0	23.0	28.5
Autre	0.2	0.1	0.3	0.1	0.1	0.1
G. Radio:						
Non	46.7	44.9	48.7	65.4	62.9	68.4
Oui, mais ne fonctionne pas	5.6	5.2	6.0	7.6	7.9	7.3
Oui, fonctionne	47.7	49.9	45.3	27.0	29.2	24.3
H. Réfrigérateur:						
Non	88.3	88.4	88.2	97.0	96.9	97.2
Oui, mais ne fonctionne pas	3.1	2.6	3.7	1.1	1.2	1.0
Oui, fonctionne	8.6	9.1	8.1	1.9	1.9	1.8