Congo

Troisième Enquête Démographique et de Santé

2025

Indicateurs clés

RÉPUBLIQUE DU CONGO

Troisième Enquête Démographique et de Santé au Congo 2025

Rapport des indicateurs clés

**Ministère de l'Economie, du Plan,
de la Statistique et de la Prospective**

**Institut National de la Statistique
Brazzaville, Congo**

**ICF
Rockville, Maryland, USA**

Juillet 2026

Ce rapport présente les principaux résultats de la troisième Enquête Démographique et de Santé au Congo (EDSC-III), réalisée sur le terrain du 16 août au 20 décembre 2025. L'enquête a été mise en œuvre par l'Institut National de la Statistique (INS), en étroite collaboration avec le ministère de la Santé et de la Population.

Le financement de l'EDSC-III a été assuré par le Gouvernement de la République du Congo, la Banque mondiale par le biais des projets KOBIKISA et HISWACA, ainsi que le Fonds mondial par l'intermédiaire du Catholic Relief Services (CRS). D'autres institutions ont également apporté leur expertise à la réalisation de cette opération, notamment le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), chargé de l'analyse des prélèvements sanguins pour l'estimation de la prévalence du VIH chez les adultes.

ICF a fourni l'assistance technique à l'ensemble du projet dans le cadre du DHS Program, qui apporte un appui et une assistance technique à la mise en œuvre d'enquêtes dans les domaines de la population et de la santé dans de nombreux pays à travers le monde.

Des informations supplémentaires sur l'EDSC-III peuvent être obtenues en s'adressant à l'Institut National de la Statistique (INS), Brazzaville, Avenue Lampama Arrêt TP, Mpila, Congo ; email : contact@ins-congo.cg ; internet : www.ins-congo.cg.

Des informations sur The DHS Program peuvent être obtenues en s'adressant à ICF, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA ; téléphone : +1-301-407-6500 ; fax : +1-301-407-6501 ; email : info@DHSprogram.com ; internet : www.DHSprogram.com.

Le contenu de ce rapport relève de la seule responsabilité de l'INS et ICF et ne reflète pas nécessairement les opinions de la Banque mondiale, du Fonds mondial ou d'autres agences contributrices.

Citation recommandée :

Institut National de la Statistique (INS) et ICF. 2026. *Troisième Enquête Démographique et de Santé au Congo 2025*. *Indicateurs Clés*. Brazzaville, République du Congo et Rockville, Maryland, USA : INS et ICF.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAUX ET GRAPHIQUES ..... **v**
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS ..... **vii**
AVANT-PROPOS ..... **ix**

1 INTRODUCTION **1**
Objectifs de l'enquête 1

2 MISE EN OEUVRE DE L'ENQUÊTE **3**
2.1 Échantillonnage 3
2.2 Questionnaires 3
2.3 Mesures anthropométriques et tests du paludisme et du VIH 5
2.3.1 Mesures anthropométriques 5
2.3.2 Test du paludisme 5
2.3.3 Test du VIH/sida 5
2.4 Prétest 6
2.5 Formation du personnel de terrain 6
2.6 Collecte des données 7
2.7 Traitement des données 7

3 RÉSULTATS-CLÉS **9**
3.1 Taux de réponse 9
3.2 Caractéristiques des enquêtés 9
3.3 Fécondité 11
3.4 Fécondité des adolescentes 12
3.5 Préférences en matière de fécondité 13
3.6 Planification familiale 14
3.6.1 Utilisation contraceptive 14
3.6.2 Besoins et demande en planification familiale 17
3.7 Mortalité des enfants 19
3.8 Soins de santé reproductive 20
3.8.1 Soins prénatals 20
3.8.2 Vaccination antitétanique 21
3.8.3 Soins à l'accouchement 23
3.8.4 Soins postnatals de la mère 23
3.9 Couverture vaccinale 24
3.10 Recherche de soins et traitement des maladies des enfants 27
3.11 État nutritionnel des enfants 29
3.12 Alimentation du nourrisson et du jeune enfant 31
3.13 Paludisme 33
3.13.1 Possession et utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) 33
3.13.2 Paludisme pendant la grossesse 36
3.13.3 Prise en charge des cas de paludisme chez les enfants 38
3.13.4 Prévalence du paludisme chez les enfants 39
3.14 VIH 40
3.14.1 Connaissance des moyens de prévention parmi les jeunes 40
3.14.2 Comportement sexuel 42
3.14.3 Tests du VIH précédents 45

RÉFÉRENCES **49**

TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1 Résultats des interviews ménages et individuelles 9
Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés 10
Tableau 3 Fécondité actuelle 11
Tableau 4 Fécondité des adolescentes 13
Tableau 5 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants 14
Tableau 6 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques 15
Tableau 7 Besoin et demande pour des services de planification familiale parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives 18
Tableau 8 Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans 20
Tableau 9 Indicateurs des soins de santé maternelle 22
Tableau 10 Vaccinations selon certaines caractéristiques sociodémographiques 25
Tableau 11 Traitement des symptômes d'IRA, de la fièvre, et de la diarrhée 28
Tableau 12 Etat nutritionnel des enfants 30
Tableau 13 Indicateurs de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (Indicateurs ANJE) 32
Tableau 14 Possession de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide par les ménages 34
Tableau 15 Utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) par les enfants et les femmes enceintes 35
Tableau 16 Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPIg) par les femmes au cours de la grossesse 37
Tableau 17 Enfants ayant eu de la fièvre, recherche de soins, diagnostic et traitement contre la fièvre 39
Tableau 18 Prévalence du paludisme chez les enfants 40
Tableau 19 Connaissance des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes 41
Tableau 20.1 Partenaires sexuels multiples et rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Femme 43
Tableau 20.2 Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Homme 44
Tableau 21.1 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Femme 46
Tableau 21.2 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Homme 47

Graphique 1 Tendances de la fécondité par milieu de résidence 12
Graphique 2 Tendances de l'utilisation contraceptive, des besoins et de la demande en matière de planification familiale 19
Graphique 3 Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans 20
Graphique 4 Tendances de l'assistance à l'accouchement 23
Graphique 5 Tendances de la vaccination des enfants 27
Graphique 6 Tendances de l'état nutritionnel des enfants 31
Graphique 7 Tendances de l'allaitement exclusif 33
Graphique 8 Tendances de la possession de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) par les ménages 35

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

BCG	Bacille Calmette-Guérin
CAPI	Computer-assisted personal interviewing
CRS	Catholic Relief Services
CSPro	Census and Survey Processing
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine
DHS	Demographic and Health Survey
DIU	Dispositif intra-utérin
DTCoq	Diphtérie, tétanos, coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ET	Écart type
HepB	Hépatite B
Hib	*Haemophilus influenzae* type B
HISWACA	Harmonizing and Improving Statistics in West and Central Africa
IRA	Infection respiratoire aiguë
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infection sexuellement transmissible
IYCF	Infant and young child feeding
KOBIKISA	Projet de Renforcement du Système de Santé
MAMA	Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MIILDA	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MJF	Méthode des jours fixes
MPNN	Mortalité post-néonatale
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PANJE	Pratique d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
SD	Standard deviation
SDG	Sustainable Development Goal
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SRO	Sel de réhydratation par voie orale
TBN	Taux brut de natalité
TFGA	Taux de fécondité générale par âge
UNFPA	United Nations Population Fund
UPS	Unité primaire de sondage
USAID	United States Agency for International Development

VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPI	Vaccin polio inactivé
VPO	Vaccin polio oral
ZD	Zone de dénombrement

AVANT-PROPOS

La troisième Enquête Démographique et de Santé au Congo (EDSC-III) a été réalisée d'avril à décembre 2025, à l'issue d'un long processus de préparation. Celui-ci a été marqué notamment par : (i) la sensibilisation des autorités locales et des populations, (ii) la mise à jour de la liste des ménages des zones de dénombrement sélectionnées pour l'enquête sur l'ensemble du territoire national, ainsi que (iii) l'élaboration et l'actualisation des outils de collecte, suivies de la mobilisation des financements nécessaires.

Cette importante opération a été conduite en recourant aux mêmes procédures et à la même méthodologie que celles mises en œuvre lors des deux premières enquêtes du même type, réalisées en 2005 et en 2011-2012. En plus, cette troisième EDS a innové en intégrant pleinement les technologies modernes de collecte des données et en combinant, au sein d'un même dispositif, les indicateurs relatifs au paludisme et au VIH/SIDA.

Cette évolution constitue une avancée majeure, dans la mesure où elle permet désormais d'envisager la planification et le suivi des actions en faveur du bien-être des populations, tout en tenant compte des spécificités locales. De ce fait, il ne s'est pas agi uniquement d'une simple actualisation des indicateurs démographiques et sanitaires, mais bien de la constitution d'une base de données intégrée, couvrant l'ensemble du territoire national.

Comme lors des deux éditions précédentes, la réalisation de l'EDSC-III n'a été possible que grâce à la mobilisation d'importantes ressources financières, matérielles et humaines. À cet égard, je tiens à exprimer ma profonde gratitude et ma reconnaissance à toutes les institutions et à toutes les personnes qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre, au succès de cette enquête. Il s'agit en particulier :

- du Gouvernement de la République du Congo, pour son appui constant ;
- de la Banque mondiale, à travers l'Association Internationale de Développement (IDA) et les projets KOBIKISA et HISWACA, pour son soutien financier et matériel ;
- du Fonds mondial, à travers Catholic Relief Services (CRS), pour sa précieuse collaboration ;
- des experts d'ICF International, pour leur appui technique ;
- des autorités politiques, administratives, militaires et religieuses, ainsi que des populations des zones enquêtées, pour leur adhésion et leur disponibilité ;
- de l'ensemble du personnel de l'EDSC-III, pour son engagement, sa disponibilité et son professionnalisme.

Le Directeur Général de l'Institut National de la Statistique

Steve Bertrand MBOKO IBARA

1 INTRODUCTION

La troisième Enquête Démographique et de Santé au Congo (EDSC-III) a été mise en œuvre par l'Institut National de la Statistique (INS), en collaboration avec le Ministère et de la Santé et de la Population et avec l'assistance technique de ICF par le biais du DHS Program qui fournit un support technique aux pays dans le monde entier pour réaliser des enquêtes dans les domaines de la population et de la santé.

L'EDSC-III est financée conjointement par l'État Congolais, la Banque mondiale par le biais des projets KOBIKISA et HISWACA et le Fonds mondial à travers le CRS.

OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

L'EDSC-III de 2025 fournit principalement des estimations actualisées des indicateurs sociodémographiques et de santé de base. Plus précisément, l'EDSC-III a permis de collecter des données sur les niveaux de fécondité, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques d'allaitement, la mortalité des enfants, la mortalité maternelle, la santé infantile et maternelle, la possession et l'utilisation des moustiquaires, l'état nutritionnel et les pratiques alimentaires de la mère et de l'enfant, les fistules, le handicap, le travail des enfants et la discipline des enfants. En outre, elle a permis d'estimer la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et celle du VIH chez les adultes de 15–64 ans. Une analyse complète des données sera présentée dans un rapport final. L'EDSC-III fournit aussi des indicateurs pertinents pour évaluer la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) pour le Congo.

Ce rapport présente plusieurs indicateurs-clés calculés à partir des données collectées. Il a été élaboré pour fournir aux responsables, aux gestionnaires de programmes, aux décideurs et aux prestataires de services, le plus rapidement possible après la fin de la collecte, des informations sur le niveau de certains indicateurs les plus importants. Il est essentiellement descriptif et ne couvre pas toutes les thématiques concernées par l'enquête. Une analyse complète des données sera publiée dans les prochains mois. Les résultats présentés dans ce rapport sont suffisamment robustes. Des précautions techniques ont été prises pour qu'ils ne soient pas significativement différents de ceux qui figureront dans le rapport final. Le rapport final traitera de l'ensemble des domaines couverts par l'enquête et comportera une analyse plus élaborée des données, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées.

2 MISE EN OEUVRE DE L'ENQUÊTE

2.1 ÉCHANTILLONNAGE

Afin d'atteindre les objectifs fixés, un échantillon national d'environ 15 000 ménages ordinaires a été retenu pour l'enquête. Cet échantillon a été réparti de manière à assurer une représentation adéquate des milieux urbain et rural, ainsi que des 15 domaines d'étude correspondant aux 15 départements administratifs du pays, pour lesquels des estimations de tous les indicateurs clés sont produites. Les populations vivant dans des ménages collectifs (hôpitaux, prisons, camps de réfugiés ou de déplacés internes, etc.) ont été exclues de l'échantillon.

L'échantillon de l'EDSC-III repose sur un sondage aréolaire stratifié à deux degrés. L'unité primaire de sondage, également appelée grappe, est la zone de dénombrement (ZD). La partie urbaine et la partie rurale de chaque département constituent chacune une strate d'échantillonnage. Au total, 26 strates d'échantillonnage ont été définies.

Au premier degré, 500 grappes ont été sélectionnées, dont 168 en milieu urbain et 332 en milieu rural. Le tirage des grappes a été effectué de manière systématique, avec une probabilité proportionnelle à la taille des grappes en nombre de ménages, à partir de la liste des zones de dénombrement établie lors du cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) réalisé en 2023 par l'Institut national de la statistique (INS). La stratification de l'échantillon de grappes a permis d'assurer une représentation adéquate des villes de Brazzaville et Pointe-Noire, des autres centres urbains, ainsi que du milieu rural et des 15 départements du Congo, pour lesquels des estimations de l'ensemble des indicateurs clés sont fournies.

Après le tirage au premier degré, une opération de cartographie et de dénombrement des ménages a été menée dans chacune des 500 grappes sélectionnées. Cette opération a permis d'établir un plan de situation et un croquis détaillé de chaque grappe, en matérialisant ses limites et en localisant toutes les structures recensées, ainsi que de constituer la liste actualisée des ménages. Le dénombrement des ménages dans les grappes échantillons a été réalisé à l'aide de tablettes électroniques, qui ont également servi à enregistrer les coordonnées GPS des grappes et des concessions. À l'issue de cette opération, un échantillon de 30 ménages par grappe a été tiré au second degré, de façon systématique et avec une probabilité égale.

Dans les ménages sélectionnés, toutes les femmes âgées de 15 à 64 ans résidant habituellement dans le ménage ou y ayant passé la nuit précédant l'enquête étaient éligibles pour être interviewées.

Par ailleurs, dans un sous-échantillon correspondant à un ménage sur deux de l'ensemble des ménages enquêtés, tous les hommes âgés de 15 à 64 ans étaient également éligibles pour être interviewés. Dans ce sous-échantillon, tous les hommes de 15 à 64 ans, toutes les femmes de 15 à 64 ans et tous les enfants âgés de 6 à 59 mois étaient éligibles pour les mesures anthropométriques (taille et poids) afin d'évaluer leur état nutritionnel. En outre, tous les enfants de 6 à 59 mois de ce sous-échantillon étaient éligibles au test de dépistage du paludisme. Enfin, dans ces mêmes ménages, toutes les femmes et tous les hommes âgés de 15 à 64 ans étaient éligibles au test de dépistage du VIH/sida.

2.2 QUESTIONNAIRES

Quatre types de questionnaires ont été utilisés pour la collecte des données de l'EDSC-III : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme, le questionnaire individuel homme et le questionnaire biomarqueur. Le contenu de ces questionnaires est basé sur les questionnaires standards des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) du DHS Program, lesquels ont été adaptés afin de prendre en compte les problématiques pertinentes en matière de population et de santé au Congo. Ils intègrent en outre certains modules additionnels développés par The DHS Program. L'adaptation aux besoins spécifiques du

Congo a été réalisée selon une approche participative, à l'issue de plusieurs réunions ayant réuni l'ensemble des parties prenantes de l'enquête.

Par ailleurs, avant le démarrage de la collecte des données de l'EDSC-III, les agents de terrain sélectionnés ont rempli un questionnaire auto-administré.

Le **questionnaire ménage**, administré au chef de ménage ou à un autre membre adulte du ménage, permet d'enregistrer l'ensemble des membres du ménage ainsi que les visiteurs y ayant passé la nuit précédant l'interview, avec certaines de leurs caractéristiques, notamment : le lien de parenté avec le chef de ménage, le sexe, l'âge, la situation de résidence et le niveau d'instruction. Il permet également d'identifier les femmes, les hommes et les enfants éligibles aux interviews individuelles et/ou aux tests et mesures biologiques. Ce questionnaire recueille par ailleurs des informations sur les caractéristiques du ménage, telles que la principale source d'eau de boisson, le type de toilettes, le type de cuisinière ou de foyer utilisé pour la cuisson, les matériaux du sol du logement, la possession de biens durables, de bétail et/ou de volailles, la possession et l'utilisation des moustiquaires, le handicap, le travail et la discipline des enfants, ainsi que les pratiques de lavage des mains.

Le **questionnaire individuel femme**, administré aux femmes âgées de 15–64 ans, est utilisé pour collecter des informations détaillées sur les femmes éligibles. Il comprend les 15 sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
- Reproduction ;
- Planification familiale ;
- Soins de santé maternelle et allaitement ;
- Vaccination et santé des enfants ;
- État nutritionnel des enfants ;
- Diversité alimentaire de la femme ;
- Indice de développement de la petite enfance ;
- Union et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Caractéristiques du mari (conjoint) et travail (emploi/activité) de la femme ;
- VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
- Autres problèmes de santé ;
- Mortalité adulte et mortalité maternelle ;
- Fistule.

Le **questionnaire individuel homme**, administré aux hommes âgés de 15–64 ans, est indépendant du questionnaire individuel femme. Toutefois, la majorité des questions qui y figurent sont similaires à celles posées aux femmes. Il se compose des 8 sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté ;
- Reproduction ;
- Planification familiale ;
- Union et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Emploi et genre ;
- VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
- Autres problèmes de santé.

Le **questionnaire biomarqueur** est utilisé pour consigner les informations relatives aux mesures anthropométriques ainsi qu'aux résultats des tests du VIH et du paludisme. Le test du paludisme, visant à déterminer la présence de parasites, concerne les enfants âgés de 6–59 mois, tandis que le test du VIH/sida, permettant de détecter l'infection par le VIH concerne les femmes et les hommes âgés de 15–64 ans. Le questionnaire biomarqueur comprend également des informations sur le consentement éclairé, les résultats

des mesures anthropométriques, ainsi que les instructions relatives à la prise en charge des enfants testés positifs au paludisme.

La collecte des données a été réalisée à l'aide de tablettes électroniques. Les interviews ont été conduites en utilisant des questionnaires électroniques chargés sur les tablettes, selon la méthode Computer Assisted Personal Interviewing (CAPI). Les données relatives aux biomarqueurs ont été initialement collectées à l'aide de questionnaires papier, puis saisies par les enquêteurs dans les questionnaires électroniques sur leurs tablettes.

2.3 MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES ET TESTS DU PALUDISME ET DU VIH

2.3.1 Mesures anthropométriques

Dans le sous-échantillon des ménages sélectionnés pour l'enquête homme, le poids et la taille des hommes de 15–64 ans, des femmes de 15–64 ans et des enfants de moins de 5 ans ont été mesurés à l'aide, respectivement, des balances électroniques (SECA 874) avec affichage numérique et des toises graduées (Shorr Board). Ces mesures ont été enregistrées dans le questionnaire Biomarqueurs.

2.3.2 Test du paludisme

Dans le même sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme, les enfants de 6–59 mois étaient éligibles pour les prélèvements de sang en vue du test du paludisme. Les enfants de 6–59 mois ont été testés à condition que leurs parents ou les personnes en charge aient accepté le test après lecture du consentement éclairé.

Le test du paludisme consistait en un test de diagnostic rapide (TDR), plus précisément le SD BIOLINE Malaria Antigen Ag P.f. Après obtention du consentement informé, l'agent biomarqueur a collecté une goutte de sang sur la bandelette du TDR. Le résultat du test est disponible au bout de 15 minutes et est communiqué immédiatement aux parents ou personnes responsables de l'enfant après avoir été enregistré dans le questionnaire biomarqueur.

Les enfants qui ont été testés positifs pour le paludisme ont tous été référés à la formation sanitaire la plus proche pour « avis et conduite à tenir » selon la politique nationale de santé en vigueur au Congo.

Le protocole de l'enquête, y compris les procédures de mesures et tests biologiques, a été examiné et approuvé par le Comité National d'Éthique du Congo et le Comité d'Éthique (Institutional Review Board) d'ICF.

2.3.3 Test du VIH/sida

Le test du VIH/sida a été effectué dans le sous-échantillon des ménages sélectionnés pour l'enquête homme. Toutes les femmes de 15–64 ans et tous les hommes de 15–64 ans étaient éligibles pour ces tests mais les prélèvements de sang n'ont été réalisés qu'auprès des personnes ayant accepté volontairement de se soumettre au test. Le test consistait en un prélèvement de gouttes de sang capillaire sur papier filtre (DBS) qui ont été analysées au laboratoire.

Étant donné que les tests du VIH au laboratoire sont strictement anonymes, il n'a pas été possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test au moment de l'enquête. On a alors proposé à toutes les personnes éligibles au test du VIH, qu'elles aient accepté ou non de participer au test anonyme du VIH, un test rapide (TDR) gratuit à domicile selon l'algorithme national. Toutes les personnes testées ont reçu leurs résultats du test rapide sur un bulletin de rendu de résultat à domicile et elles avaient été conseillées avant et après le test. En outre, l'enquêté/enquêtée ayant un résultat positif ou indéterminé a été référé aux services sanitaires qui fournissent le suivi et le traitement.

2.4 PRÉTEST

Une phase pilote a d'abord été organisée pour tester toutes les procédures de collecte. À cet effet, 25 agents enquêteurs (12 femmes et 13 hommes) et 10 agents biomarqueurs (6 femmes et 4 hommes) ont participé au prétest de l'EDSC-III, du 5 mai au 2 juin 2025. Les activités du prétest ont débuté par 3 semaines de formation pour les agents enquêteurs (5 au 26 mai 2025) et 2 semaines de formation pour les agents biomarqueurs (9 au 26 mai 2026) dans les locaux de l'INS à Brazzaville. Elles ont été clôturées par 5 jours de pratique sur le terrain dans la commune de Kintélé, ainsi que les arrondissements de Mfilou et Poto-Poto dans la commune de Brazzaville du 27 mai au 2 juin 2025.

Les leçons tirées de ce prétest ont été valorisées dans la finalisation des instruments et de la logistique de l'enquête.

2.5 FORMATION DU PERSONNEL DE TERRAIN

Pour l'enquête principale, l'INS a organisé la formation pour familiariser les agents à la réalisation des travaux de terrain de la troisième Enquête Démographique et de Santé au Congo (EDSC-III) du 04 juillet au 05 août 2025 dans les locaux de Brazza Mall à Brazzaville. À cet effet, cent soixante-treize (173) candidats aux postes d'enquêteurs, enquêtrices et chefs d'équipe (116 personnes dont 76 femmes et 40 hommes) ainsi que d'agents biomarqueurs (57 personnes dont 28 femmes et 29 hommes) ont été présélectionnés pour suivre la formation. La formation était organisée en deux groupes : l'un regroupant les candidats aux postes d'agents enquêteurs, enquêtrices et chefs d'équipe du 4 juillet au 5 août 2025, et l'autre qui concernait les agents de biomarqueurs chargés de procéder aux mesures anthropométriques et aux tests biologiques dont la formation s'est tenue du 10 juillet au 5 août 2025.

La formation des agents enquêtrices, enquêteurs et chefs d'équipe a porté sur les techniques d'interview, le remplissage des questionnaires, la traduction des questionnaires en langues nationales et l'utilisation des Tablettes PC pour conduire les interviews assistées par ordinateur (Computer-Assisted Personal Interviewing—CAPI). Les agents biomarqueurs ont, quant à eux, été formés sur les techniques de prise des mesures anthropométriques, de réalisation du TDR du paludisme, du TDR du VIH et de la confection de DBS.

Pour ce faire, les séances de formation ont consisté en :

- une lecture concomitante des manuels d'instructions et des questionnaires, suivie d'explications et de démonstrations ;
- des jeux de rôle en salle entre personnel en formation, suivis de discussions ;
- des pratiques sur le terrain dans des ménages réels et dans des formations sanitaires suivies de discussions en salle ;
- l'organisation régulière des évaluations des connaissances acquises, suivies de discussions en salle.

La phase pratique de la formation a été réalisée dans 11 grappes préalablement identifiées par l'équipe technique qui ne font pas partie de l'échantillon de l'EDSC-III et relevant d'une part, des 7 arrondissements de Brazzaville (Makélékélé (Arrd.1 avec 3 équipes déployées dans 2 grappes) ; Bacongo (Arrd. 2 avec 2 équipes dans 2 grappes) ; Poto-Poto (Arrd. 3 avec 1 équipes dans 1 grappe) ; Moungali (Arrd.4 avec 2 équipes dans 1 grappe) ; Ouenzé (Arrd. 5 avec 2 équipes dans 1 grappe) ; Talangaï (Arrd.6 avec 3 équipes dans 2 grappes) ; Mfilou (Arrd.7 avec 2 équipes dans 1 grappe)) ; et d'autre part de la Commune de Kintélé (avec 2 équipes dans 1 grappe). Ces grappes ont alors été visitées par les équipes pour collecter des données en application de la formation reçue en salle. Les formateurs ont supervisé les équipes qui leur ont été affectées.

2.6 COLLECTE DES DONNÉES

À l'issue de la formation, 105 agents ont été retenus pour les travaux de terrain de l'EDSC-III : 63 enquêtrices, 21 enquêteurs, 42 agents biomarqueurs et 21 chefs d'équipe (7 femmes et 14 hommes). Ils ont été répartis en 21 équipes de travail pour la collecte des données. Chaque équipe était composée d'un chef d'équipe, de 3 enquêtrices, d'un enquêteur et de 2 agents biomarqueurs. En outre, pour assurer le transport des équipes, 2 véhicules étaient mis à la disposition de chaque équipe.

La collecte proprement dite s'est déroulée du 16 août au 20 décembre 2025. Le déploiement des équipes s'est opéré de façon progressive sur la période allant du 16 au 24 août 2025 en fonction de la disponibilité de leurs moyens de transport.

Le suivi des équipes et la ramassage des échantillons de sang sur le terrain ont été assurés par les membres de l'équipe technique composée des cadres de l'INSD et du ministère de la Santé et de la Population. Lors des tournées de suivi et de collecte des échantillons de sang, leur tâche consistait aussi à apporter des solutions aux difficultés auxquelles les agents étaient confrontés.

Les données collectées dans tous les départements ont été utilisées pour estimer les indicateurs au niveau des départements et elles contribuent aussi à l'estimation des indicateurs au niveau national.

2.7 TRAITEMENT DES DONNÉES

Pendant la collecte des données, les questionnaires renseignés étaient sous forme de fichiers électroniques et de questionnaires papier. Les données des biomarqueurs initialement collectées à l'aide de questionnaire papier ont été, par la suite, saisies par les enquêteurs. Les réponses ont été directement enregistrées dans les tablettes grâce à une application informatique appropriée et développée en utilisant le logiciel CSPro. Cette application comporte plusieurs menus et inclut des contrôles internes et des guides d'interview.

Les données collectées étaient régulièrement envoyées au serveur. Ceci permettait de manière presque instantanée, à l'aide d'un programme de contrôle de qualité, de détecter pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque agent de terrain, les principales erreurs de collecte. Des visioconférences hebdomadaires étaient organisées entre les membres de l'équipe technique pour apprécier la qualité des données et discuter des difficultés rencontrées par les équipes sur le terrain afin d'y apporter des solutions appropriées. De même, une équipe a été mise en place pour l'édition des données. Malheureusement, cette édition n'a pas pu se faire de manière concomitante à la collecte sur le terrain.

Les résultats de ces différents contrôles de qualité étaient aussitôt communiqués aux équipes de terrain afin d'améliorer la qualité des données, y compris en retournant dans les ménages pour des vérifications. À la fin de la collecte sur le terrain, l'édition des données collectées s'est poursuivie. Le fichier final des données de l'enquête a été vérifié et apuré pour une dernière fois. Les coefficients de pondération ont été calculés et intégrés au fichier de données. Les différents indicateurs et tableaux de résultats ont, par la suite, été produits pour la rédaction de ce rapport sur les indicateurs-clés.

3 RÉSULTATS CLÉS

3.1 TAUX DE RÉPONSE

Le **Tableau 1** décrit l'échantillon de l'EDSC-III. Un total de 14 966 ménages ont été sélectionnés dans l'échantillon de l'EDSC-III, parmi lesquels 13 803 étaient occupés. Dans ces ménages occupés, 13 423 ont été enquêtés avec succès, donnant un taux de réponse de 97,2 %. Dans les ménages interviewés, 11 544 femmes de 15–49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'interview individuelle. Les interviews ont été complétées pour 10 674 femmes, ce qui a permis d'obtenir un taux de réponse de 92,5 %. Dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des hommes, 2 501 femmes de 50–64 ans et 6 840 hommes de 15– 64 ans ont été identifiés comme étant éligibles pour les interviews individuelles et 2 362 femmes de 50–64 ans ainsi que 5 847 hommes de 15–64 ans ont été enquêtés avec succès, ce qui a permis d'obtenir des taux de réponse de 94,4 % pour les femmes de 50–64 et 85,5 % pour les hommes. Si les taux de réponse en milieu urbain et en milieu rural, que ce soit chez les femmes de 15–49 ans ou chez celles de 50–54 ans, ne sont pas très différents, le taux de réponse en milieu rural (86,4 %) est plus élevé qu'en milieu urbain (83,9 %) chez les hommes.

Tableau 1 Résultats des interviews ménages et individuelles

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse par milieu de résidence (non pondéré), EDSC-III Congo 2025

	Résidence		
Résultat	Urbain	Rural	Ensemble
Interviews ménages			
Ménages sélectionnés	5 040	9 926	14 966
Ménages occupés	4 767	9 036	13 803
Ménages interviewés	4 613	8 810	13 423
Taux de réponse des ménages[1]	96,8	97,5	97,2
Interviews des femmes de 15–49 ans			
Effectif de femmes éligibles	4 672	6 872	11 544
Effectif de femmes éligibles interviewées	4 314	6 360	10 674
Taux de réponse des femmes éligibles[2]	92,3	92,5	92,5
Interviews ménages dans le sous-échantillon pour l'enquête homme			
Ménages sélectionnés	2 520	4 963	7 483
Ménages occupés	2 375	4 494	6 869
Ménages interviewés	2 286	4 383	6 669
Taux de réponse des ménages dans le sous-échantillon[1]	96,3	97,5	97,1
Interviews des femmes de 50–64 ans			
Effectif de femmes éligibles	777	1 724	2 501
Effectif de femmes éligibles interviewées	725	1 637	2 362
Taux de réponse des femmes éligibles[2]	93,3	95,0	94,4
Interviews des hommes de 15–64 ans			
Effectif d'hommes éligibles	2 487	4 353	6 840
Effectif d'hommes éligibles interviewés	2 087	3 760	5 847
Taux de réponse des hommes éligibles[2]	83,9	86,4	85,5

[1] Ménages enquêtés/ménages occupés
[2] Enquêtés interviewés/enquêtés éligibles

3.2 CARACTÉRISTIQUES DES ENQUÊTÉS

Le **Tableau 2** présente, par caractéristiques sociodémographiques, les effectifs pondérés et non pondérés et les répartitions en pourcentage des femmes et des hommes interviewés au cours de l'EDSC-III. Les résultats présentés dans ce rapport sont basés sur les données pondérées et ils sont donc représentatifs pour le pays dans son ensemble, pour les milieux urbain et rural et pour chacun des départements.

- L'âge est présenté par groupes d'âge quinquennaux. Cette répartition montre une très forte proportion de jeunes parmi les personnes de 15–49 ans. En effet, 22 % des femmes et 23 % des hommes ont entre 15 et 19 ans. De plus, 18 % des femmes et 17 % des hommes ont entre 20 et 24 ans. Au fur et à mesure que l'âge augmente, on constate une diminution des proportions. Globalement, ces caractéristiques reflètent la structure d'une population jeune.

- Environ sept enquêtés sur dix ont déclaré que leur état de santé était bon (49 % des femmes et 46 % des hommes) ou très bon (26 % des femmes et 24 % des hommes).

- La population du Congo est majoritairement chrétienne, avec une nette prédominance des adeptes de « l'Église de réveil » (36 % des femmes et 34 % des hommes), suivie des catholiques (24 % des femmes et 25 % des hommes) et des protestants (22 % des femmes et 12 % des hommes). Les musulmans quant à eux représentent 2 % parmi les femmes et 4 % parmi les hommes.

- La répartition selon l'état matrimonial montre que 10 % des femmes sont mariées et 37 % vivent avec un homme comme si elles étaient mariées. Au total, près de 47 % des femmes sont considérées comme

vivant en union. Par ailleurs, plus de la moitié des hommes étaient, au moment de l'enquête, célibataires (53 %) et environ 40 % étaient en union.

- La répartition selon le milieu de résidence montre que 79 % des femmes et 77 % des hommes vivent en milieu urbain.

On constate, de façon générale, que les hommes sont légèrement plus nombreux à être instruits que les femmes. En effet, 5 % des femmes enquêtées n'ont aucun niveau d'instruction contre 4 % des hommes. En outre, 82 % des femmes contre 85 % des hommes ont atteint un niveau secondaire ou plus.

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15–49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Congo 2025

	Femme			Homme		
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Âge						
15–19	22,3	2 466	2 355	23,3	1 152	1 206
20–24	18,2	2 003	1 835	16,9	836	760
25–29	15,1	1 669	1 622	13,2	654	617
30–34	13,4	1 477	1 335	12,6	624	509
35–39	11,7	1 295	1 304	12,5	619	563
40–44	10,7	1 180	1 205	11,3	558	583
45–49	8,6	946	1 018	10,2	505	531
État de santé autodéclaré						
Très bon	25,6	2 821	1 913	24,1	1 194	1 118
Bon	48,8	5 383	4 886	46,3	2 290	2 011
Moyen	22,3	2 460	3 190	26,5	1 311	1 432
Mauvais	3,2	352	647	3,0	148	194
Très mauvais	0,2	19	38	0,1	6	14
Religion						
Catholique	24,0	2 646	1 907	25,2	1 247	848
Protestante	22,1	2 439	2 450	12,3	608	674
Musulmane	2,4	263	153	3,5	171	109
Kimbanguiste	0,7	81	89	0,6	30	41
Armée du Salut	1,8	201	184	0,9	45	51
Zéphirin/matsouaniste/ ngunza	5,3	583	737	4,4	217	287
Adventiste	0,2	17	34	0,0	2	3
Témoins de Jéhovah	1,0	105	77	0,7	35	26
Église de Réveil	36,1	3 985	4 312	34,0	1 681	1 745
Animisme/religion traditionnelle	0,4	39	52	0,5	23	31
Sans religion	4,1	451	504	17,1	847	898
Autre	2,0	225	175	0,9	43	56
Ethnie						
Oubanguiens	3,4	378	692	3,2	158	239
Sangha	2,3	256	311	2,3	116	129
Mekee/makaa	0,2	18	16	0,2	9	18
Fang	0,0	2	5	0,2	8	2
Kota	0,4	43	75	0,7	33	44
Mbosi	13,5	1 492	1 675	15,4	760	911
Téké	16,4	1 811	2 487	16,2	800	1 231
Kongo	49,6	5 478	3 560	52,0	2 573	1 622
Echira	1,3	141	93	1,5	73	64
Autochtones	0,7	77	213	0,7	34	67
Etranger	7,1	783	798	5,6	280	268
Autre	5,0	556	749	2,1	106	174
État matrimonial						
Célibataire	38,1	4 206	3 257	52,7	2 608	2 304
Marié	9,9	1 097	1 298	7,0	344	371
Vivant ensemble	36,5	4 031	4 497	32,7	1 617	1 760
Divorcé/séparé	14,2	1 569	1 449	7,5	370	320
Veuf	1,2	133	173	0,2	10	14
Résidence						
Urbain	79,3	8 749	4 314	77,1	3 815	1 793
Rural	20,7	2 286	6 360	22,9	1 134	2 976
Département						
Kouilou	1,5	162	554	1,5	75	231
Niari	4,9	538	840	5,4	266	380
Lékoumou	1,7	192	621	1,9	93	295
Bouenza	6,1	673	908	5,7	284	379
Pool	2,2	240	539	2,5	124	257
Plateaux	1,2	132	616	1,4	71	322
Cuvette	2,3	252	702	2,4	120	316
Cuvette-Ouest	1,0	107	517	1,0	48	229
Sangha	2,1	227	584	2,3	113	254
Likouala	3,7	407	903	3,7	181	381

À suivre…

Tableau 2—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Brazzaville	44,0	4 858	1 245	41,0	2 029	474
Pointe-Noire	25,3	2 795	852	26,3	1 302	356
Djoué Léfini	1,0	106	423	1,3	63	250
Nkéni-Alima	1,5	166	685	1,7	85	333
Congo-Oubangui	1,6	180	685	1,9	95	312
Niveau d'instruction						
Aucun	5,1	560	892	3,7	185	209
Primaire	12,6	1 396	2 241	10,9	538	774
Secondaire 1er cycle	42,3	4 670	4 950	37,4	1 853	2 127
Secondaire 2nd cycle	30,5	3 371	2 140	31,9	1 581	1 278
Supérieur	9,4	1 039	451	16,0	792	381
Quintiles de bien-être économique						
Le plus bas	15,6	1 725	4 531	16,6	822	2 125
Second	19,4	2 138	2 403	19,1	945	1 056
Moyen	21,1	2 333	1 552	23,0	1 140	684
Quatrième	21,9	2 412	1 239	22,2	1 096	534
Le plus élevé	22,0	2 428	949	19,1	946	370
Total 15–49	100,0	11 036	10 674	100,0	4 949	4 769
50–64	na	2 000	2 362	na	898	1 078
Ensemble 15–64	na	13 036	13 036	na	5 847	5 847

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

3.3 FÉCONDITÉ

Indice synthétique de fécondité

Nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme en fin de vie reproductive si elle avait des enfants aux taux de fécondité actuels par âge. Les taux de fécondité spécifiques par âge sont calculés pour la période des 3 années qui précèdent l'enquête, basés sur l'historique des naissances fourni par les femmes.

Échantillon : Femmes de 15–49 ans

Le **Tableau 3** ci-dessous, présente l'indice de fécondité (ISF) et les taux de fécondité spécifiques par âge des femmes par groupe d'âges quinquennal pour les 3 années ayant précédé l'enquête.

- Au Congo, le niveau de fécondité, mesuré par l'ISF, est estimé à 3,5. Ce qui signifie que, si les conditions de fécondité demeuraient inchangées, une femme aurait, en moyenne, 3,5 enfants au cours de sa vie génésique.
- Au Congo, la fécondité demeure plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain. Selon l'EDSC-III, l'ISF en milieu rural est de 5,3 enfants tandis qu'il est de 3,0 en milieu urbain.

Les taux de fécondité par groupe d'âges, faibles parmi les adolescentes (71 ‰ à 15–19 ans), augmentent rapidement pour atteindre un maximum de 164 ‰ chez les femmes de 25–29 ans ; ils diminuent ensuite mais gardent un niveau élevé jusqu'à 35–39 ans (111 ‰). Les femmes du milieu rural ont des taux de fécondité toujours plus élevés que celles du milieu urbain, cela quel que soit le groupe d'âges.

Tableau 3 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, indice synthétique de fécondité, taux global de fécondité générale et taux brut de natalité pour la période des 3 années ayant précédé l'enquête, par milieu de résidence, EDSC-III Congo 2025

Groupe d'âges	Résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
10–14	[1]	[4]	[1]
15–19	55	137	71
20–24	137	240	156
25–29	146	232	164
30–34	123	207	139
35–39	101	151	111
40–44	30	82	43
45–49	[8]	[12]	[9]
ISF (15–49)	3,0	5,3	3,5
TGFG	102	180	118
TBN	25,0	33,0	27,0

Notes : Les taux de fécondité par âge sont exprimés pour 1 000 femmes. Les taux entre parenthèses sont tronqués. Les taux correspondent à la période 1–36 mois précédant l'enquête. Les taux pour le groupe d'âges 10–14 ans sont basés sur des données rétrospectives provenant des femmes âgées de 15–17 ans.
ISF : Indice synthétique de fécondité exprimé pour une femme.
TGFG : Taux global de fécondité générale exprimé pour 1 000 femmes de 15–44 ans.
TBN : Taux brut de natalité exprimé pour 1 000 individus.

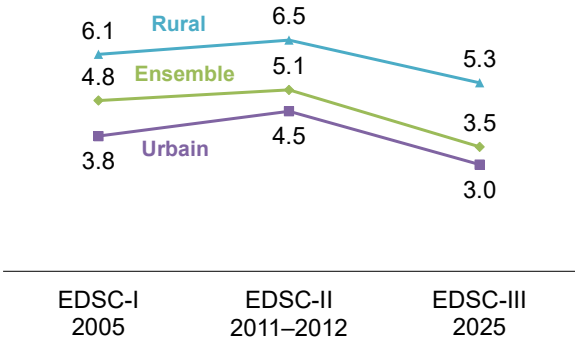
- Le taux global de fécondité générale (TGFG), qui mesure le nombre annuel moyen de naissances vivantes pour 1 000 femmes en âge de procréer, est estimé à 118 ‰. Ce taux est plus élevé en milieu rural (180 ‰) qu'en milieu urbain (102 ‰).

- Le taux brut de natalité (TBN) est estimé à 27 ‰ ; ce qui signifie qu'en moyenne, 27 naissances vivantes se produisent annuellement dans une population totale de 1 000 habitants, tous âges confondus.

Tendances : D'une manière générale, l'ISF a baissé entre les deux dernières enquêtes 2011–2012 et 2025, passant de 5,1 à 3,5 enfants par femme. Son niveau de 4,8 observés lors de la première enquête en 2005 semble être le reflet d'une légère sous-estimation de la fécondité. En effet, le très faible écart constaté entre l'estimation de l'enquête de 2005 (4,8 enfants par femme) et celle de 2011–2012 (5,1 enfants par femme) suggère plutôt que la fécondité serait restée constante entre 2005 et 2011–2012 (**Graphique 1**).

Graphique 1 **Tendances de la fécondité par milieu de résidence**

ISF pour les 3 années avant chaque enquête



3.4 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

Grossesse chez les adolescentes
Pourcentage de femmes de 15–19 ans qui ont déjà été enceintes.
Échantillon : Femmes de 15–19 ans

Bien que les données sur les grossesses parmi les adolescentes aient été collectées au cours des phases précédentes des enquêtes DHS, l'indicateur a changé et il n'est plus possible de présenter les tendances de la fécondité des adolescentes.

Le **Tableau 4** présente le pourcentage de femmes de 15–19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante, le pourcentage de celles ayant déjà eu une grossesse improductive et le pourcentage de celles qui sont actuellement enceintes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Près d'une femme de 15–19 ans sur cinq (18 %) a déjà été enceinte et dans 13 % des cas, les femmes de 15–19 ans ont déjà eu, au moins, une naissance vivante ; 4 % des femmes adolescentes ont eu, au moins, une grossesse n'ayant pas abouti à la naissance d'un enfant vivant et 4 % sont actuellement enceintes d'un premier enfant (**Tableau 4**).

Variations par caractéristique

- Le pourcentage de femmes âgées de 15–19 ans qui ont déjà été enceintes augmente rapidement avec l'âge, passant de 3 % à 15 ans, à 15 % à 17 ans et atteint 40 % à 19 ans.

- Le pourcentage de jeunes femmes de 15–19 ans ayant déjà été enceintes est beaucoup plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (30 % contre 15 %).

- Le pourcentage de femmes âgées de 15–19 ans qui ont déjà été enceintes diminue avec le niveau d'instruction de la femme. Il passe de 44 % chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction à 32 % chez celles ayant le niveau primaire pour se situer à 12 % parmi celles ayant le niveau d'instruction secondaire 2nd cycle.

- Le pourcentage de femmes âgées de 15–19 ans ayant déjà été enceintes est plus élevé dans les départements du Congo-Oubangui (42 %), du Djoué-Léfini (40 %), de la Cuvette-Ouest (35 %), de la Lékoumou (34 %) et du Nkéni-Alima (34 %) et plus faible à Brazzaville (14 %) et dans le Kouilou (15 %).

Tableau 4 Fécondité des adolescentes

Pourcentage de femmes de 15–19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante, pourcentage ayant déjà eu une grossesse improductive, pourcentage qui sont actuellement enceintes et pourcentage ayant déjà été enceintes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Congo 2025

	Pourcentage de femmes de 15–19 ans qui :				
Caractéristique sociodémographique	Ont déjà eu une naissance vivante	Ont déjà eu une grossesse improductive[1]	Sont actuellement enceintes	Ont déjà été enceintes	Effectif de femmes
Âge					
15	1,7	0,0	1,0	2,7	506
16	5,1	2,3	1,6	8,8	528
17	7,9	3,3	5,1	14,5	462
18	16,4	6,5	5,8	25,5	507
19	33,1	6,5	7,3	40,4	463
Résidence					
Urbain	10,2	3,4	3,3	15,1	1 984
Rural	22,0	4,7	7,2	29,9	482
Département					
Kouilou	8,4	2,9	5,6	14,6	36
Niari	13,1	4,4	2,2	17,6	140
Lékoumou	25,5	3,4	9,6	34,2	35
Bouenza	13,0	5,3	4,3	18,9	164
Pool	21,0	5,0	4,9	26,9	53
Plateaux	21,7	1,2	3,1	24,4	24
Cuvette	13,8	1,7	5,4	19,5	63
Cuvette-Ouest	24,3	0,5	15,3	35,3	23
Sangha	24,2	8,2	5,7	32,0	43
Likouala	21,2	2,7	5,8	26,5	104
Brazzaville	11,2	1,7	2,5	14,4	1 001
Pointe-Noire	8,5	5,9	4,7	16,0	689
Djoué Léfini	29,0	3,3	14,3	39,8	18
Nkéni-Alima	23,5	3,4	10,3	33,9	37
Congo-Oubangui	28,8	9,4	8,0	42,1	36
Niveau d'instruction					
Aucun	38,9	3,9	3,7	43,9	42
Primaire	23,7	4,8	6,0	31,6	227
Secondaire 1er cycle	13,6	4,5	5,3	20,2	1 232
Secondaire 2nd cycle	7,8	2,5	2,2	11,5	906
Supérieur	*	*	*	*	59
Quintiles de bien-être économique					
Le plus bas	23,8	4,6	6,7	31,3	362
Second	15,6	3,3	4,0	20,5	500
Moyen	17,7	3,2	5,6	24,5	504
Quatrième	4,7	3,1	2,9	9,3	522
Le plus élevé	5,4	4,2	2,2	9,7	579
Ensemble	12,5	3,7	4,1	18,0	2 466

Note : Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.
[1] Grossesse n'ayant pas abouti à la naissance d'un enfant vivant. Inclut les mort-nés, les fausses-couches ou les avortements.

3.5 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Désir d'avoir un autre enfant

On a demandé aux femmes si elles souhaitaient plus d'enfants et, si oui, combien de temps elles voulaient attendre avant la naissance du prochain enfant. On considère que les femmes qui sont stérilisées ne veulent plus d'enfants.

Échantillon : les femmes de 15–49 ans actuellement en union

Le **Tableau 5** présente les préférences en matière de fécondité parmi les femmes de 15-49 ans actuellement en union par nombre d'enfants vivants.

- Au Congo, environ trois femmes de 15–49 ans sur dix, actuellement en union (29 %), ne souhaitent plus d'enfants ou sont stérilisées.

- Par ailleurs, plus d'une femme de 15–49 ans actuellement en union sur deux (55 %) souhaite avoir un enfant ou un enfant supplémentaire : 19 % le voudraient dans les deux prochaines années, 30 % souhaitent attendre deux ans ou plus avant la naissance désirée et 6 % ne savent pas quand elles souhaitent cet enfant.

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

Répartition (en %) des femmes de 15–49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants, selon le nombre d'enfants vivants, EDSC-III Congo 2025

	Nombre d'enfants vivants[1]							
Désir d'enfants	0	1	2	3	4	5	6+	Ensemble
Veut un autre bientôt[2]	51,8	27,2	20,5	17,8	13,4	10,8	5,6	18,5
Veut un autre plus tard[3]	19,7	45,0	41,2	32,1	20,0	14,9	10,2	29,5
Veut un autre, NSP quand	6,9	9,4	7,7	6,3	3,6	2,9	0,7	5,7
Indécise	11,4	9,9	17,1	18,9	21,5	26,2	16,8	17,7
Ne veut plus d'enfant	1,1	4,6	8,7	18,2	31,1	34,0	54,6	20,9
Stérilisé[4]	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1	0,5	0,8	0,3
S'est déclarée stérile	9,1	3,9	4,7	6,1	10,3	10,7	11,4	7,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	203	881	1 118	974	817	569	566	5 128

[1] Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle de la femme.
[2] Veut une autre naissance dans les 2 ans.
[3] Veut espacer la prochaine naissance de 2 ans ou plus.
[4] Y compris la stérilisation féminine et masculine.

Tendances : Dans l'ensemble, entre 2005 (19 %) et 2011–2012 (18 %), la proportion de femmes actuellement en union ne désirant plus d'enfants n'a pratiquement pas changé. Par contre, entre 2011–2012 et 2025, cette proportion a nettement augmenté, celle-ci étant passée, de 18 % à 29 %.

3.6 PLANIFICATION FAMILIALE

3.6.1 Utilisation contraceptive

Prévalence contraceptive

Pourcentage de femmes qui utilisent une méthode contraceptive.

Échantillon : Femmes de 15–49 ans actuellement en union et femmes de 15–49 ans non en union sexuellement actives

Méthodes modernes

Incluent la stérilisation féminine et masculine, les injectables, les dispositifs intra-utérins (DIU), les pilules contraceptives, les implants, les condoms féminins et masculins, la contraception d'urgence, la méthode des Jours fixes, et la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

Le **Tableau 6** présente l'utilisation contraceptive parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes non en union, sexuellement actives.

- Au Congo, 24 % des femmes de 15–49 ans en union utilisaient n'importe quelle méthode, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive, principalement une méthode moderne (16 %). Seulement 9 % des femmes actuellement en union utilisaient une méthode traditionnelle.

- La prévalence de la contraception est nettement plus élevée parmi les femmes non en union et sexuellement actives (40 % pour toutes les méthodes et 31 % pour les méthodes modernes).

- Les méthodes contraceptives modernes les plus utilisées par les femmes en union sont les condoms masculins (8 %), les injectables (2 %) et les pilules (2 %).

Tableau 6 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes de 15–49 ans actuellement en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Congo 2025

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Une méthode moderne											Une méthode traditionnelle						
			Stérilisation féminine	DIU	Injectables	Implants	Pilule	Condom masculin	Condom féminin	Contraception d'urgence	MJF	MAMA	Autre	Une méthode traditionnelle	Rythme	Retrait	Autre	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
									FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION											
Nombre d'enfants vivants																				
0	11,7	9,3	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	5,8	0,2	0,4	0,0	0,0	0,2	2,4	1,3	1,0	0,1	88,3	100,0	312
1–2	27,0	18,7	0,0	0,2	3,2	1,3	1,4	10,5	0,0	0,4	0,2	0,1	1,5	8,3	2,6	5,1	0,6	73,0	100,0	1 983
3–4	24,1	16,0	0,3	0,4	2,6	1,8	2,8	6,9	0,1	0,2	0,2	0,1	0,6	8,2	3,0	4,6	0,5	75,9	100,0	1 743
5+	24,0	11,0	0,6	0,0	1,3	2,4	1,4	3,8	0,0	0,2	0,2	0,2	0,8	13,0	4,7	7,5	0,8	76,0	100,0	1 091
Âge																				
15–19	17,7	11,4	0,0	0,0	0,1	1,9	0,0	8,0	0,0	0,4	0,0	0,0	1,1	6,3	1,0	4,3	1,0	82,3	100,0	219
20–24	25,4	18,3	0,0	0,4	2,0	0,5	1,1	12,3	0,1	0,5	0,1	0,1	1,2	7,1	2,4	4,1	0,6	74,6	100,0	710
25–29	34,6	24,3	0,1	0,0	6,4	3,3	2,6	9,1	0,1	0,3	0,4	0,3	1,8	10,4	2,8	6,8	0,8	65,4	100,0	964
30–34	27,1	19,9	0,0	0,3	2,5	2,8	3,4	9,1	0,0	0,4	0,1	0,1	1,2	7,2	2,1	4,7	0,4	72,9	100,0	963
35–39	24,9	12,1	0,3	0,4	1,5	1,0	2,6	5,4	0,1	0,2	0,3	0,1	0,4	12,8	4,5	7,6	0,7	75,1	100,0	901
40–44	18,3	8,8	0,5	0,0	0,9	0,9	0,6	4,7	0,0	0,3	0,2	0,1	0,6	9,5	5,0	4,0	0,5	81,7	100,0	783
45–49	12,1	6,6	0,9	0,0	0,5	0,2	0,9	3,6	0,0	0,1	0,2	0,0	0,3	5,5	2,6	2,9	0,1	87,9	100,0	589
Résidence																				
Urbain	23,2	15,8	0,1	0,3	2,7	1,6	2,3	7,6	0,0	0,2	0,1	0,0	0,8	7,4	2,6	4,4	0,4	76,8	100,0	3 738
Rural	27,8	15,0	0,6	0,0	1,6	1,7	0,8	7,5	0,1	0,5	0,4	0,4	1,3	12,8	4,4	7,4	1,1	72,2	100,0	1 391
Département																				
Kouilou	26,1	14,8	0,6	0,0	2,6	2,3	0,8	6,3	0,0	0,8	0,2	0,4	0,9	11,2	4,4	3,4	3,4	73,9	100,0	89
Niari	32,5	17,1	0,5	0,0	1,3	0,7	1,2	10,1	0,0	1,1	0,0	0,0	2,2	15,5	6,1	7,2	2,2	67,5	100,0	260
Lékoumou	15,8	13,1	2,8	0,0	0,6	3,5	0,7	4,1	0,0	0,3	0,0	0,0	1,2	2,7	1,4	1,1	0,2	84,2	100,0	102
Bouenza	34,9	22,0	0,9	0,0	1,4	2,4	1,0	9,9	0,4	0,7	0,0	0,0	5,3	13,0	4,4	7,6	1,0	65,1	100,0	370
Pool	38,1	20,6	0,6	0,0	3,4	4,1	3,1	5,7	0,3	0,0	0,4	2,2	0,8	17,5	5,5	7,8	4,2	61,9	100,0	147
Plateaux	41,7	21,7	0,5	0,0	2,2	1,8	0,5	14,1	0,0	0,0	0,2	1,0	1,4	20,0	11,9	7,2	0,9	58,3	100,0	83
Cuvette	30,1	13,6	0,4	0,0	1,6	1,0	1,2	7,8	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	16,5	3,1	12,8	0,6	69,9	100,0	117
Cuvette-Ouest	32,2	16,4	0,3	0,0	0,0	1,5	1,2	11,3	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	15,8	7,5	8,3	0,0	67,8	100,0	61
Sangha	24,9	19,7	0,0	0,0	1,5	3,3	1,0	12,5	0,0	1,2	0,0	0,0	0,2	5,3	1,8	3,4	0,0	75,1	100,0	138
Likouala	13,3	8,1	0,0	0,0	1,2	0,6	0,2	4,0	0,0	0,4	1,2	0,5	0,0	5,2	1,4	3,9	0,0	86,7	100,0	219
Brazzaville	15,8	12,3	0,2	0,0	2,4	1,2	2,2	6,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	3,5	0,3	2,9	0,2	84,2	100,0	1 994
Pointe-Noire	31,6	20,4	0,0	0,8	3,5	2,0	3,0	9,4	0,0	0,2	0,0	0,0	1,5	11,2	5,1	5,8	0,2	68,4	100,0	1 251
Djoué Léfini	16,9	8,9	0,0	0,0	2,7	1,3	0,4	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	8,1	2,1	5,5	0,4	83,1	100,0	71
Nkéni-Alima	37,2	9,0	0,0	0,0	1,1	0,5	0,6	5,0	0,2	1,5	0,0	0,0	0,0	28,2	8,0	19,8	0,4	62,8	100,0	110
Congo-Oubangui	23,7	8,0	0,0	0,0	2,0	0,8	0,0	3,1	0,0	1,8	0,0	0,0	0,3	15,7	9,0	6,7	0,0	76,3	100,0	116

À suivre…

Tableau 6—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Une méthode moderne											Une méthode traditionnelle						
			Stérilisation féminine	DIU	Injectables	Implants	Pilule	Condom masculin	Condom féminin	Contraception d'urgence	MJF	MAMA	Autre	Une méthode traditionnelle	Rythme	Retrait	Autre	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
Niveau d'instruction																				
Aucun	19,1	12,3	0,8	0,0	3,7	0,7	2,3	2,9	0,2	0,1	0,1	0,0	1,4	6,9	1,4	5,1	0,4	80,9	100,0	380
Primaire	27,8	14,3	0,3	0,8	1,5	2,4	1,1	6,2	0,1	0,5	0,1	0,3	0,9	13,6	5,7	6,9	1,0	72,2	100,0	841
Secondaire 1er cycle	22,3	14,0	0,3	0,1	2,2	1,6	1,5	6,6	0,0	0,2	0,2	0,1	1,2	8,3	3,1	4,6	0,6	77,7	100,0	2 248
Secondaire 2nd cycle	26,7	18,6	0,0	0,0	3,5	1,4	2,0	10,6	0,0	0,3	0,1	0,1	0,7	8,2	2,2	5,5	0,5	73,3	100,0	1 310
Supérieur	27,3	20,8	0,0	0,0	0,3	1,8	6,5	10,3	0,0	0,9	0,9	0,0	0,1	6,5	2,3	4,2	0,0	72,7	100,0	349
Quintiles de bien-être économique																				
Le plus bas	26,8	13,5	0,6	0,0	1,2	1,6	1,0	6,5	0,2	0,4	0,4	0,4	1,2	13,2	4,5	7,7	1,1	73,2	100,0	986
Second	25,8	15,8	0,1	0,0	2,7	1,5	1,2	7,7	0,0	0,4	0,2	0,1	1,9	10,0	3,5	5,8	0,7	74,2	100,0	873
Moyen	26,1	18,7	0,2	1,0	3,2	3,2	1,9	8,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,8	7,4	2,9	4,1	0,4	73,9	100,0	1 025
Quatrième	20,9	11,6	0,1	0,0	0,9	1,0	1,7	6,8	0,0	0,1	0,0	0,1	0,9	9,3	3,4	5,2	0,7	79,1	100,0	1 094
Le plus élevé	23,3	18,0	0,3	0,0	3,8	0,9	3,5	8,7	0,0	0,3	0,3	0,0	0,2	5,3	1,6	3,7	0,0	76,7	100,0	1 150
Ensemble	24,4	15,5	0,3	0,2	2,4	1,6	1,9	7,5	0,0	0,3	0,2	0,1	1,0	8,9	3,1	5,2	0,6	75,6	100,0	5 128
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES[1]																				
Résidence																				
Urbain	40,2	31,1	0,1	0,0	1,4	2,9	5,1	18,3	0,0	1,1	0,3	0,0	2,1	9,1	3,7	4,9	0,5	59,8	100,0	1 190
Rural	41,1	27,1	0,0	0,0	1,6	0,8	1,1	19,8	0,1	1,8	0,2	0,4	1,3	14,0	7,2	5,0	1,8	58,9	100,0	227
Ensemble	40,4	30,5	0,1	0,0	1,4	2,5	4,5	18,5	0,0	1,2	0,3	0,1	1,9	9,9	4,3	4,9	0,7	59,6	100,0	1 417

Note : Si plus d'une méthode a été utilisée, seule la méthode la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.
MJF = Méthode des Jours Fixes.
MAMA = Méthode de l'Aménorrhée et de l'Allaitement Maternel.
[1] Concerne les femmes qui ont eu des rapports sexuels dans les 30 jours précédant l'interview.

Tendances : Chez les femmes de 15–49 ans en union, on note une diminution progressive de la prévalence contraceptive traditionnelle, celle-ci étant passée de 25 % en 2011–2012 à 9 % en 2025. Par contre, la prévalence des méthodes modernes a connu une augmentation entre 2005 (13%) et 2011–2012 (20%) ; tendance qui s'est inversée depuis cette date puisque qu'en 2025 la prévalence n'est que de 16 %.

3.6.2 Besoins et demande en planification familiale

Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes qui (1) ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum, qui sont considérées comme étant fécondes et qui veulent retarder la venue d'un prochain enfant après 2 années ou plus ou qui ne veulent plus d'enfant mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive, ou (2) dont la grossesse actuelle a été mal planifiée ou non souhaitée, ou (3) qui sont en aménorrhée post-partum et dont la dernière naissance des 2 dernières années était mal planifiée ou non désirée.

Besoins satisfaits en matière de planification familiale

Utilisation contraceptive actuelle (Une méthode)

Échantillon : Femmes de 15–49 ans actuellement en union et femmes de 15–49 ans non en union et sexuellement actives

Demande en planification familiale :	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale + besoins satisfaits (utilisation actuelle d'une méthode de contraception)
Proportion de demande satisfaite :	Utilisation contraceptive actuelle (une méthode) / Besoins non satisfaits + utilisation contraceptive actuelle (une méthode)
Proportion de demande satisfaite par les méthodes modernes :	Utilisation contraceptive actuelle (une méthode moderne) / Besoins non satisfaits + utilisation contraceptive actuelle (une méthode)

Le **Tableau 7** présente les données concernant les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, les besoins qui sont satisfaits et la demande totale en planification familiale parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes non en union et sexuellement actives. Ces indicateurs permettent d'évaluer dans quelle mesure les programmes de planification familiale au Congo répondent à la demande de services de planification familiale.

- Un peu plus d'un tiers des femmes actuellement en union (34 %) ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.
- Environ un quart des femmes en union (24 %) ont des besoins satisfaits en matière de planification familiale, c'est-à-dire qu'elles utilisent la contraception.
- Globalement, la demande totale en planification familiale s'élève à 58 %. Cette demande en planification familiale est satisfaite à hauteur de 42 % dont 27 % par des méthodes modernes.
- La demande totale en planification familiale des femmes non en union et sexuellement actives est nettement plus élevée que celle des femmes en union (86 % contre 58 %).
- Plus de deux femmes non en union et sexuellement actives sur cinq (45 %) ont des besoins non satisfaits tandis que 40 % d'entre elles utilisent une méthode quelconque de contraception.

Variations par caractéristique

- Dans les départements, c'est dans la Likouala (48 %), le Congo-Oubangui (45 %) et la Lékoumou (45 %) que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes actuellement en union sont les plus élevés ; les plus faibles sont enregistrés dans les régions du Nkéni-Alima (23 %) et des Plateaux (25 %).

- Le pourcentage de femmes non en union et sexuellement actives ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est légèrement plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (45 % contre 44 %).

Tableau 7 Besoin et demande pour des services de planification familiale parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives

Pourcentage de femmes de 15–49 ans, actuellement en union et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale; pourcentage ayant des besoins satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage ayant des besoins satisfaits par des méthodes modernes; pourcentage de demande en planification familiale; pourcentage de demande en planification familiale satisfaite et pourcentage de demande en planification familiale satisfaite par des méthodes modernes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Congo 2025

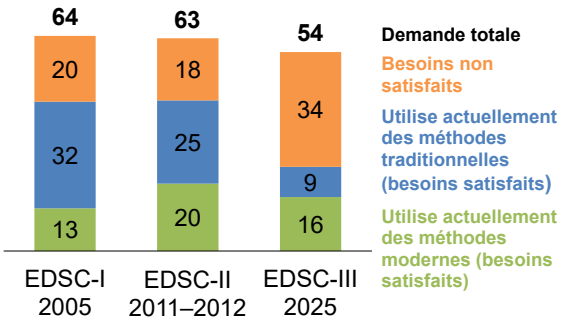
Caractéristique sociodémographique	Besoins non satisfaits en planification familiale	Besoins satisfaits en planification familiale (utilisation actuelle)		Demande totale en planification familiale[3]	Effectif de femmes	Pourcentage de demande satisfaite[1]	
		Toutes méthodes	Méthodes modernes[2]			Toutes méthodes	Méthodes modernes[2]
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION							
Âge							
15–19	57,1	17,7	11,4	74,8	219	23,7	15,3
20–24	47,7	25,4	18,3	73,1	710	34,7	25,0
25–29	42,7	34,6	24,3	77,3	964	44,8	31,4
30–34	32,4	27,1	19,9	59,5	963	45,6	33,5
35–39	34,0	24,9	12,1	59,0	901	42,3	20,6
40–44	23,5	18,3	8,8	41,8	783	43,8	21,0
45–49	8,9	12,1	6,6	21,1	589	57,5	31,2
Résidence							
Urbain	33,1	23,2	15,8	56,3	3 738	41,2	28,0
Rural	35,5	27,8	15,0	63,4	1 391	43,9	23,7
Département							
Kouilou	28,6	26,1	14,8	54,7	89	47,7	27,1
Niari	29,4	32,5	17,1	62,0	260	52,5	27,6
Lékoumou	45,4	15,8	13,1	61,2	102	25,9	21,5
Bouenza	31,7	34,9	22,0	66,7	370	52,4	32,9
Pool	26,8	38,1	20,6	64,9	147	58,7	31,7
Plateaux	25,1	41,7	21,7	66,8	83	62,5	32,4
Cuvette	31,9	30,1	13,6	62,0	117	48,5	21,9
Cuvette-Ouest	27,5	32,2	16,4	59,7	61	54,0	27,5
Sangha	37,6	24,9	19,7	62,6	138	39,9	31,5
Likouala	47,8	13,3	8,1	61,1	219	21,8	13,2
Brazzaville	36,3	15,8	12,3	52,1	1 994	30,3	23,6
Pointe-Noire	29,0	31,6	20,4	60,7	1 251	52,1	33,6
Djoué Léfini	41,4	16,9	8,9	58,3	71	29,0	15,2
Nkéni-Alima	22,6	37,2	9,0	59,8	110	62,2	15,1
Congo-Oubangui	44,7	23,7	8,0	68,4	116	34,7	11,7
Niveau d'instruction							
Aucun	40,1	19,1	12,3	59,2	380	32,3	20,7
Primaire	28,3	27,8	14,3	56,1	841	49,6	25,4
Secondaire 1er cycle	36,0	22,3	14,0	58,4	2 248	38,2	24,0
Secondaire 2nd cycle	32,5	26,7	18,6	59,2	1 310	45,1	31,3
Supérieur	29,8	27,3	20,8	57,1	349	47,8	36,5
Quintiles de bien-être économique							
Le plus bas	36,8	26,8	13,5	63,6	986	42,1	21,3
Second	40,9	25,8	15,8	66,7	873	38,7	23,7
Moyen	38,4	26,1	18,7	64,5	1 025	40,5	29,0
Quatrième	28,8	20,9	11,6	49,7	1 094	42,0	23,3
Le plus élevé	26,2	23,3	18,0	49,5	1 150	47,1	36,3
Ensemble	33,7	24,4	15,5	58,2	5 128	42,0	26,7
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES[4]							
Résidence							
Urbain	45,3	40,2	31,1	85,6	1 190	47,0	36,4
Rural	44,3	41,1	27,1	85,4	227	48,2	31,8
Ensemble	45,2	40,4	30,5	85,6	1 417	47,2	35,7

Note : Les valeurs figurant dans ce tableau sont basées sur la définition révisée des besoins non satisfaits décrite dans Bradley et al., 2012.
[1] Le pourcentage de demande satisfaite équivaut aux besoins satisfaits divisé par la demande totale.
[2] Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, le DIU, les injectables, les implants, la pilule le condom masculin, le condom féminin, la contraception d'urgence, la méthode des jours fixes (MJF) et la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et d'autres méthodes modernes.
[3] La demande totale équivaut à la somme des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits.
[4] Concerne les femmes qui ont eu des rapports sexuels dans les 30 jours ayant précédé l'interview.

- La demande totale en matière de planification familiale des femmes actuellement en union qui était restée relativement stable entre 2005 et 2011–2012 a connu une baisse relativement importante entre 2011–2012 et 2025, passant de 63 % à 54 % (**Graphique 2**). Cette importante baisse résulte probablement d'une diminution de l'utilisation de la contraception moderne dans cette période (de 20 % à 16 %)

Graphique 2 **Tendances de l'utilisation contraceptive, des besoins et de la demande en matière de planification familiale**

Pourcentage de femmes de 15–49 ans actuellement en union



3.7 MORTALITÉ DES ENFANTS

Les informations sur les niveaux et les tendances de la mortalité infantile et juvénile sont pertinentes pour évaluer la situation socio-économique et démographique de la population d'un pays. Elles constituent un indicateur important du niveau de développement socio-économique et de la qualité de vie d'un pays. Elles peuvent aussi permettre d'identifier les enfants qui courent des risques élevés de mortalité et de mettre en place des stratégies pour réduire ces risques, telles que la promotion de l'espacement des naissances et la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile.

L'estimation de la mortalité infantile et juvénile est l'un des principaux objectifs de l'EDSC-III. Cinq indicateurs ont été calculés :

Mortalité néonatale (NN) : Probabilité de décéder avant d'atteindre un mois.

Mortalité post néonatale (PNN) : Probabilité de décéder entre le premier mois et le premier anniversaire (calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale).

Mortalité infantile ($_1q_0$) : Probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire.

Mortalité juvénile ($_4q_1$) : Probabilité de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire.

Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$) : Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire.

Le **Tableau 8** présente les estimations pour trois périodes successives de 5 ans ayant précédé l'EDSC-III. Les taux sont estimés directement à partir des informations collectées dans l'historique des grossesses sur la date de naissance des enfants, l'état de survie et l'âge au décès pour les enfants décédés.

- Pour la période des cinq années (2021–2025) précédant l'EDSC-III, le risque de mortalité infantile est estimé à 36 décès pour 1000 naissances vivantes, ce qui signifie qu'un enfant sur 28 décède avant d'atteindre son premier anniversaire.

- S'agissant des composantes de cette mortalité infantile, elles se situent à 25‰ pour la mortalité néonatale (avant l'âge exact d'un mois) et à 11‰ pour la mortalité post-néonatale (entre un mois et le premier anniversaire). Par ailleurs, le risque de mortalité juvénile est estimé à 18‰, correspondant aux décès survenant entre le premier et le cinquième anniversaire.

- Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile s'établit à 53‰, ce qui signifie qu'un enfant sur dix-neuf n'atteint pas son cinquième anniversaire.

Tableau 8 Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans

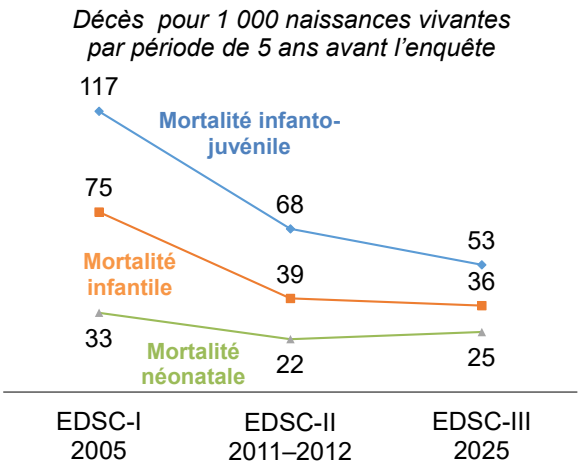
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de 5 ans ayant précédé l'enquête, EDSC-III Congo 2025

Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)[1]	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
0–4	25	11	36	18	53
5–9	12	9	21	15	36
10–14	11	8	19	16	35

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

Le **Graphique 3** présente les tendances des quotients de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile depuis l'EDSC-I de 2005. À l'instar de la fécondité, les niveaux observés lors de cette première enquête semblent avoir été sous-estimés, probablement en raison d'omissions de décès précoces. Au fil des enquêtes, une baisse globale de la mortalité des enfants est observée. Toutefois, cette évolution reste différenciée selon les composantes. La mortalité néonatale diminue modérément, passant de 33‰ en 2011–2012 à 25‰ en 2025. En revanche, les baisses sont plus marquées pour la mortalité infantile (de 75‰ à 36‰) et infanto-juvénile (de 117‰ à 53‰), traduisant des progrès plus importants après la période néonatale.

***Graphique 3* Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans**



3.8 SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE

3.8.1 Soins prénatals

Soins prénatals par un prestataire qualifié

Soins reçus durant la grossesse dispensée par des prestataires qualifiés, comme les médecins, les infirmières et les sages-femmes.

Échantillon : Toutes les femmes de 15–49 ans qui ont eu une naissance vivante ou un mort-né dans les 2 années ayant précédé l'enquête.

Des soins appropriés durant la grossesse et l'accouchement sont essentiels pour assurer la bonne santé de la mère et de l'enfant. Les soins prénatals dispensés par un prestataire qualifié permettent de suivre le déroulement de la grossesse et de réduire les risques de morbidité et de mortalité, tant pendant la grossesse qu'au moment de l'accouchement et durant la période postnatale.

Jusqu'en 2015, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommandait à chaque femme enceinte d'effectuer au moins 4 visites prénatales, dont la première au cours du premier trimestre de la grossesse (entre 8 et 16 semaines d'aménorrhée). Plus récemment, l'OMS a révisé ses recommandations et préconise désormais au moins 8 contacts avec un prestataire qualifié, le premier devant intervenir avant la douzième semaine.

Il ressort du **Tableau 9** que, parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête, près de quatre sur cinq (78 %) ont effectué au moins 4 visites prénatales. Par ailleurs, la grande majorité des femmes (92 %) ont bénéficié de soins prénatals dispensés par du personnel de santé qualifié, notamment des médecins, des infirmiers/infirmières et des sages-femmes.

Variations par caractéristique

- Le recours à au moins 4 visites prénatales varie selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes. Il est légèrement plus faible chez les femmes âgées de moins de 20 ans à la naissance de l'enfant et chez celles âgées de 35–49 ans que chez les femmes de 20–34 ans (72 %–73 % contre 80 %). On observe également un écart marqué selon le milieu de résidence : 85 % des femmes du milieu urbain ont effectué au moins 4 visites prénatales contre 62 % en milieu rural. Par ailleurs, ce recours augmente de manière importante avec le niveau d'instruction, passant de 56 % chez les femmes sans niveau d'instruction à 78 % chez celles de niveau secondaire 1er cycle et à 93 % chez celles de niveau supérieur.

3.8.2 Vaccination antitétanique

Protection contre le tétanos néonatal

Le nombre d'injections antitétaniques nécessaires pour éviter que le nouveau-né contracte le tétanos dépend des vaccinations reçues par la mère. Une naissance est considérée comme protégée du tétanos néonatal si la mère a reçu l'une des combinaisons suivantes :

- Deux injections de vaccin antitétanique reçues au cours de la grossesse
- Deux injections ou plus, la dernière ayant été reçue dans les 3 années avant la naissance
- Trois injections ou plus, la dernière ayant été reçue dans les 5 années avant la naissance
- Quatre injections ou plus, la dernière ayant été reçue dans les 10 années avant la naissance
- Cinq injections ou plus à n'importe quel moment avant la naissance.

Échantillon : Dernières naissances vivantes des femmes de 15–49 ans qui ont eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête.

Les injections d'anatoxine tétanique sont effectuées pendant la grossesse pour prévenir le tétanos néonatal, une cause majeure de décès précoces d'enfants dans de nombreux pays en développement, souvent dû à un non-respect des procédures d'hygiène durant l'accouchement. Les résultats relatifs à la vaccination antitétanique des femmes de 15–49 ans ayant eu des naissances au cours des deux années ayant précédé l'enquête sont présentés dans le **Tableau 9**.

- Pour 65 % des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête, la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal.

Variations par caractéristique

Les résultats selon le milieu de résidence indiquent que la proportion de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal est plus élevée en milieu urbain (71 %) qu'en milieu rural (52 %).

Selon le département, les niveaux les plus élevés sont observés à Brazzaville (77 %), à Pointe-Noire (64 %), dans le Pool (62 %), ainsi que dans le Nkéni-Alima (61 %). À l'opposé, les niveaux les plus faibles sont enregistrés dans la Likouala (42 %) et la Cuvette-Ouest (40 %).

Par ailleurs, la couverture vaccinale contre le tétanos néonatal s'améliore avec le niveau d'instruction des femmes.

Tableau 9 Indicateurs des soins de santé maternelle

Parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé qualifié pour la naissance vivante la plus récente ou l'enfant mort/né, pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus pour la naissance vivante la plus récente ou l'enfant mort-né, pourcentage ayant pris des suppléments contenant du fer pendant la grossesse de la naissance vivante la plus récente ou d'un mort-né, et pourcentage dont la naissance vivante la plus récente a été protégée contre le tétanos néonatal; parmi toutes les naissances vivantes et tous les mort-nés ayant eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant été assisté par un prestataire de santé qualifié et pourcentage dont l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé; parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours après la naissance, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Congo 2025

	Femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête					Naissances vivantes et mort-nés ayant eu lieu au cours des 2 années ayant précédé l'enquête			Femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé qualifié[1]	Pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus	Pourcentage ayant pris des suppléments contenant du fer pendant la grossesse[2]	Pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal[3]	Effectif de femmes	Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un prestataire de santé qualifié[1]	Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé	Effectif de naissances	Pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours après la naissance[4]	Effectif de femmes
NAISSANCES VIVANTES										
Âge de la mère à la naissance										
<20	91,4	71,6	86,6	64,3	331	95,1	92,5	346	55,2	331
20–34	92,4	80,3	88,5	65,2	1 481	95,4	92,9	1 533	59,8	1 481
35–49	89,5	72,9	85,0	63,3	398	94,5	91,5	416	59,9	398
Résidence										
Urbain	96,1	84,9	93,3	70,7	1 520	99,0	97,9	1 566	68,8	1 520
Rural	82,1	61,6	75,0	51,5	690	87,0	81,1	729	37,9	690
Département										
Kouilou	86,0	77,6	81,8	58,7	36	91,6	86,9	39	57,1	36
Niari	87,6	69,6	82,2	58,8	125	90,7	79,5	133	47,2	125
Lékoumou	63,4	41,4	67,4	45,7	49	78,7	74,4	51	31,7	49
Bouenza	89,2	65,6	80,5	59,6	156	94,8	91,2	161	44,7	156
Pool	91,9	75,7	89,2	62,2	63	97,6	97,2	68	44,6	63
Plateaux	82,9	70,4	80,2	57,8	39	87,7	83,4	42	33,6	39
Cuvette	86,1	74,8	79,2	55,5	58	98,2	97,3	61	52,0	58
Cuvette-Ouest	86,9	72,7	72,9	40,4	29	91,3	89,8	31	20,2	29
Sangha	87,2	58,1	81,2	59,1	60	90,7	88,3	62	45,7	60
Likouala	76,2	47,1	65,4	41,9	141	76,6	71,9	150	28,5	141
Brazzaville	96,5	85,8	94,3	76,7	873	100,0	98,7	896	76,4	873
Pointe-Noire	96,4	88,2	93,6	63,6	436	98,2	98,2	453	61,4	436
Djoué Léfini	86,5	73,2	73,5	45,7	32	93,5	90,5	33	50,3	32
Nkéni-Alima	89,6	77,3	87,8	60,5	50	92,6	90,5	51	51,9	50
Congo-Oubangui	88,9	66,7	79,4	46,2	62	86,2	69,9	66	33,6	62
Niveau d'instruction de la mère										
Aucun	73,4	56,1	69,5	47,3	171	79,7	74,9	177	45,1	171
Primaire	81,8	62,1	74,7	54,0	318	89,3	83,4	330	44,2	318
Secondaire 1er cycle	93,1	77,5	89,5	62,9	951	96,2	93,3	982	59,4	951
Secondaire 2nd cycle	97,8	87,9	93,7	74,9	608	99,7	99,2	634	63,6	608
Supérieur	99,7	93,1	97,3	76,3	163	100,0	100,0	173	85,1	163
Quintiles de bien-être économique										
Le plus bas	78,7	56,4	70,8	47,6	518	84,3	77,1	548	34,5	518
Second	90,7	72,7	87,4	62,0	444	96,3	93,4	456	57,9	444
Moyen	95,7	86,8	93,2	73,9	484	98,6	97,3	502	61,2	484
Quatrième	97,4	83,0	95,0	73,2	394	99,8	99,8	399	78,6	394
Le plus élevé	99,9	95,6	95,9	71,1	371	100,0	100,0	391	71,7	371
Ensemble	91,7	77,6	87,6	64,7	2 210	95,2	92,6	2 296	59,2	2 210
MORT-NÉS										
Ensemble	(87,5)	(50,9)	(65,9)	na	32	(97,5)	(94,0)	32	(42,3)	32
NAISSANCES VIVANTES ET MORT-NÉS[5]										
Ensemble	91,7	77,3	87,3	na	2 241	95,2	92,6	2 328	58,9	2 241

Notes : Si plus d'un prestataire de santé a été mentionné, seul celui ayant les qualifications les plus élevées est pris en compte dans ce tableau. Les mort-nés sont des décès fœtaux qui se sont produits après une grossesse de 28 semaines ou plus. Quand la durée de la grossesse est déclarée en mois, les mort-nés sont des décès fœtaux qui se sont produits après une grossesse de 7 mois ou plus.
na = Non applicable
[1] Sont considérés comme des prestataires de santé qualifiés les médecins, sages-femmes, et infirmières.
[2] Comprimés de fer et sirop contenant du fer.
[3] Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance vivante ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 3 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 5 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 10 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.
[4] Y compris les femmes ayant reçu des soins effectués par un médecin, une sage-femme, une infirmière, un agent de santé communautaire ou une sage-femme traditionnelle.
[5] Pour les femmes ayant eu une naissance vivante et un enfant mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, les données sur les soins prénatals et postnatals sont calculées sur la naissance la plus récente seulement.

3.8.3 Soins à l'accouchement

Accouchements dans un établissement de santé

Accouchements qui se déroulent dans un établissement de santé.

Échantillon : Toutes les naissances vivantes et/ou les mort-nés ayant eu lieu dans les 2 années ayant précédé l'enquête.

Accouchements assistés par un prestataire de santé qualifié

Naissances dont l'accouchement s'est déroulé avec l'assistance de médecins, d'infirmiers/infirmières et de sages-femmes.

Échantillon : Toutes les naissances vivantes et/ou les mort-nés ayant eu lieu dans les 2 années ayant précédé l'enquête.

L'accès à des soins médicaux et à des conditions d'hygiène appropriés pendant l'accouchement peut réduire le risque de complications et d'infections qui peuvent causer le décès ou une grave maladie pour la mère et/ou le bébé (Van Lerberghe and De Brouwere 2001 ; WHO 2006a).

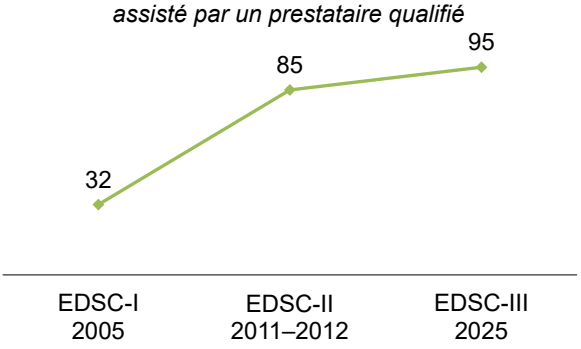
- Parmi les naissances vivantes et/ou mort-nés qui se sont produits au cours des deux années ayant précédé l'enquête, 93 % ont eu lieu dans un établissement de santé (**Tableau 9**). Par ailleurs, 95 % de ces naissances ont été assistées par un prestataire de santé qualifié.

Tendances de l'accouchement assisté par un prestataire qualifié

La comparaison des données des différentes EDS réalisées au Congo met en évidence une augmentation de la proportion de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire de santé qualifié sur la période 2005–2025. En effet, cette proportion est passée de 32 % en 2005 à 95 % en 2025 (**Graphique 4**).

Graphique 4 **Tendances de l'assistance à l'accouchement**

Pourcentage de naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 2 années avant l'enquête dont l'accouchement a été assisté par un prestataire qualifié



3.8.4 Soins postnatals de la mère

Une grande partie des décès maternels et néonatals surviennent au cours des premières 48 heures suivant l'accouchement. Il est, par conséquent, important que des soins postnatals soient rapidement dispensés à la mère et à l'enfant, afin de traiter les éventuelles complications liées à l'accouchement et de fournir des informations essentielles sur les bonnes pratiques de soins pour la mère et son nouveau-né. Les programmes de maternité sans risque recommandent ainsi d'examiner l'état de santé de toutes les femmes dans les 2 premiers jours qui suivent l'accouchement

- Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, 59 % ont reçu des soins postnatals dans les 2 premiers jours suivant l'accouchement (**Tableau 9**).

Variations par caractéristique

La proportion de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant l'enquête et ayant reçu des soins dans les 2 jours suivant l'accouchement est plus élevée en milieu urbain (69 %) qu'en milieu rural (38 %).

On observe également des écarts selon les départements : les proportions les plus élevées de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les 2 jours suivant l'accouchement, sont enregistrées à Brazzaville (76 %), à Pointe-Noire (61 %), ainsi que dans les départements du Kouilou (57 %), du Nkéni-Alima (52 %) et de la Cuvette (52 %). À l'inverse, les proportions les plus faibles sont observées dans la Likouala (29 %) et la Cuvette-Ouest (20 %).

3.9 COUVERTURE VACCINALE

Dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le ministère de la Santé et de la Population, les vaccins de routine pour les enfants comprennent le vaccin du Bassile de Calmette et Guérin (BCG) contre la tuberculose, le vaccin du DTC-HepB-Hib contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'Hépatite B et l'Haemophilus influenzae type b, le vaccin oral contre la polio (VPO), le vaccin conjugué contre le pneumocoque (pneumo), le vaccin contre le rotavirus (Rota), le vaccin anti rougeoleux/Rubéole et le vaccin contre la fièvre jaune (VAA). A ces vaccins s'ajoute la vitamine A. D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés à l'enfant au cours de sa première année. L'EDSC-III a collecté les informations sur la couverture vaccinale parmi les enfants nés au cours des 3 années précédant l'enquête.

Un indicateur souvent utilisé pour mesurer la couverture vaccinale est la proportion des enfants ayant reçu tous les vaccins de base. Conformément aux recommandations de l'OMS suivies par le Programme Élargi de Vaccination (PEV), on considère qu'un enfant a reçu tous les vaccins de base, s'il a reçu une dose du vaccin BCG, 3 doses de DTC-HepB-Hib, 3 doses du vaccin oral contre la polio (non compris le vaccin contre la polio donnée à la naissance), et une dose de vaccin antirougeoleux. La couverture vaccinale peut être aussi mesurée par la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge. En République du Congo, le PEV considère comme étant complètement vaccinés les enfants qui ont reçu le BCG, trois doses de chaque vaccin antipoliomyélitique et le vaccin contenant DTC-HepB-Hib, ainsi qu'une seule dose de vaccin antirougeoleux. Le vaccin du BCG est habituellement administré à la naissance ou lors du premier contact avec la clinique, alors que les vaccins contenant la polio et le DTC sont administrés à respectivement 6 semaines, 10 semaines et 14 semaines. Un premier vaccin contenant la rougeole devrait être administré à l'âge de 9 mois ou peu après cet âge.

Au cours de l'EDSC-III, les informations sur la couverture vaccinale ont été obtenues de deux façons : à partir des enregistrements écrits des vaccins reçus, y compris les carnets de vaccination ou les carnets de santé ou tout autre document comportant les vaccinations pour tous les enfants en possédant un et mis à la disposition des enquêtrices ; et à partir de la déclaration orale de la mère, pour tous les enfants en possédant un mais qui n'a pas pu être mis à la disposition des enquêtrices et pour tous ceux qui n'en possèdent pas.

Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants âgés de 12 à 23 mois qui devraient avoir déjà reçu tous leurs vaccins du PEV. Au Congo, 88 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG, 69 % ont reçu la dose de Polio 0 (à la naissance) et 65 % ont été vaccinés contre la rougeole.

Pour les vaccins à doses multiples, on note des déperditions entre la première et la troisième dose. De 84 % pour la première dose de DTC-HepB-Hib, la couverture passe à 57 % pour la troisième. En ce qui concerne le vaccin contre la Polio, le pourcentage passe de 79 % pour la première dose à 35 % pour la troisième. Pour le vaccin contre le pneumocoque, la couverture passe de 80 % pour la première dose à 55 % pour la troisième dose. Quant au vaccin contre le rotavirus, entre la première et la deuxième dose, le pourcentage passe de 79 % à 42 %.

Globalement, environ un enfant de 12–23 mois sur quatre (25%) a reçu tous les antigènes de base. À l'opposé, 11% des enfants de 12–23 mois n'ont reçu aucun vaccin (**Tableau 10**).

Tableau 10 Vaccinations selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12–23 mois et de 24–35 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère), pourcentage complètement vacciné (antigènes de base), pourcentage complètement vacciné (conformément au calendrier national), et pourcentage n'ayant reçu aucun vaccin, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Congo 2025

	Enfants de 12–23 mois																					Enfants de 24–35 mois			
			DTC-HepB-Hib			VPO[2]				VPI		Vaccin contre le pneumocoque			Vaccin contre le rotavirus										
Caractéristique sociodémographique	BCG	HepB (dose à la naissance)[1]	1	2	3	0 (Dose naissance)	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	3	Vaccin anti-rougeoleux 1ere dose	Complètement vacciné (antigènes de base)[3]	Complètement vacciné (conformément au calendrier national)[4]	Aucun vaccin	Effectif d'enfants	Vaccin anti-rougeoleux/rubéole 2ème dose	Vaccin contre la fièvre jaune	Complètement vacciné (conformément au calendrier national)[5]	Effectif d'enfants
Sexe																									
Masculin	88,6	57,3	84,7	75,8	57,7	65,8	81,9	67,6	36,2	75,1	13,1	79,9	70,3	53,7	78,5	67,6	41,9	64,9	24,2	6,4	10,4	538	33,2	61,0	6,3	549
Féminin	86,7	58,9	83,4	73,6	56,9	71,3	75,9	67,3	34,0	72,3	15,2	80,3	68,1	57,3	78,6	63,7	42,7	64,3	25,9	9,3	12,0	503	31,6	60,0	4,0	502
Rang de naissance																									
1	89,9	58,8	87,8	81,7	63,8	70,2	83,4	71,5	37,0	75,6	17,3	84,7	74,8	60,7	82,5	68,9	49,7	72,3	28,4	10,0	9,1	273	35,4	65,5	4,6	316
2–3	88,8	64,7	85,4	71,4	54,2	70,4	76,4	65,9	36,0	75,4	13,7	80,7	67,5	52,5	79,9	65,3	38,0	65,1	26,6	9,3	10,8	419	36,3	63,6	7,7	442
4–5	85,6	52,9	81,0	74,9	59,8	70,0	79,6	65,6	34,3	71,4	15,1	77,2	71,6	58,5	74,7	67,3	46,0	54,9	18,6	5,8	12,5	223	21,6	55,3	2,7	187
6+	83,3	43,7	76,8	70,8	49,7	55,7	77,2	67,3	29,7	68,7	6,5	73,0	58,8	48,4	72,4	57,6	33,8	63,1	23,7	1,4	14,7	127	27,0	42,1	0,9	105
Carnet de vaccination[6]																									
Vu	97,9	53,3	98,2	93,1	84,5	91,5	95,5	86,3	73,3	77,6	36,6	95,7	90,5	81,7	97,3	91,7	66,3	66,5	55,3	20,2	0,0	401	29,9	68,2	21,2	258
Non vu ou n'a plus de carnet	93,8	72,4	90,5	75,5	48,0	63,1	81,5	66,5	13,8	85,7	0,0	85,1	66,6	47,1	80,9	60,0	32,5	77,4	7,1	0,0	6,0	475	39,7	72,2	0,0	599
N'a jamais eu de carnet	45,6	28,5	31,3	28,1	18,3	28,0	32,1	24,5	3,7	30,5	0,0	28,0	25,2	15,5	26,5	19,3	11,9	23,2	2,9	0,0	53,1	166	13,4	14,5	0,0	195
Résidence																									
Urbain	93,4	66,2	92,7	83,1	66,3	76,4	85,7	76,5	40,2	84,0	18,5	89,8	77,7	64,8	89,7	75,8	54,3	75,3	28,7	10,5	5,9	693	38,9	74,1	7,0	736
Rural	76,5	41,8	67,0	58,1	39,6	52,8	65,7	49,4	25,1	53,3	5,2	60,8	52,4	36,8	56,5	45,6	18,4	43,3	17,6	2,3	21,7	348	17,5	28,8	0,9	315
Département																									
Kouilou	81,3	49,1	80,6	68,7	59,7	63,4	79,6	62,9	33,1	74,6	22,7	79,0	70,6	56,6	71,6	61,7	42,1	51,9	28,9	7,5	17,7	20	33,7	50,7	4,9	15
Niari	90,1	50,9	87,9	76,5	55,2	68,5	88,0	65,6	30,6	64,0	5,1	79,1	72,7	53,3	72,6	59,3	18,1	61,8	29,3	1,0	7,8	64	30,5	46,4	0,0	53
Lékoumou	62,9	54,5	56,8	47,5	37,0	50,7	53,2	38,7	19,0	39,3	2,7	56,1	48,2	31,3	51,0	44,6	21,9	34,1	8,7	1,0	36,0	28	25,4	31,9	0,0	22
Bouenza	90,4	41,8	80,4	72,8	56,9	67,4	80,9	66,3	40,2	54,5	1,4	76,3	69,5	57,7	73,0	61,7	17,3	53,8	26,9	0,0	7,9	87	21,7	34,4	0,0	72
Pool	96,3	50,4	91,0	84,0	58,7	66,8	81,5	69,3	40,1	78,9	4,1	79,6	69,1	51,3	83,6	72,5	22,6	60,0	24,4	2,7	0,0	35	24,1	44,0	3,0	30
Plateaux	87,5	50,2	82,3	71,6	58,2	62,0	84,1	67,0	48,8	66,9	10,1	76,1	64,4	52,2	69,4	57,5	29,8	58,2	32,2	2,7	11,6	21	24,4	33,9	2,6	19
Cuvette	86,5	79,8	83,1	75,6	50,7	71,7	77,7	56,6	24,1	73,2	6,9	83,8	72,1	54,6	76,3	58,7	27,0	62,8	15,8	6,9	13,5	27	31,7	52,0	4,0	26
Cuvette-Ouest	79,3	40,2	68,5	67,0	35,4	42,3	73,8	51,7	22,7	62,9	3,7	67,5	61,5	31,4	62,8	49,3	13,3	50,0	16,2	2,2	19,2	14	38,2	27,8	0,0	20
Sangha	62,8	34,2	47,7	32,2	25,0	43,4	43,9	24,2	5,3	33,3	6,7	46,4	28,9	21,6	45,1	28,1	11,9	31,0	6,5	2,7	34,8	27	14,3	27,0	1,6	28
Likouala	49,0	21,2	42,6	38,2	22,3	34,6	40,8	26,0	14,7	34,9	4,9	35,7	33,1	19,4	37,3	29,8	9,5	22,1	11,8	2,3	50,1	66	10,3	15,0	0,7	65
Brazzaville	95,1	78,1	93,9	81,5	58,5	69,5	83,6	74,7	32,3	87,5	16,6	90,9	71,8	54,5	89,5	71,6	47,6	84,6	26,1	13,1	4,9	374	40,1	77,8	9,0	438
Pointe-Noire	95,1	53,7	96,0	90,6	82,8	91,9	92,9	87,7	58,1	89,3	28,5	92,8	90,6	84,6	95,4	88,3	81,4	67,5	35,0	10,2	3,3	214	40,8	80,3	5,8	193
Djoué Léfini	82,3	64,8	71,3	53,7	43,0	59,2	63,7	43,3	18,2	68,9	13,4	65,8	51,4	41,6	58,0	43,2	31,2	53,0	15,4	10,4	16,4	19	(10,0)	(28,1)	(0,0)	11

À suivre…

Tableau 10—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	Enfants de 12–23 mois																					Enfants de 24–35 mois			
			DTC-HepB-Hib			VPO[2]				VPI		Vaccin contre le pneumocoque			Vaccin contre le rotavirus										
	BCG	HepB (dose à la naissance)[1]	1	2	3	0 (Dose naissance)	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	3	Vaccin anti-rougeoleux 1ere dose	Complètement vacciné (antigènes de base)[3]	Complètement vacciné (conformément au calendrier national)[4]	Aucun vaccin	Effectif d'enfants	Vaccin anti-rougeoleux/rubéole 2ème dose	Vaccin contre la fièvre jaune	Complètement vacciné (conformément au calendrier national)[5]	Effectif d'enfants
Nkéni-Alima	75,5	24,3	51,0	43,4	20,0	42,3	60,9	43,1	13,0	34,9	0,0	44,9	34,7	23,5	39,1	25,3	5,2	22,3	6,1	0,0	19,4	21	11,0	18,5	0,0	27
Congo-Oubangui	69,6	32,1	59,3	55,2	38,0	45,8	54,4	44,7	12,0	54,1	1,7	55,0	49,6	36,7	48,2	43,9	29,1	44,2	8,3	0,0	27,7	25	5,4	38,2	0,0	31
Niveau d'instruction de la mère																										
Aucun	75,4	47,2	67,2	59,5	52,1	65,4	62,7	54,7	37,1	57,2	22,7	60,9	55,9	50,0	66,3	57,6	46,5	54,1	27,7	14,4	23,5	94	19,5	37,0	4,1	70
Primaire	75,5	33,6	65,4	58,1	42,1	55,0	65,3	52,3	28,2	53,7	8,7	59,5	53,9	42,0	56,2	47,1	27,4	44,7	21,3	6,4	22,0	170	21,4	36,2	4,4	169
Secondaire 1er cycle	91,9	63,4	88,5	74,8	54,8	69,4	81,8	67,4	29,1	78,0	8,4	84,9	69,3	52,5	81,0	62,3	37,3	66,4	18,4	3,2	7,5	437	31,6	60,1	3,0	482
Secondaire 2nd cycle	91,1	64,2	91,6	85,0	67,2	71,5	86,7	77,9	39,6	86,6	22,3	89,1	79,7	62,5	88,5	79,9	52,2	71,8	27,2	12,7	7,6	253	45,1	77,7	9,7	265
Supérieur	(94,1)	(72,7)	(94,4)	(94,1)	(76,8)	(84,8)	(87,2)	(80,9)	(63,8)	(72,3)	(19,8)	(90,0)	(82,9)	(81,8)	(94,1)	(86,9)	(62,9)	(84,5)	(55,6)	(12,1)	(5,6)	87	(30,2)	(82,2)	(6,5)	65
Quintiles de bien-être économique																										
Le plus bas	71,5	37,9	61,4	53,5	33,7	50,5	60,2	45,1	20,6	49,0	3,5	55,1	47,4	31,3	50,7	40,2	16,5	38,2	13,5	1,0	26,3	265	13,8	25,7	0,2	239
Second	86,0	49,6	80,7	74,2	63,0	70,6	77,2	66,1	36,9	70,9	10,7	76,8	72,0	61,1	75,1	66,0	45,6	57,1	25,3	3,3	13,4	233	35,2	61,4	5,2	242
Moyen	96,1	64,9	95,1	72,5	58,1	73,8	84,0	68,4	40,1	87,1	21,4	92,1	68,9	55,7	92,7	67,4	44,7	80,8	30,8	13,1	3,6	210	33,1	75,3	5,4	235
Quatrième	96,3	71,3	96,0	88,5	63,5	76,2	86,1	80,8	27,3	85,5	17,5	92,9	79,8	61,7	90,1	78,3	47,0	78,4	19,8	11,6	3,5	173	45,5	74,5	12,2	170
Le plus élevé	96,9	80,6	99,1	99,1	80,8	80,1	98,9	91,0	58,7	88,9	23,4	96,7	90,5	80,3	98,9	92,1	72,0	83,0	41,8	14,3	0,9	159	41,1	74,1	4,8	165
Ensemble	87,7	58,1	84,1	74,8	57,3	68,5	79,0	67,5	35,1	73,8	14,1	80,1	69,2	55,4	78,6	65,7	42,3	64,6	25,0	7,8	11,2	1 041	32,5	60,5	5,2	1 051

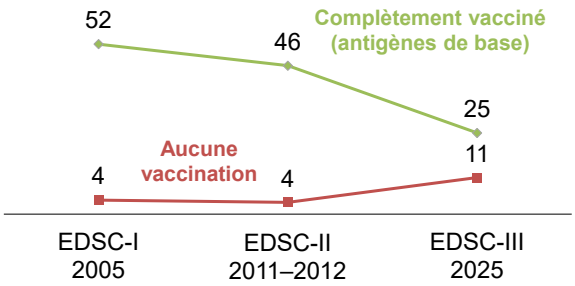
Note : On considère que les enfants sont vaccinés si l'information est inscrite sur le carnet de vaccination de l'enfant ou si c'est la mère qui le déclare. Pour les enfants dont l'information sur la vaccination est basée sur la déclaration de la mère, la date de la vaccination n'est pas collectée. On suppose que les proportions de vaccins effectués durant la première et la deuxième année sont les mêmes que pour les enfants pour lesquels on dispose d'un enregistrement écrit de la vaccination.
BCG = Bacille Calmette-Guérin
DTC = Diphthérie-tétanos-coqueluche
HepB = Hépatite B
Hib = Haemophilus influenzae type b
VPO = Vaccin contre la Polio Oral
VPI = Vaccin contre la Polio Inactivé
[1] On considère que les enfants ont reçu le vaccin HepB (dose à la naissance) si le vaccin a été enregistré sur leur carnet ou s'il a été déclaré par leur mère, quel que soit le moment où a été effectué la vaccination.
[2] OPV 0 est le vaccin de la polio donné à la naissance.
[3] BCG, 3 doses de DTC-HepB-Hib, 3 doses du vaccin contre la polio (non compris le vaccin contre la polio donné à la naissance), et 1 dose de vaccin antirougeoleux.
[4] BCG, HepB (dose à la naissance), trois doses de DTC-HepB-Hib, quatre doses du vaccin oral contre la polio, deux doses de VPI, trois doses du vaccin contre le pneumocoque, trois doses du vaccin contre le rotavirus et une dose de vaccin antirougeoleux.
[5] BCG, HepB (dose à la naissance), 3 doses de DTC-HepB-Hib, 4 doses du vaccin oral contre la polio, 2 doses de VPI, 3 doses du vaccin contre le pneumocoque, 3 doses du vaccin contre le rotavirus, deux doses de vaccin antirougeoleux et 1 dose de vaccin contre la fièvre jaune.
[6] Carnet, carte de vaccination, livret ou autre enregistrement écrit.

Tendances : L'analyse comparative des données des EDSC précédentes met en évidence une tendance à la baisse du pourcentage d'enfants de 12–23 mois complétement vaccinés, la couverture vaccinale étant passée de 52 % en 2005 à 46 % en 2011–2012 et à 25 % en 2005. À l'opposé, dans la même période, le pourcentage d'enfants n'ayant reçu aucune vaccination a quasiment triplé, passant de 4 % à 11 % (**Graphique 5**).

Variations par caractéristique : La couverture vaccinale varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques. En effet, Les enfants de 12–23 mois ayant reçu tous les vaccins sont proportionnellement plus nombreux en milieu urbain (29 %) qu'en milieu rural (18 %) (**Tableau 10**).

Graphique 5 **Tendances de la vaccination des enfants**

Pourcentage d'enfants de 12–23 mois



L'analyse par département indique que c'est dans les départements de la Sangha (5 %) et du Nkéni-Alima (6 %) que les pourcentages d'enfants de 12–23 mois ayant reçu tous les vaccins de base sont les plus faibles. Ceux qui n'ont reçu aucun vaccin sont proportionnellement plus nombreux parmi les enfants des départements de la Likouala (50 %), de la Sangha (36 %) et de la Lékoumou (36 %).

Les variables socioéconomiques influencent aussi le niveau de la couverture vaccinale des enfants : Par exemple, parmi ceux dont la mère a le niveau secondaire ou plus, seulement 8 % n'ont reçu aucun vaccin contre 24 % parmi ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction.

3.10 RECHERCHE DE SOINS ET TRAITEMENT DES MALADIES DES ENFANTS

Les infections respiratoires aiguës (IRA), la fièvre, et la déshydratation consécutive à la diarrhée sont des causes importantes de morbidité et de mortalité parmi les enfants dans les pays en développement (OMS 2003). Une réaction médicale rapide dès que l'enfant présente les symptômes de ces maladies est donc cruciale pour éviter les décès. Le **Tableau 11** présente les informations sur la recherche de soins pour les enfants malades au Congo. Dans l'ensemble, environ 1 % des enfants de moins de 5 ans ont présenté des symptômes d'IRA, 13 % ont eu de la fièvre et 13 % ont eu de la diarrhée dans les 2 semaines qui ont précédé l'interview (données non présentées.

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes d'IRA dans les 2 semaines qui ont précédé l'interview, des conseils ou un traitement ont été recherchés pour un enfant malade sur deux (50%).

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les 2 semaines qui ont précédé l'interview, des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 52 % d'entre eux ;

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la diarrhée dans les 2 semaines qui ont précédé l'interview, des conseils ou un traitement ont été recherchés pour moins d'un enfant sur deux (49 %) ;

- Parmi les enfants ayant eu la diarrhée, plus d'un sur quatre (28%) ont reçu des liquides préparés à partir de sachets SRO, 24% ont reçu des suppléments de zinc, 13% ont reçu des SRO et des suppléments de zinc et 8% ont reçu des SRO, des suppléments de zinc et ont continué à être alimentés.

Par ailleurs, l'analyse selon les caractéristiques sociodémographiques indique que les enfants du milieu rural (48 %), ceux du département de la Likouala (30 %) ceux dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas (43 %) sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché des soins en cas de fièvre.

Tableau 11 Traitement des symptômes d'IRA, de la fièvre, et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant présenté des symptômes d'Infection Respiratoire Aiguë (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, et parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ou des liquides SRO préconditionnés, pourcentage à qui on a donné du zinc, pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc, et pourcentage à qui on a donné des SRO, du zinc, et qui ont continué à être alimenté, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Congo 2025

	Parmi les enfants avec des symptômes d'IRA [1]		Parmi les enfants ayant eu de la fièvre		Parmi les enfants ayant eu la diarrhée					
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[2]	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[2]	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[2]	Pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de SRO	Pourcentage à qui on a donné du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO, du zinc et qui ont continué à être alimenté[3]	Effectif d'enfants
Âge en mois										
<6	*	8	49,9	64	(33,7)	(30,3)	(7,9)	(7,9)	(7,9)	39
6–11	*	9	45,8	77	49,7	32,9	30,1	22,9	14,7	100
12–23	*	9	50,0	187	53,3	29,8	29,3	12,2	6,6	262
24–35	(45,2)	21	58,3	103	54,9	21,9	25,0	10,4	9,8	125
36–47	(68,9)	10	52,2	140	39,3	30,0	10,3	6,1	6,1	75
48–59	(57,2)	17	53,0	101	33,5	23,8	13,4	11,1	1,2	63
Sexe										
Masculin	42,8	42	53,6	343	51,1	26,5	22,0	10,9	6,1	339
Féminin	59,6	32	49,7	330	45,7	30,1	25,5	14,1	9,8	325
Résidence										
Urbain	(55,2)	36	54,6	390	52,8	35,4	27,6	16,1	9,7	436
Rural	45,2	38	47,6	283	40,1	14,8	16,4	5,6	4,6	229
Département										
Kouilou	*	2	(58,1)	13	44,4	2,0	16,0	0,0	0,0	15
Niari	*	7	51,8	46	39,5	14,4	3,7	0,0	0,0	36
Lékoumou	*	4	41,5	21	47,2	13,3	12,8	2,9	1,4	18
Bouenza	*	7	69,8	73	66,1	15,3	18,5	0,0	0,0	69
Pool	*	2	63,6	24	(45,3)	(36,9)	(31,4)	(18,8)	(10,3)	22
Plateaux	*	2	48,6	13	43,3	21,3	15,6	7,7	7,7	11
Cuvette	*	0	(40,9)	11	42,8	49,6	24,6	17,5	17,5	18
Cuvette-Ouest	*	2	(32,9)	5	(23,6)	(18,7)	(11,0)	(5,2)	(5,2)	7
Sangha	*	1	49,1	28	38,6	22,5	28,1	12,2	6,5	23
Likouala	(24,8)	12	29,8	62	19,5	11,7	11,9	6,9	5,8	42
Brazzaville	*	3	(51,9)	149	(56,8)	(47,6)	(35,9)	(23,4)	(13,3)	183
Pointe-Noire	*	24	57,0	171	49,5	26,7	22,1	13,2	8,6	171
Djoué Léfini	*	1	(47,4)	6	(30,7)	(12,7)	(3,0)	(0,0)	(0,0)	8
Nkéni-Alima	*	3	33,8	19	24,7	10,8	21,9	5,0	5,0	20
Congo-Oubangui	*	4	40,3	32	46,7	11,3	25,3	7,7	7,7	20
Niveau d'instruction de la mère										
Aucun	*	6	28,4	49	48,0	28,3	25,9	12,3	11,5	54
Primaire	*	12	49,6	124	41,8	16,0	16,1	5,0	3,8	106
Secondaire 1er cycle	58,2	35	55,9	283	46,5	26,5	23,3	12,3	6,3	285
Secondaire 2nd cycle	*	11	52,5	168	47,6	34,3	28,5	15,1	10,3	175
Supérieur	*	11	(53,0)	49	(82,2)	(45,5)	(23,4)	(21,6)	(14,2)	43
Quintiles de bien-être économique										
Le plus bas	41,4	31	42,7	215	37,5	11,6	15,4	4,9	4,3	178
Second	*	15	58,5	148	56,7	30,1	19,4	5,4	2,8	147
Moyen	*	11	56,2	105	49,9	35,6	32,2	15,1	4,8	123
Quatrième	*	5	55,8	96	53,1	27,7	28,4	17,8	13,5	103
Le plus élevé	*	11	(52,1)	109	(49,1)	(44,5)	(28,8)	(25,7)	(18,4)	114
Ensemble	50,1	74	51,7	673	48,5	28,3	23,7	12,5	7,9	664

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

[1] Les symptômes d'IRA incluent une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou des difficultés respiratoires associées à des problèmes de congestion dans la poitrine.

[2] Sont inclus les conseils et traitements des sources suivantes : secteur public, secteur médical privé, secteur médical ONG, boutique, marché, vendeur ambulant de médicaments, et pharmacie par terre. Ne sont pas pris en compte ici les conseils ou les traitements fournis par un praticien traditionnel.

[3] Les enfants qui ont continué à être alimentés comprennent les enfants qui ont reçu plus d'aliments que d'habitude et ceux qui ont reçu les quantités habituelles ou un peu moins que d'habitude durant l'épisode diarrhéique.

3.11 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

L'anthropométrie est couramment utilisée pour mesurer l'état nutritionnel de l'enfant. Les mesures anthropométriques sont utilisées pour rendre compte des indicateurs de croissance de l'enfant. La distribution de la taille et du poids des enfants de moins de 5 ans est comparée à la population standard de référence de l'OMS (OMS 2006b). La distribution d'une population bien nourrie sera similaire à celle de la population de référence, alors que celle d'une population mal nourrie ne le sera pas. Les indices taille-pour-âge, poids-pour-taille, et poids-pour-âge peuvent être exprimés en unités d'écart type (Z-scores) à partir de la médiane de la population de référence. Les valeurs qui sont supérieures à deux écarts types en dessous de la médiane des normes de croissance OMS sont utilisées pour définir la malnutrition.

Retard de croissance (évalué au moyen de la taille-pour-âge)

La taille-pour-âge est une mesure du ralentissement de la croissance. Les enfants dont le Z-score pour la taille-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts type (-2 ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme trop petits par rapport à leur âge (retard de croissance) ou atteints de malnutrition chronique. Les enfants en dessous de moins trois écart type (-3 ET) sont considérés comme atteints de retard de croissance sévère.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans

Émaciation (évalué au moyen du poids-pour-taille)

L'indice poids-pour–taille mesure la masse du corps en relation avec la taille ou longueur et décrit la sous-nutrition aiguë. Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-taille se situe en dessous de moins deux écarts-type (-2 ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme maigres (émaciés). Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-taille se situe en dessous de moins trois écarts type (-3 ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme sévèrement émaciés.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans

Insuffisance pondérale (évalué au moyen du poids-pour-âge)

Le poids-pour-âge est un indice combiné de la taille-pour-âge et du poids-pour-taille qui traduit à la fois l'émaciation et le retard de croissance. Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts type (-2 ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale. Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-âge se situe en dessous de moins trois écarts type (-3 ET) de la médiane sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale sévère.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans

Surpoids (évalué au moyen du poids-pour-taille)

Les enfants dont le Z-score pour le poids-pour-taille est supérieur à deux écarts type (+2 ET) au-dessus de la médiane de la population de référence sont considérés comme étant en surpoids.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans

L'EDSC-III 2025 a identifié un total de 3 786 enfants de moins de 5 ans éligibles pour les mesures du poids et de la taille ; les pourcentages avec des données valides pour la taille-pour-âge, le poids-pour-taille et le poids-pour -âge, sont de respectivement 88%, 89%, et 89%.

Le **Tableau 12** présente les pourcentage d'enfants considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques :

- Environ un cinquième des enfants de moins de 5 ans (20 %) présentaient un retard de croissance au moment de l'enquête (ces enfants sont trop petits par rapport à leur âge) et 6 % avait un retard de croissance sous la forme sévère.

- Cinq pour cent d'enfants de moins de 5 ans étaient émaciés (ces enfants sont trop maigres par rapport à leur taille) et 1 % sont la forme sévère. À l'opposé, 4 % des enfants de moins de cinq ans étaient en surpoids par rapport à leur taille.

- Neuf pour cent des enfants de moins de 5 ans présentaient une insuffisance pondérale (ces enfants sont trop maigres et trop petits par rapport à leur âge) et 2 % une insuffisance pondérale sévère.

Tableau 12 État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans considérés comme atteints de malnutrition selon trois indices anthropométriques de mesure de la croissance de l'enfant : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Congo 2025

	Taille-pour-Âge[1]				Poids-pour-Taille					Poids-pour-Âge			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage en dessous de –3 ET	Pourcentage en dessous de –2 ET[2]	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcentage en dessous de –3 ET	Pourcentage en dessous de –2 ET[2]	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcentage en dessous de –3 ET	Pourcentage en dessous de –2 ET[2]	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants
Âge en mois													
<6	4,7	13,2	-0,4	313	2,5	7,5	10,4	0,1	311	2,7	6,1	-0,3	319
6–11	4,6	16,9	-0,4	287	1,0	5,6	4,8	-0,2	287	2,4	13,5	-0,5	288
12–23	6,3	22,2	-0,9	551	1,0	8,2	1,8	-0,3	548	2,6	12,3	-0,7	553
24–35	7,9	26,3	-1,1	565	0,1	2,5	3,6	0,1	560	1,1	8,1	-0,5	568
36–47	5,6	18,0	-1,0	559	0,8	3,2	2,3	-0,1	561	1,3	7,4	-0,6	557
48–59	6,0	17,8	-0,8	425	1,9	3,4	1,1	-0,3	433	1,8	9,4	-0,7	425
0–23	5,4	18,4	-0,6	1 152	1,4	7,4	4,9	-0,2	1 145	2,6	10,9	-0,5	1 160
24–59	6,6	21,0	-1,0	1 548	0,9	3,0	2,5	-0,1	1 555	1,4	8,2	-0,6	1 550
Sexe													
Masculin	8,5	23,5	-1,0	1 329	1,0	5,4	2,8	-0,1	1 332	2,3	11,3	-0,7	1 335
Féminin	3,7	16,4	-0,7	1 371	1,2	4,3	4,1	-0,1	1 368	1,5	7,4	-0,5	1 375
Interview de la mère													
Interviewée	6,1	19,6	-0,8	2 392	1,2	4,8	3,7	-0,1	2 368	1,8	9,2	-0,6	2 401
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	7,3	25,7	-0,9	124	0,3	5,2	0,4	-0,3	128	3,2	16,3	-0,8	124
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménag[3]	5,4	19,6	-0,8	183	0,0	4,9	2,2	-0,1	204	1,5	7,1	-0,6	184
Résidence													
Urbain	3,7	15,2	-0,6	1 755	1,1	5,4	4,1	-0,1	1 750	1,2	7,0	-0,4	1 759
Rural	10,5	28,7	-1,3	945	1,2	3,8	2,3	-0,2	950	3,1	13,6	-0,8	951
Département													
Kouilou	9,3	26,1	-1,3	47	0,0	1,3	2,7	-0,1	48	1,3	16,6	-0,8	47
Niari	10,3	26,0	-1,2	184	0,5	1,4	2,7	-0,1	185	2,3	9,4	-0,8	186
Lékoumou	14,3	33,3	-1,5	70	0,8	3,5	3,2	0,0	71	5,1	17,2	-0,9	72
Bouenza	9,2	22,5	-1,2	200	1,5	4,0	0,4	-0,4	199	3,6	14,7	-1,0	201
Pool	8,2	21,6	-1,1	83	3,0	6,4	0,7	-0,5	84	6,3	19,4	-1,0	84
Plateaux	9,0	25,4	-1,2	47	0,0	4,3	1,7	-0,2	47	4,9	13,4	-0,8	48
Cuvette	4,3	18,3	-0,8	91	0,4	2,7	2,1	-0,1	92	0,4	5,9	-0,5	93
Cuvette-Ouest	8,2	30,5	-1,4	44	0,4	0,8	4,9	0,2	46	2,4	8,6	-0,7	44
Sangha	13,2	35,5	-1,4	100	0,8	4,8	4,2	0,0	100	4,2	15,0	-0,8	102
Likouala	11,0	28,5	-1,1	182	1,5	6,3	2,3	-0,2	184	3,3	12,8	-0,8	183
Brazzaville	1,2	12,4	-0,4	945	1,2	5,3	5,0	-0,1	944	0,6	4,6	-0,3	945
Pointe-Noire	7,0	18,4	-0,8	498	1,3	7,2	4,1	-0,2	491	1,3	10,4	-0,5	498
Djoué Léfini	8,2	29,0	-1,4	43	0,0	1,4	1,7	-0,0	43	0,7	6,6	-0,8	43
Nkéni-Alima	7,6	26,9	-1,2	82	0,3	2,4	1,9	-0,2	82	3,0	10,5	-0,8	82
Congo-Oubangui	5,3	21,6	-1,0	84	0,6	3,2	1,0	-0,2	84	1,6	11,3	-0,7	84
Niveau d'instruction de la mère[4]													
Aucun	9,2	24,6	-0,9	242	1,3	5,1	2,5	-0,1	243	3,3	10,5	-0,6	249
Primaire	9,9	30,4	-1,2	436	1,4	6,1	4,2	-0,3	440	3,7	15,7	-0,9	438
Secondaire 1er cycle	6,5	21,9	-1,0	1 057	1,2	4,8	2,9	-0,2	1 048	2,0	10,8	-0,7	1 056
Secondaire 2nd cycle	3,2	12,1	-0,5	626	1,3	5,1	3,5	-0,1	609	0,5	4,3	-0,3	627
Supérieur	0,0	1,1	0,0	156	0,0	0,2	8,4	0,3	156	0,0	3,1	0,2	156
Manquant	*	*	*	0	*	*	*	*	0	*	*	*	0

À suivre…

Tableau 12—*Suite*

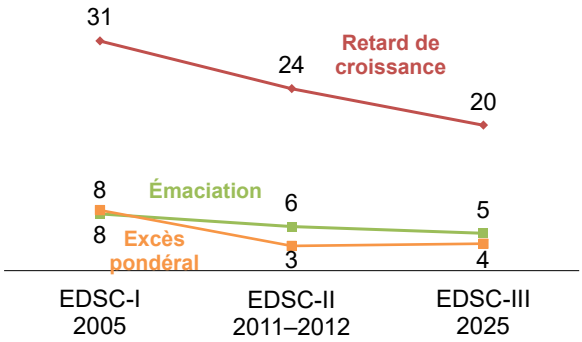
Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-Âge[1]				Poids-pour-Taille					Poids-pour-Âge			
	Pourcentage en dessous de –3 ET	Pourcentage en dessous de –2 ET[2]	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcentage en dessous de –3 ET	Pourcentage en dessous de –2 ET[2]	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants	Pourcentage en dessous de –3 ET	Pourcentage en dessous de –2 ET[2]	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants
Quintiles de bien-être économique													
Le plus bas	12,3	31,3	-1,4	732	0,7	3,7	2,9	-0,1	738	3,9	15,5	-0,9	738
Second	9,2	25,1	-1,2	566	1,1	3,7	2,6	-0,1	560	2,4	10,7	-0,7	567
Moyen	1,7	17,3	-0,8	548	3,1	7,7	3,6	-0,2	551	1,3	8,7	-0,6	548
Quatrième	1,3	9,1	-0,5	431	0,2	5,0	1,8	-0,2	431	0,3	4,1	-0,4	436
Le plus élevé	1,6	7,6	0,0	423	0,0	4,4	7,1	-0,0	420	0,0	3,2	0,0	420
Ensemble	6,1	19,9	-0,8	2 700	1,1	4,8	3,5	-0,1	2 700	1,9	9,4	-0,6	2 710

Note : Chaque indice est exprimé en termes d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.
[1] Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés en position allongée ; tous les autres enfants sont mesurés en position debout.
[2] Y compris les enfants qui se situent en dessous de –3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant.
[3] Y compris les enfants dont la mère est décédée.
[4] Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, l'information provient du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le Questionnaire Ménage.

Tendances : Le **Graphique 6** présente la tendance de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans au Congo : dans l'ensemble, on constate une diminution importante du pourcentage d'enfants présentant un retard de croissance, ce pourcentage étant passé de 31 % en 2005 à 24 % en 2011–2012 et à 20 % en 2025 ; dans la même période, le pourcentage d'enfants émaciés a légèrement diminué, passant de 8 % à 6 % et à 5 % ; de même, le pourcentage d'enfants présentant une surcharge pondérale a suivi la même tendance à la baisse, passant de 8 % à 3 % et à 4 %.

***Graphique 6* Tendances de l'état nutritionnel des enfants**

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition



3.12 ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (PANJE) sont essentielles pour la santé et la survie des jeunes enfants. Les pratiques d'ANJE recommandées comprennent l'initiation précoce de l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance, l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois et un régime alimentaire suffisamment varié (OMS et UNICEF 2021).

Initiation précoce à l'allaitement

Pourcentage d'enfants nés dans les 2 dernières années qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance

Échantillon : Enfants nés dans les 2 dernières années

Allaitement exclusif avant l'âge de 6 mois

Pourcentage d'enfants de 0–5 mois nourris exclusivement au lait maternel le jour précédent

Échantillon : Plus jeunes enfants de 0–5 mois vivant avec leur mère

Diversité alimentaire minimale à 6–23 mois

Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui ont consommé le jour précédent des aliments appartenant à 5 groupes d'aliments sur les 8 retenus. Les 8 groupes d'aliments retenus sont les suivants : lait maternel ; céréales, racines et tubercules; légumineuses et noix; produits laitiers (lait, yaourt, fromage); produits carnés (viande, poisson, volaille et foie/abats); œufs; fruits et légumes riches en vitamine A; et autres fruits et légumes.

Échantillon : Plus jeunes enfants de 6–23 mois vivant avec leur mère

Les indicateurs-clés PANJE sont présentés au **Tableau 13** révèlent que 43 % des enfants de 0–23 mois ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance. La mise au sein précoce (dans l'heure qui suit la naissance) est une pratique recommandée pour son importance tant pour l'enfant que pour la mère. La mise au sein du nouveau-né pendant l'heure qui suit sa naissance lui offre les meilleures chances de survivre, de grandir et de développer pleinement son potentiel1.

Par ailleurs, la proportion d'enfants qui ont été exclusivement allaités au cours des six premiers mois est estimée à 31 % (**Tableau 13**). En outre, seulement 15 % des enfants de 6–23 mois ont reçu une alimentation diversifiée conformément aux recommandations, c'est -à-dire qu'ils ont reçu au moins 5 groupes d'aliments sur les 8 groupes définis par l'OMS (OMS et UNICEF 2021).

Tableau 13 Indicateurs d'évaluation des Pratiques d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (PANJE)

Pourcentage d'enfants nourris en suivant les différentes pratiques PANJE, EDSC-III Congo 2025

IYCF abrév.	Indicateur	Définition et dénominateur de l'indicateur	Valeurs
EIBF	Initiation précoce de l'allaitement au sein[1]	Pourcentage d'enfants nés au cours des 2 dernières années qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance	43,2
		Effectif des enfants nés au cours des 2 dernières années	2 296
EBF2D	Exclusivement allaité pendant les 2 jours qui ont suivi la naissance[1]	Pourcentage d'enfants de 0–5 mois qui ont été exclusivement allaités au lait maternel le jour précédent	30,7
		Effectif des enfants les plus jeunes de 0–5 mois vivant avec leur mère	679
MDD	Diversification alimentaire minimum 6–23 mois	Pourcentage d'enfants de 6–23 mois ayant consommé le jour précédent des aliments et des boissons d'au moins 5 groupes parmi les 8 groupes définis	15,2
		Effectif des enfants les plus jeunes de 6–23 mois vivant avec leur mère	1 405
SWB	Consommation de boissons sucrées à 6–23 mois	Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui ont consommé, le jour précédent des boissons sucrés	36,0
		Effectif des enfants les plus jeunes de 6–23 mois vivant avec leur mère	1 405
UFC	Consommation de nourriture malsaine à 6–23 mois	Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui ont consommé, le jour précédent, des aliments malsains courants	24,4
		Effectif des enfants les plus jeunes de 6–23 mois vivant avec leur mère	1 405

[1] Y compris les enfants nés au cours des 2 années ayant précédé l'enquête, que les enfants soient en vie ou décédés au moment de l'enquête.

Les pratiques d'alimentation malsaines des nourrissons et des jeunes enfants doivent être évitées car elles peuvent remplacer les aliments nutritifs qui fournissent des nutriments importants aux enfants et favorisent une prise de poids malsaine. Pour les nourrissons et les jeunes enfants, la consommation d'aliments et de

[1] Saisir le moment - La mise au sein précoce : le meilleur point de départ pour chaque nouveau-né. UNICEF, 2018.

boissons sucrés augmente le risque de caries dentaires et d'obésité pendant l'enfance. La définition de l'indicateur ci-dessous pour la consommation d'aliments malsains décrit les « aliments malsains sentinelles », qui sont des aliments riches en sucre, en sel et/ou en graisses malsaines qui sont couramment consommés par les nourrissons et les jeunes enfants (OMS et UNICEF 2021).

Consommation de boissons sucrées à 6–23 mois

Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui ont consommé des boissons sucrées le jour précédent

Consommation d'aliments malsains à 6–23 mois

Pourcentage d'enfants de 6–23 mois qui ont consommé des aliments malsains « sentinelles » le jour précédent

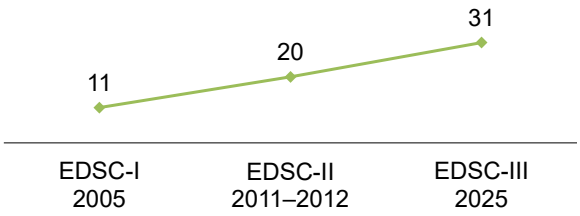
Échantillon : Plus jeunes enfants de 6–23 mois vivant avec leur mère

Les résultats de l'EDSC-III montrent également que 36 % d'enfants de 6–23 mois ont consommé des boissons sucrées. Et 24 % d'enfants de 6–23 mois ont consommé des aliments malsains.

Tendances : Entre 2005 et 2025, le pourcentage d'enfants de moins de 6 mois exclusivement allaités au sein a augmenté, passant de 11 % en 2005, à 20 % en 2011–2012 et à 31 % en 2025 (**Graphique 7**).

Graphique 7 **Tendances de l'allaitement exclusif**

Pourcentage d'enfants de 0–5 mois



3.13 PALUDISME

3.13.1 Possession et utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)

Possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide

Ménages qui ont, au moins, une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Une MII est une moustiquaire imprégnée industriellement par le fabricant qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire.

Échantillon : Ménages

Couverture universelle en MI dans les ménages

Pourcentage de ménages avec, au moins, une MII pour deux personnes.

Échantillon : Ménages (avec au moins une personne qui a passé la nuit avant l'enquête dans le ménage).

- Les MII repoussent et tuent les moustiques. Elles fournissent ainsi une protection contre les piqûres de ceux-ci. Ces MII agissent à la fois comme une barrière physique et chimique contre les moustiques. Elles réduisent ainsi le risque de paludisme au niveau de la communauté et aussi au niveau de la personne qui les utilisent par la réduction de la population de vecteurs des parasites. La distribution des MII et leur utilisation est l'une des principales interventions en matière de prévention de l'infection du paludisme au Congo.

Le **Tableau 14** présente les résultats sur la possession de MII par le ménage. Au Congo, près de sept ménages sur dix (69 %) possèdent au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). En moyenne, un ménage dispose de 1,6 MII, et 48 % des ménages ont au moins une MII pour 2 personnes qui ont passé la nuit précédant l'interview dans le ménage.

La couverture est nettement plus forte en milieu rural (85 %) qu'en milieu urbain (63%), et la proportion de ménages disposant d'une MII pour deux personnes, atteint 64% en rural contre seulement 43% en urbain. Au niveau départemental, on constate que dans la Cuvette, le Nkéni-Alima, les Plateaux et la Cuvette-Ouest la possession de MII est quasi universelle (au moins 94 %), avec une couverture optimale pour deux personnes (jusqu'à 84%). En revanche, Brazzaville (56% de ménages couverts, 32% avec une MII pour deux personnes) et Pointe-Noire (respectivement 64% et 46%), présentent les proportions les plus faibles par rapport aux autres départements.

Tableau 14 Possession de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide par les ménages

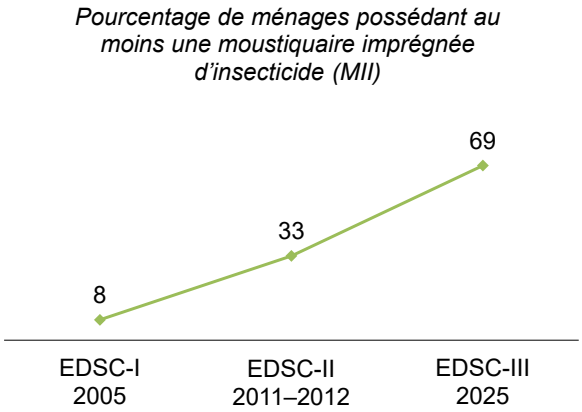
Pourcentage de ménages qui possède au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII); nombre moyen de MII par ménage et pourcentage de ménages qui possèdent au moins une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage, selon certaines caractéristiques, EDSC-III Congo 2025

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de ménages avec au moins une MII[1]	Nombre moyen de MII[1] par ménage	Effectif de ménages	Pourcentage de ménages avec, au moins, une MII[1] pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage[2]	Effectif de ménages avec, au moins, une personne qui a passé la nuit dernière dans le ménage
Résidence					
Urbain	62,8	1,4	9 925	42,5	9 831
Rural	85,0	2,2	3 498	64,2	3 424
Département					
Kouilou	80,7	1,7	266	60,8	263
Niari	81,9	2,2	651	60,0	648
Lékoumou	64,0	1,4	283	38,3	280
Bouenza	84,3	2,7	880	68,2	861
Pool	93,0	2,2	473	78,6	447
Plateaux	94,4	2,5	211	77,3	209
Cuvette	95,4	3,0	322	84,3	320
Cuvette-Ouest	93,6	2,9	182	84,0	178
Sangha	89,2	2,4	327	73,0	322
Likouala	85,2	2,3	454	51,4	447
Brazzaville	55,7	1,1	5 116	32,3	5 087
Pointe-Noire	63,7	1,3	3 586	46,3	3 531
Djoué Léfini	81,8	1,5	227	64,8	220
Nkéni-Alima	94,9	3,1	228	77,3	224
Congo-Oubangui	92,4	2,7	218	66,5	216
Quintiles de bien-être économique					
Le plus bas	83,6	2,1	2 612	61,3	2 553
Second	75,7	1,7	2 854	54,3	2 816
Moyen	66,2	1,4	2 868	44,5	2 828
Quatrième	64,6	1,4	2 687	43,0	2 667
Le plus élevé	50,9	1,3	2 402	36,6	2 390
Ensemble	68,6	1,6	13 423	48,1	13 255

[1] Une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabriquant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDSC-II de 2011–12, les MII étaient appelées Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA). Depuis 2013 au Congo, toutes les moustiquaires imprégnées d'insecticides sont presque exclusivement des MILDA).
[2] Membres de fait des ménages.

Tendances : Le pourcentage de ménages possédant au moins une MII est passé de 8 % en 2005 à 33 % en 2011–2012, puis à 69 % en 2025 (**Graphique 8**).

Graphique 8 **Tendances de la possession de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) par les ménages**



Note : Une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabriquant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDSC-II de 2011–12, les MII étaient appelées Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA). Depuis 2013 au Congo, toutes les moustiquaires imprégnées d'insecticides sont presque exclusivement des MILDA).

- Le **Tableau 15** présente les résultats de l'utilisation des MII par les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Dans l'ensemble, plus de trois enfants de moins de 5 ans sur cinq (63 %) ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview. Dans les ménages, avec au moins une MII cette proportion atteint 84 %.
- Parmi les femmes enceintes de 15–49 ans, 62 % ont dormi sous une MII la nuit précédant l'interview. Dans les ménages avec au moins une MII, la proportion est de 86 %.
- Que ce soit chez les enfants de moins de 5 ans ou chez les femmes enceintes, les pourcentages de ceux et celles qui ont dormi sous une MII sont plus élevés en milieu rural (73 % pour les enfants de moins de 5 ans et 73 % pour les femmes enceintes) qu'en milieu urbain (59 % pour les enfants de moins de 5 ans et 57 % pour les femmes enceintes). C'est dans les départements de Nkéni-Alima (83 %) et des Plateaux (83 %) que les pourcentages d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'interview sont les plus élevés.
- Au niveau départemental, les variations sont également observées chez les femmes enceintes de 15–49 ans. Les pourcentages les plus élevés de celles ayant dormi sous une MII sont observés dans les départements de Nkéni-Alima (88 %), de la Cuvette (87 %) et de Congo-Oubangui (87 %). La Lékoumou vient en dernière position avec 47 % des cas.

Tableau 15 Utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) par les enfants et les femmes enceintes

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui, la nuit avant l'interview, ont dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII); et parmi les enfants de moins de 5 ans des ménages avec, au moins, une MII, pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit avant l'interview; parmi les femmes de 15–49 ans enceintes, pourcentage qui, la nuit avant l'interview, ont dormi sous une MII, et parmi les femmes enceintes de 15–49 ans des ménages possédant, au moins, une MII, pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview, selon certaines caractéristiques EDSC-III Congo 2025

	Enfants de moins de 5 ans dans tous les ménages		Enfants de moins de 5 ans dans les ménages possédant au moins une MII[1]		Femmes enceintes de 15–49 ans dans tous les ménages		Femmes enceintes de 15–49 ans dans les ménages possédant au moins une MII[1]	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes
Résidence								
Urbain	59,0	4 133	85,0	2 870	57,3	472	85,9	315
Rural	72,6	1 990	82,5	1 753	73,3	206	86,6	175
Département								
Kouilou	73,5	107	89,2	88	(53,8)	10	*	6
Niari	66,8	383	79,2	323	(68,0)	30	(88,9)	23
Lékoumou	47,7	151	72,4	100	46,6	18	(77,5)	11
Bouenza	66,9	448	76,2	393	57,4	45	(72,1)	36
Pool	81,9	175	83,4	172	(88,7)	19	(91,7)	18
Plateaux	83,1	112	86,7	107	(79,6)	11	(86,5)	10
Cuvette	79,4	162	81,5	158	87,4	20	87,4	20
Cuvette-Ouest	82,6	96	84,4	94	81,8	13	(90,6)	12
Sangha	80,8	187	85,7	176	(82,0)	19	(84,0)	19
Likouala	73,0	405	83,3	355	72,6	37	80,4	33
Brazzaville	57,2	2 265	88,4	1 466	54,0	263	(84,5)	168
Pointe-Noire	53,7	1 200	81,5	791	(56,7)	145	(93,1)	88
Djoué Léfini	77,6	86	87,7	76	(79,5)	11	(94,0)	9
Nkéni-Alima	82,8	156	86,7	149	88,1	20	89,6	20
Congo-Oubangui	79,1	191	85,8	176	86,5	18	90,3	17

À suivre…

Tableau 15—Suite

Caractéristique sociodémographique	Enfants de moins de 5 ans dans tous les ménages		Enfants de moins de 5 ans dans les ménages possédant au moins une MII[1]		Femmes enceintes de 15–49 ans dans tous les ménages		Femmes enceintes de 15–49 ans dans les ménages possédant au moins une MII[1]	
	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes	Pourcentage ayant dormi sous une MII[1] la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes
Quintiles de bien-être économique								
Le plus bas	71,1	1 552	81,4	1 354	75,4	151	88,0	130
Second	65,2	1 271	81,1	1 022	68,4	120	83,9	98
Moyen	66,2	1 167	87,0	888	60,1	131	89,1	88
Quatrième	63,7	1 081	89,7	768	54,4	153	83,4	100
Le plus élevé	46,7	1 052	83,2	590	51,7	123	(86,2)	74
Ensemble	63,4	6 123	84,0	4 623	62,2	678	86,2	490

Note : Le tableau est basé sur les enfants et les femmes enceintes ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés.
[1] Une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabriquant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDSC-II de 2011–12, les MII étaient appelées Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA). Depuis 2013 au Congo, toutes les moustiquaires imprégnées d'insecticides sont presque exclusivement des MILDA).

3.13.2 Paludisme pendant la grossesse

Traitement Préventif Intermittent (TPIg) pendant la grossesse (TPIg3+)

Pourcentage de femmes qui ont pris, au moins, trois doses de SP/Fansidar durant leur dernière grossesse.

Échantillon : Femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête

L'infection palustre durant la grossesse est un problème majeur de santé publique au Congo comportant des risques importants pour la mère, le fœtus et le nouveau-né. Le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) est un protocole thérapeutique complet d'antipaludiques administrés aux femmes enceintes au cours de visites prénatales de routine pour prévenir le paludisme. Le TPIg permet de prévenir les épisodes de paludisme chez la mère, l'anémie maternelle et fœtale, la parasitémie placentaire, le faible poids à la naissance et la mortalité néonatale.

- D'après les résultats de l'EDSC-III, plus de sept femmes de 15–49 ans sur dix (73 %) ont déclaré avoir reçu une dose de TPI sous forme de SP/Fansidar pendant la grossesse de la dernière naissance vivante, environ deux femmes sur cinq (41 %) ont reçu au moins deux doses, et plus d'une femme sur cinq (21 %) en ont reçu au moins trois doses. Le pourcentage de femmes ayant reçu trois doses ou plus de SP/Fansidar au cours de leur grossesse la plus récente est plus élevé en milieu urbain (24 %) qu'en milieu rural (15 %).

- Au niveau départemental, le Kouilou enregistre le pourcentage le plus élevé de femmes enceintes ayant pris au moins trois doses de SP/Fansidar au cours de leur grossesse la plus récente (43 %). (**Tableau 16**).

Tableau 16 Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPIg) par les femmes au cours de la grossesse

Pourcentage de femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante et/ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête qui ont reçu 1 dose ou plus de SP/Fansidar ; pourcentage ayant reçu 2 doses ou plus de SP/Fansidar, et pourcentage en ayant reçu 3 doses ou plus pendant la grossesse ayant abouti à la dernière naissance vivante ou mort-né, selon certaines caractéristiques, EDSC-III Congo 2025

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu 1 dose ou plus de SP/Fansidar	Pourcentage ayant reçu 2 doses ou plus de SP/Fansidar	Pourcentage ayant reçu 3 doses ou plus de SP/Fansidar	Effectif de femmes ayant eu une naissance vivante et/ou un mort-né au cours des 2 années ayant précédé l'enquête
NAISSANCES VIVANTES				
Résidence				
Urbain	81,1	45,7	24,0	1 520
Rural	56,5	29,9	14,8	690
Département				
Kouilou	76,6	61,8	42,0	36
Niari	77,5	31,0	17,6	125
Lékoumou	57,0	31,8	9,1	49
Bouenza	47,3	22,8	12,3	156
Pool	67,2	43,7	25,5	63
Plateaux	54,8	30,1	13,6	39
Cuvette	63,6	41,5	26,7	58
Cuvette-Ouest	63,7	28,0	5,5	29
Sangha	64,0	24,3	12,0	60
Likouala	53,6	31,8	12,7	141
Brazzaville	86,2	46,9	24,0	873
Pointe-Noire	74,1	46,3	25,5	436
Djoué Léfini	52,7	29,7	9,9	32
Nkéni-Alima	67,2	30,7	13,8	50
Congo-Oubangui	60,0	33,2	19,1	62
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	54,4	28,5	14,6	518
Second	66,2	38,3	20,2	444
Moyen	77,4	42,8	20,3	484
Quatrième	89,6	48,1	27,3	394
Le plus élevé	86,2	50,4	26,1	371
Ensemble	73,4	40,7	21,2	2 210
MORT-NÉS				
Ensemble	(79,3)	(34,6)	(13,4)	32
NAISSANCES VIVANTES ET MORT-NÉS[5]				
Ensemble	73,5	40,7	21,0	2 241

Note : Les mort-nés sont des décès fœtaux qui se sont produits après une grossesse de 28 semaines ou plus. Quand la durée de la grossesse est déclarée en mois, les mort-nés sont des décès fœtaux qui se sont produits après une grossesse de 7 mois ou plus. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés

[1] Pour les femmes ayant eu une naissance vivante et un enfant mort-né dans les 2 années ayant précédé l'enquête, les données sont calculées sur la naissance la plus récente seulement.

Tendances : Le pourcentage de femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années avant l'enquête qui, pendant la grossesse de la dernière naissance vivante, ont reçu 3 doses ou plus de SP a augmenté, passant de 12 % en 2011–2012 à 21 % en 2025

3.13.3 Prise en charge des cas de paludisme chez les enfants

Recherche de soins pour les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un prestataire de santé, d'un établissement de santé, d'une pharmacie, d'une boutique ou au marché.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines avant l'interview.

Diagnostic du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview, pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon pour être testé. Il s'agit d'une mesure indirecte du test de diagnostic du paludisme.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview

Combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA) pour les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview qui ont pris une CTA.

Échantillon : Enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'interview

Parmi les informations collectées lors de l'EDSC-III sur la santé des enfants de moins de 5 ans, figurent également celles concernant les épisodes de fièvre et leurs traitements. La fièvre étant le principal signe clinique du paludisme, il a été demandé, si les enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'interview. Si la réponse était positive, alors une série de questions sur le traitement de la fièvre étaient posées. Ces questions portaient, entre autres, sur la prise de médicaments antipaludiques et sur le consentement pour le prélèvement de sang au doigt ou au talon afin d'effectuer le test.

Dans l'ensemble et d'après les résultats de l'EDSC-III, 13 % des enfants de moins de 5 ans ont eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview. La recherche des conseils ou un traitement a été faite pour au moins un enfant malade sur deux (52 %). En outre, pour 33 % des enfants avec de la fièvre, on a effectué un prélèvement du sang au doigt ou au talon pour le test. Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'interview et qui ont été traités avec un antipaludique, 39 % ont pris, pour le traitement, une CTA. Ce pourcentage est moins élevé en milieu urbain (31 %) qu'en milieu rural (48 %) (**Tableau 17**).

Tableau 17 Enfants ayant eu de la fièvre, recherche de soins, diagnostic et traitement contre la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview; parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon; et parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et ayant pris un antipaludique, pourcentage ayant pris une Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA), selon certaines caractéristiques, EDSC-III Congo 2025

	Parmi les enfants de moins de 5 ans		Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre			Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre et ayant pris un antipaludique	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement[1]	Pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon pour être testé	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant pris une CTA	Effectif d'enfants
Résidence							
Urbain	10,9	3 571	54,6	39,3	390	31,1	88
Rural	17,3	1 640	47,6	23,7	283	48,0	72
Département							
Kouilou	14,5	89	(58,1)	(31,8)	13	*	4
Niari	14,9	310	51,8	27,6	46	*	9
Lékoumou	17,1	121	41,5	19,6	21	*	4
Bouenza	21,0	346	69,8	38,2	73	(52,8)	20
Pool	16,6	147	63,6	40,6	24	*	8
Plateaux	13,4	94	48,6	27,7	13	(60,7)	5
Cuvette	7,9	137	(40,9)	(38,9)	11	*	3
Cuvette-Ouest	7,0	76	(32,9)	(29,7)	5	*	1
Sangha	18,3	151	49,1	29,7	28	*	7
Likouala	18,8	330	29,8	12,2	62	(57,1)	18
Brazzaville	7,4	2 011	(51,9)	(42,9)	149	*	38
Pointe-Noire	16,5	1 035	57,0	37,8	171	*	34
Djoué Léfini	8,2	76	(47,4)	(27,8)	6	*	1
Nkéni-Alima	15,3	127	33,8	11,1	19	*	4
Congo-Oubangui	20,1	159	40,3	13,0	32	*	5
Quintiles de bien-être économique							
Le plus bas	17,0	1 268	42,7	19,1	215	44,0	53
Second	13,7	1 085	58,5	33,4	148	26,4	31
Moyen	9,7	1 074	56,2	35,1	105	(43,6)	31
Quatrième	10,7	895	55,8	35,7	96	*	21
Le plus élevé	12,3	888	(52,1)	(53,7)	109	*	25
Ensemble	12,9	5 211	51,7	32,7	673	38,7	161

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

[1] Comprend les conseils ou traitements des sources suivantes : secteur public, secteur médical privé, secteur médical ONG, boutique, marché, vendeur ambulant de médicaments, et pharmacie par terre. Ne sont pas pris en compte ici les conseils ou les traitements fournis par un praticien traditionnel.

3.13.4 Prévalence du paludisme chez les enfants

Dans la moitié des ménages de l'échantillon de l'EDSC-III, tous les enfants de 6–59 mois étaient éligibles pour un Test de Diagnostic Rapide (TDR) SD BIOLINE Malaria Antigen Pf. Le **Tableau 18** présente la prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6–59 mois selon le résultat du TDR.

Les résultats indiquent que pour 9 % des enfants de 6–59 mois, le test s'est révélé positif. Cette proportion est plus élevée en milieu rural (18 %) qu'en milieu urbain (3 %). La prévalence la plus élevée est observée dans le département de la Likouala (32 %) et à l'opposé c'est dans le Congo-Oubangui qu'elle est la plus faible (3 %).

Tableau 18 Prévalence du paludisme chez les enfants

Prévalence du paludisme chez les enfants de 6–59 mois selon les résultats de deux tests, en fonction de certaines caractéristiques, EDSC-III Congo 2025

Caractéristique sociodémographique	Prévalence du paludisme selon le TDR	
	TDR positif	Effectif d'enfants
Résidence		
Urbain	3,2	1 176
Rural	18,1	771
Département		
Kouilou	14,5	40
Niari	11,1	161
Lékoumou	29,0	65
Bouenza	14,2	176
Pool	6,0	75
Plateaux	6,0	41
Cuvette	8,8	68
Cuvette-Ouest	16,8	31
Sangha	9,6	85
Likouala	32,2	162
Brazzaville	2,6	667
Pointe-Noire	2,0	233
Djoué Léfini	8,5	37
Nkéni-Alima	10,0	40
Congo-Oubangui	3,1	65
Quintiles de bien-être économique		
Le plus bas	19,9	614
Second	9,7	374
Moyen	2,1	379
Quatrième	2,3	308
Le plus élevé	1,2	272
Ensemble	9,1	1 947

TDR : Test de Diagnostic Rapide (Bioline™ Malaria Ag P.f/Pan)

3.14 VIH

Au Congo, comme dans beaucoup d'autres pays, le VIH/sida est encore présent, même si les tendances sont toujours à la baisse. La transmission du virus du sida, s'effectue principalement par voie sexuelle. Les jeunes hommes et femmes de 15 à 24 ans interrogées lors de l'enquête, sont en majorité sexuellement actifs, donc concernés au premier plan par les campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) effectuées par les Programmes, associations et ONG œuvrant dans ce sens. Des programmes de lutte tels que le programme national de lutte contre les IST/VIH/sida ont été lancés contre ce virus à travers le pays dans le but de lutter contre la transmission. Dans le but d'évaluer l'impact de ces programmes de sensibilisation réalisés au Congo, des questions ont donc été posées, lors de cette enquête, sur la connaissance des moyens de prévention, les pratiques et les comportements sexuels des jeunes et les tests effectués par ceux-ci. Ces informations collectées seront utiles pour évaluer le niveau de connaissance du VIH/sida.

3.14.1 Connaissance des moyens de prévention parmi les jeunes

Connaissance des moyens de prévention du VIH

Savoir que l'utilisation régulière de condoms pendant les rapports sexuels et n'avoir qu'un seul partenaire fidèle et non infecté peuvent réduire les risques de contracter le VIH, savoir qu'une personne apparemment en bonne santé peut néanmoins avoir le VIH et rejeter les deux idées erronées les plus importantes sur la transmission du VIH : le VIH peut être transmis par les piqûres de moustiques et une personne peut être infectée en partageant le repas d'une personne ayant le VIH.

Échantillon : Femmes et hommes de 15–24 ans

La connaissance du mode de transmission du VIH est essentielle pour permettre aux gens d'éviter de contracter l'infection par le VIH, et cela est particulièrement vrai pour les jeunes gens, qui constituent une population plus à risques dans la mesure où, à ces âges, les relations peuvent être de courte durée, avec des partenaires sexuels multiples et des comportements à risques plus fréquents. Dans ce contexte à risque, disposer d'une connaissance approfondie du VIH permet de ne pas se contaminer et de ne pas contaminer les autres. Lors de l'EDSC-III, les questions posées aux jeunes femmes et hommes de 15–24 ans portaient sur leur connaissance et l'utilisation de condoms, la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté et sur la connaissance des moyens de prévention contre le VIH.

- Les résultats présentés dans le **Tableau 19** montrent que dans l'ensemble, 37 % des jeunes femmes et 24 % des jeunes hommes de 15–24 ans sont considérées comme ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH. La connaissance des moyens de prévention du VIH est plus répandue en milieu urbain (39 %) qu'en milieu rural (30 %) chez les jeunes femmes de 15–24 ans. Par contre, chez les jeunes hommes de la même tranche d'âges, les niveaux sont relativement proches, respectivement, 24 % et 23 %. Les résultats par département révèlent que, c'est dans le Niari que le pourcentage de jeunes femmes ou de jeunes hommes qui connaissent les moyens de prévention du VIH est le plus élevé (46% de jeunes femmes et 63% de jeunes hommes).

Tableau 19 Connaissance des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15–24 ans connaissant les moyens de prévention du VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Congo 2025

	Femme de 15–24 ans		Homme de 15–24 ans	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH[1]	Effectif de femmes	Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH[1]	Effectif d'hommes
Âge				
15–19	30,8	2 466	20,6	1 152
15–17	27,5	1 496	15,9	722
18–19	35,9	970	28,5	431
20–24	44,9	2 003	28,5	836
20–22	44,5	1 179	26,5	550
23–24	45,5	824	32,3	286
État matrimonial				
Célibataire	38,0	3 321	23,3	1 876
A déjà eu des rapports sexuels	45,3	1 630	31,0	1 127
N'a jamais eu de rapports sexuels	30,9	1 691	11,7	749
À déjà été en union	34,7	1 148	34,0	113
Résidence				
Urbain	39,0	3 596	24,2	1 540
Rural	29,5	874	23,0	449
Département				
Kouilou	43,0	62	52,5	30
Niari	45,9	219	62,5	138
Lékoumou	13,5	70	35,2	38
Bouenza	32,9	276	27,0	136
Pool	33,1	89	6,0	53
Plateaux	36,0	45	22,8	29
Cuvette	24,9	104	23,0	52
Cuvette-Ouest	31,2	42	16,9	19
Sangha	27,7	85	13,5	37
Likouala	28,1	180	13,2	77
Brazzaville	36,7	1 971	16,4	780
Pointe-Noire	43,7	1 155	27,6	504
Djoué Léfini	31,8	31	22,4	19
Nkéni-Alima	21,5	63	22,0	40
Congo-Oubangui	28,4	76	9,6	36
Niveau d'instruction				
Aucun	22,6	116	5,8	36
Primaire	19,8	350	16,0	167
Secondaire 1er cycle	30,6	1 881	19,4	773
Secondaire 2nd cycle	44,6	1 716	31,4	786
Supérieur	55,2	407	22,3	226

À suivre…

Tableau 19—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	Femme de 15–24 ans: Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH[1]	Femme de 15–24 ans: Effectif de femmes	Homme de 15–24 ans: Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH[1]	Homme de 15–24 ans: Effectif d'hommes
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	28,9	660	20,1	328
Second	35,4	926	21,6	410
Moyen	40,3	935	29,0	402
Quatrième	35,5	975	27,9	439
Le plus élevé	42,9	973	20,1	411
Ensemble 15–24	37,1	4 470	23,9	1 989

[1] Sont considérés comme connaissant les moyens de prévention du VIH, les enquêtés qui savent que l'utilisation systématique du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel fidèle et non infecté peuvent réduire les risques de contracter le VIH, ceux qui savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut, en fait, avoir le VIH et ceux qui rejettent les deux conceptions erronées les plus courantes sur la transmission ou la prévention du VIH: le VIH peut être transmis par les piqûres de moustiques et une personne peut devenir infectée en partageant les repas avec une personne qui a le VIH.

3.14.2 Comportement sexuel

Les informations sur le comportement sexuel sont importantes pour mettre en œuvre et effectuer le suivi des programmes d'interventions pour contrôler la propagation du VIH. Le multipartenariat sexuel et les rapports sexuels non protégés augmentent le risque de contracter le VIH/sida. Pour évaluer l'exposition au risque de contracter le virus du sida, au cours de l'EDSC-III, des questions ont été posées sur le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et l'utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels.

- Dans l'ensemble, au cours des 12 mois précédant l'enquête, 4% des femmes de 15–49 ans ont eu deux partenaires ou plus, 30% ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non-cohabitant. Parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu au cours des 12 derniers mois, deux partenaires ou plus, 32% ont déclaré avoir utilisé un condom lors de leurs derniers rapports sexuels. Le pourcentage d'utilisation du condom est de 27% parmi celles ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire non-cohabitant (**Tableau 20.1**).

- Le pourcentage, de femmes de 15–49 ans ayant eu au cours des 12 derniers mois, des rapports sexuels avec un partenaire non-cohabitant, augmente avec le niveau d'instruction. Il passe de 18% chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction à 38% chez celles ayant atteint le niveau supérieur.

Tableau 20.1 Partenaires sexuels multiples et rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Femme

Parmi toutes les femmes de 15–49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient ; parmi les femmes ayant eu, au cours des 12 derniers mois, plus d'un partenaire sexuel, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels; parmi les femmes de 15–49 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne; Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Congo 2025

	Parmi toutes les femmes			Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels[1]	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Âge									
15–24	3,6	38,0	4 470	37,8	162	31,0	1 699	3,0	2 760
15–19	2,1	30,8	2 466	51,4	53	27,8	760	2,1	1 033
20–24	5,5	46,8	2 003	31,2	110	33,7	938	3,5	1 727
25–29	5,5	35,3	1 669	26,9	91	27,8	588	3,9	1 588
30–39	3,3	24,0	2 772	37,1	92	23,3	664	4,7	2 702
40–49	2,2	18,3	2 125	(14,4)	47	14,4	389	4,4	2 059
État matrimonial									
Célibataire	3,7	48,3	4 206	43,3	155	28,0	2 031	3,7	2 418
Mariée/vivant ensemble	1,6	5,0	5 128	5,2	82	25,5	259	3,9	5 043
En rupture d'union	9,1	61,7	1 701	35,7	155	25,4	1 050	4,7	1 647
Résidence									
Urbain	3,5	31,6	8 749	35,5	310	27,5	2 761	3,9	7 070
Rural	3,6	25,3	2 286	20,3	82	24,5	579	4,2	2 039
Département									
Kouilou	0,9	24,6	162	*	1	19,7	40	4,0	135
Niari	3,8	29,5	538	(32,0)	20	32,5	158	4,7	458
Lékoumou	6,0	33,9	192	(39,3)	11	42,9	65	6,0	178
Bouenza	5,5	31,6	673	(25,1)	37	38,5	213	3,8	587
Pool	2,5	17,4	240	*	6	16,7	42	3,0	209
Plateaux	3,5	17,4	132	*	5	29,0	23	3,3	118
Cuvette	3,2	32,4	252	*	8	17,3	82	8,3	212
Cuvette-Ouest	4,8	36,5	107	(19,7)	5	24,0	39	5,0	100
Sangha	7,8	28,9	227	(34,3)	18	29,4	66	4,5	203
Likouala	2,6	28,7	407	*	10	12,9	117	3,3	351
Brazzaville	3,7	32,1	4 858	(45,3)	178	28,2	1 560	3,8	3 864
Pointe-Noire	2,8	29,7	2 795	*	79	23,9	831	3,5	2 278
Djoué Léfini	1,5	21,3	106	*	2	12,7	23	4,2	96
Nkéni-Alima	4,5	20,7	166	(29,8)	8	28,2	34	3,8	151
Congo-Oubangui	2,6	27,1	180	*	5	21,1	49	6,7	170
Niveau d'instruction									
Aucun	2,1	18,4	560	*	12	22,3	103	3,3	536
Primaire	3,1	20,9	1 396	32,6	44	22,7	292	4,2	1 265
Secondaire 1er cycle	3,6	29,2	4 670	25,6	167	22,9	1 362	4,0	3 816
Secondaire 2nd cycle	4,1	35,3	3 371	34,0	139	28,4	1 191	4,2	2 644
Supérieur	3,0	37,7	1 039	*	31	41,5	392	3,1	848
Quintiles de bien-être économique									
Le plus bas	3,2	26,2	1 725	24,5	54	23,0	453	4,2	1 545
Second	4,9	36,1	2 138	33,4	105	25,9	772	4,0	1 816
Moyen	4,1	34,8	2 333	35,4	96	28,1	813	4,3	1 985
Quatrième	4,4	30,1	2 412	30,7	105	29,3	727	3,8	1 938
Le plus élevé	1,3	23,7	2 428	*	32	27,1	576	3,6	1 825
Total 15–49	3,6	30,3	11 036	32,3	392	27,0	3 340	4,0	9 109
50–64	0,9	6,9	2 000	(6,0)	17	13,8	138	3,8	1 933
Ensemble 15–64	3,1	26,7	13 036	31,2	410	26,5	3 478	3,9	11 042

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

[1] Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtées qui ont donné des réponses non numériques.

- D’après les résultats de l’EDSC-III, 20 % des hommes de 15–49 ans ont eu deux partenaires ou plus, 48 % ont eu des rapports sexuels avec une partenaire non-cohabitante au cours des 12 derniers mois. Parmi les hommes de 15–49 ans ayant eu deux partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois, 35 % ont déclaré avoir utilisé un condom lors de leurs derniers rapports sexuels. Le pourcentage d’utilisation du condom est de 42% parmi ceux ayant eu des rapports sexuels avec une partenaire non-cohabitante (**Tableau 20.2**).

Tableau 20.2 Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Homme

Parmi tous les hommes de 15–49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec plus d’une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n’était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient ; parmi ceux ayant eu plus d’une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré qu’un condom avait été utilisé au cours de ces derniers rapports sexuels ; parmi les hommes de 15–49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n’était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient, pourcentage ayant déclaré qu’un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne; parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Congo 2025

	Parmi tous les hommes			Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n’était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels[1]	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n’était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient	Effectif d’hommes	Pourcentage ayant déclaré qu’un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d’hommes	Pourcentage ayant déclaré qu’un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne	Effectif d’hommes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif d’hommes
Âge									
15–24	16,8	53,0	1 989	43,0	333	41,7	1 053	7,6	1 190
15–19	11,4	37,4	1 152	40,8	132	48,5	431	5,0	506
20–24	24,1	74,4	836	44,4	202	37,0	622	9,5	683
25–29	31,3	62,9	654	36,9	205	39,0	411	12,2	543
30–39	22,7	46,7	1 243	32,8	282	43,5	580	14,6	1 033
40–49	18,0	32,8	1 063	19,5	191	46,1	349	14,5	914
État matrimonial									
Célibataire	17,6	60,4	2 608	48,3	459	40,3	1 577	9,0	1 699
Mariée/vivant ensemble	21,2	24,5	1 961	18,9	416	52,7	481	13,7	1 668
En rupture d’union	35,7	88,5	380	35,4	135	37,1	336	18,8	313
Type d’union									
En union polygame	45,5	34,8	70	8,1	32	35,8	24	20,5	52
En union non polygame	20,3	24,1	1 891	19,8	385	53,5	456	13,4	1 616
Non actuellement en union	19,9	64,0	2 988	45,3	595	39,7	1 913	10,5	2 012
Résidence									
Urbain	18,6	48,3	3 815	37,8	711	43,9	1 841	11,0	2 829
Rural	26,5	48,7	1 134	26,5	300	37,1	552	14,9	851
Département									
Kouilou	21,5	47,7	75	(39,9)	16	40,2	36	20,9	59
Niari	14,4	54,1	266	43,9	38	46,5	144	14,2	197
Lékoumou	30,1	59,9	93	58,2	28	66,0	56	14,7	72
Bouenza	35,5	60,5	284	36,8	101	56,0	172	11,1	170
Pool	7,6	33,4	124	*	9	29,5	41	7,0	108
Plateaux	17,7	41,9	71	(6,9)	13	38,7	30	11,1	42
Cuvette	27,6	56,6	120	38,2	33	41,6	68	25,5	97
Cuvette-Ouest	27,0	55,7	48	24,8	13	36,7	27	15,9	30
Sangha	26,1	45,7	113	27,0	29	39,4	52	20,0	94
Likouala	24,8	39,6	181	11,6	45	20,8	72	12,8	129
Brazzaville	11,6	41,1	2 029	47,5	235	36,4	833	7,0	1 451
Pointe-Noire	27,1	55,8	1 302	30,3	353	49,3	726	15,3	1 044
Djoué Léfini	42,6	48,0	63	12,8	27	29,7	30	14,0	46
Nkéni-Alima	48,8	63,6	85	22,3	41	38,7	54	13,9	70
Congo-Oubangui	30,9	55,9	95	20,5	29	19,2	53	20,1	71

À suivre…

Tableau 20.2—*Suite*

Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les hommes			Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels[1]	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec cette personne	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Niveau d'instruction									
Aucun	13,4	28,5	185	(24,3)	25	39,2	53	13,8	129
Primaire	17,5	42,5	538	20,7	94	30,6	229	13,8	399
Secondaire 1er cycle	20,2	45,7	1 853	27,7	374	36,6	846	12,7	1 330
Secondaire 2nd cycle	24,8	56,7	1 581	45,2	392	53,4	896	11,5	1 163
Supérieur	15,9	46,6	792	33,5	126	36,1	369	9,7	659
Quintiles de bien-être économique									
Le plus bas	23,8	46,1	822	24,2	196	33,1	379	13,0	618
Second	20,9	53,7	945	32,1	197	43,6	508	14,4	678
Moyen	20,7	49,0	1 140	31,7	235	42,2	559	11,0	856
Quatrième	16,6	47,3	1 096	48,8	182	42,6	518	10,9	841
Le plus élevé	21,3	45,4	946	37,1	201	48,7	429	11,1	688
Total 15–49	20,4	48,4	4 949	34,5	1 011	42,3	2 393	11,9	3 680
50–64	15,3	24,9	898	16,6	138	43,5	224	16,5	759
Ensemble 15–64	19,7	44,8	5 847	32,3	1 149	42,4	2 617	12,7	4 439

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25–49 cas non pondérés; Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.
[1] Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtés qui ont donné des réponses non numériques.

3.14.3 Tests du VIH précédents

Les programmes de dépistage du VIH diagnostiquent les personnes vivant avec le VIH afin qu'elles puissent être orientées vers des soins et accéder à la thérapie antirétrovirale (TAR). La connaissance du statut sérologique aide les personnes séronégatives à réduire leurs risques et à rester négative.

La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH contribue à limiter la propagation de l'épidémie dans la mesure où elle permet aux personnes de prendre des précautions pour se protéger et protéger leurs partenaires.

Parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans, une sur deux (50 %) a déjà effectué un test du VIH et reçu le résultat, tandis que moins de 1% ont fait le test sans obtenir de résultat et près d'une femme sur deux (49%) n'a jamais réalisé de test. Au cours des 12 derniers mois, 12 % des femmes ont déclaré avoir fait un test et avoir reçu le résultat.

Les disparités sont marquées selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. En effet, en milieu urbain le pourcentage de femmes qui ont déjà été testées (55 %) est plus élevé par rapport au milieu rural (37 %). Le pourcentage augmente avec le niveau d'instruction, passant de 41 % chez celles sans instruction à 57% chez celles de niveau supérieur. Au niveau départemental, c'est à Pointe-Noire que le pourcentage est le plus élevé (60 %) comparé à celui de la Cuvette-Ouest (23 %) qui est également le plus faible (**Tableau 21.1**).

Tableau 21.1 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Femme

Répartition (en %) des femmes de 15–49 ans selon qu'elles ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'elles ont reçu, ou non, les résultats du dernier test ; pourcentage de femmes de 15–49 ans ayant déjà fait un test du VIH et pourcentage de femmes ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Congo 2025

Caractéristique sociodémographique	Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'elles ont reçu, ou non, les résultats du dernier test			Ensemble	Pourcentage ayant déjà fait un test du VIH	Pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test	Effectif de femmes
	A fait un test du VIH et a reçu le résultat	A fait un test du VIH mais n'a pas reçu le résultat	N'a jamais fait de test du VIH[1]				
Âge							
15–24	25,3	0,6	74,1	100,0	25,9	8,6	4 470
15–19	12,7	0,3	87,0	100,0	13,0	6,2	2 466
20–24	40,7	1,0	58,2	100,0	41,8	11,6	2 003
25–29	62,5	0,8	36,7	100,0	63,3	16,1	1 669
30–39	73,2	0,9	25,9	100,0	74,1	16,1	2 772
40–49	62,6	0,7	36,7	100,0	63,3	9,7	2 125
État matrimonial							
Célibataire	21,6	0,4	78,0	100,0	22,0	6,9	4 206
A déjà eu des rapports sexuels	34,0	0,6	65,5	100,0	34,6	10,0	2 455
N'a jamais eu de rapports sexuels	4,2	0,2	95,6	100,0	4,4	2,5	1 751
Mariée/vivant ensemble	66,3	0,9	32,8	100,0	67,2	15,3	5 128
En rupture d'union	71,8	0,9	27,2	100,0	72,8	13,7	1 701
Résidence							
Urbain	54,0	0,6	45,4	100,0	54,6	12,7	8 749
Rural	35,4	1,1	63,6	100,0	36,5	8,6	2 286
Département							
Kouilou	41,4	1,6	57,0	100,0	43,2	6,3	162
Niari	46,0	0,3	53,7	100,0	46,3	11,4	538
Lékoumou	41,8	1,0	57,3	100,0	42,7	7,6	192
Bouenza	47,7	2,5	49,8	100,0	50,2	13,6	673
Pool	39,8	0,6	59,6	100,0	40,4	8,8	240
Plateaux	24,6	2,0	73,4	100,0	26,6	6,3	132
Cuvette	44,0	1,1	54,8	100,0	45,2	15,2	252
Cuvette-Ouest	22,0	1,2	76,8	100,0	23,2	8,6	107
Sangha	50,8	0,7	48,4	100,0	51,7	16,3	227
Likouala	34,8	0,6	64,6	100,0	35,4	8,0	407
Brazzaville	51,1	0,5	48,3	100,0	51,7	10,6	4 858
Pointe-Noire	59,7	0,5	39,8	100,0	60,2	15,5	2 795
Djoué Léfini	27,3	1,4	71,2	100,0	28,8	4,6	106
Nkéni-Alima	36,8	0,9	62,3	100,0	37,7	9,0	166
Congo-Oubangui	30,7	0,6	68,7	100,0	31,3	8,0	180
Niveau d'instruction							
Aucun	40,5	0,8	58,7	100,0	41,3	9,6	560
Primaire	43,4	0,7	55,9	100,0	44,1	9,2	1 396
Secondaire 1er cycle	51,0	1,0	48,0	100,0	52,0	11,3	4 670
Secondaire 2nd cycle	51,1	0,5	48,4	100,0	51,7	12,7	3 371
Supérieur	57,3	0,1	42,6	100,0	57,4	16,1	1 039
Quintiles de bien-être économique							
Le plus bas	30,8	1,0	68,2	100,0	31,8	7,7	1 725
Second	46,9	1,1	52,0	100,0	48,0	9,8	2 138
Moyen	56,9	1,2	42,0	100,0	58,1	13,7	2 333
Quatrième	55,6	0,4	44,0	100,0	56,0	12,4	2 412
Le plus élevé	54,7	0,1	45,2	100,0	54,8	14,2	2 428
Total 15–49	50,1	0,7	49,1	100,0	50,9	11,8	11 036
50–64	50,9	0,5	48,6	100,0	51,4	7,5	2 000
Ensemble 15–64	50,2	0,7	49,1	100,0	50,9	11,2	13 036

[1] Y compris les enquêtées qui n'ont pas entendu parler du VIH ou qui ont refusé de répondre aux questions sur le test.

Chez les hommes de 15–49 ans, 32 % ont déjà effectué un test du VIH et reçu le résultat, et moins de 1% ont fait le test sans obtenir de résultat. Près de sept hommes sur dix (67%) n'ont jamais réalisé de test, ce qui traduit une couverture plus faible que chez les femmes.

Au cours des 12 derniers mois, 17 % des hommes de 15 à 49 ans ont déclaré avoir fait un test et avoir reçu le résultat du dernier test. Les écarts sont également importants selon le milieu de résidence (19% des hommes en milieu urbain contre 13 % en milieu rural). Le niveau d'instruction joue un rôle non

négligeable, avec un pourcentage de 24% chez ceux de niveau supérieur et 19% au secondaire 2nd cycle contre 11 % pour le niveau primaire. Au niveau départemental, c'est dans le département des Plateaux qu'on observe un pourcentage élevé d'hommes ayant déclaré avoir fait et reçu les résultats du test (39%). Le département du Pool arrive en dernière position avec 2 % des cas (**Tableau 21.2**).

Tendances : Le pourcentage d'hommes ayant effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat a augmenté entre 2011–2012 et 2025, passant de 12 % à 18 %. Par contre chez les femmes, les pourcentages ont peu changé (13 % contre 12 %).

Tableau 21.2 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Homme

Répartition (en %) des hommes de 15–49 ans selon qu'ils ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'ils ont reçu, ou non, les résultats du dernier test ; pourcentage d'hommes de 15–49 ans ayant déjà fait un test du VIH et pourcentage d'hommes ayant fait un test au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSC-III Congo 2025

Caractéristique sociodémographique	Répartition (en %) des hommes selon qu'ils ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'ils ont reçu, ou non, les résultats du dernier test			Ensemble	Pourcentage ayant déjà fait un test du VIH	Pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test	Effectif d'hommes
	A fait un test du VIH et a reçu le résultat	A fait un test du VIH mais n'a pas reçu le résultat	N'a jamais fait de test du VIH[1]				
Âge							
15–24	17,8	0,7	81,5	100,0	18,5	14,5	1 989
15–19	13,2	1,0	85,7	100,0	14,3	12,2	1 152
20–24	24,0	0,2	75,7	100,0	24,3	17,8	836
25–29	31,3	1,1	67,7	100,0	32,3	14,4	654
30–39	43,1	0,5	56,4	100,0	43,6	20,6	1 243
40–49	47,3	0,6	52,1	100,0	47,9	21,0	1 063
État matrimonial							
Célibataire	21,6	0,6	77,8	100,0	22,2	15,6	2 608
A déjà eu des rapports sexuels	25,3	0,8	74,0	100,0	26,0	17,2	1 813
N'a jamais eu de rapports sexuels	13,2	0,1	86,6	100,0	13,4	12,0	795
Marié/vivant ensemble	44,6	0,7	54,6	100,0	45,4	19,4	1 961
En rupture d'union	41,5	1,1	57,4	100,0	42,6	19,7	380
Résidence							
Urbain	34,3	0,6	65,1	100,0	34,9	18,9	3 815
Rural	25,5	0,9	73,6	100,0	26,4	12,6	1 134
Département							
Kouilou	15,8	0,0	84,2	100,0	15,8	3,9	75
Niari	16,3	0,5	83,3	100,0	16,7	3,7	266
Lékoumou	29,2	0,5	70,3	100,0	29,7	9,1	93
Bouenza	40,2	0,7	59,1	100,0	40,9	22,2	284
Pool	16,2	0,0	83,8	100,0	16,2	2,3	124
Plateaux	44,3	2,9	52,8	100,0	47,2	39,2	71
Cuvette	41,1	0,6	58,3	100,0	41,7	33,2	120
Cuvette-Ouest	16,6	1,1	82,3	100,0	17,7	2,9	48
Sangha	27,0	0,0	73,0	100,0	27,0	3,5	113
Likouala	17,5	0,4	82,0	100,0	18,0	6,0	181
Brazzaville	34,8	0,6	64,5	100,0	35,5	20,8	2 029
Pointe-Noire	35,4	0,7	63,9	100,0	36,1	18,2	1 302
Djoué Léfini	20,8	0,9	78,3	100,0	21,7	9,5	63
Nkéni-Alima	21,5	2,3	76,2	100,0	23,8	10,2	85
Congo-Oubangui	30,8	1,6	67,6	100,0	32,4	18,5	95
Niveau d'instruction							
Aucun	32,8	0,2	67,0	100,0	33,0	19,4	185
Primaire	22,6	0,3	77,1	100,0	22,9	11,2	538
Secondaire 1er cycle	25,9	0,9	73,2	100,0	26,8	14,8	1 853
Secondaire 2nd cycle	35,5	0,8	63,7	100,0	36,3	19,0	1 581
Supérieur	47,0	0,1	52,9	100,0	47,1	24,3	792
Quintiles de bien-être économique							
Le plus bas	18,8	1,0	80,3	100,0	19,7	9,7	822
Second	28,1	0,2	71,7	100,0	28,3	15,1	945
Moyen	30,8	0,7	68,4	100,0	31,6	14,9	1 140
Quatrième	35,8	0,1	64,1	100,0	35,9	19,7	1 096
Le plus élevé	45,7	1,4	52,8	100,0	47,2	26,9	946
Total 15–49	32,3	0,7	67,1	100,0	32,9	17,4	4 949
50–64	45,2	1,5	53,4	100,0	46,6	19,2	898
Ensemble 15–64	34,2	0,8	65,0	100,0	35,0	17,7	5 847

[1] Y compris les enquêtés qui n'ont pas entendu parler du VIH ou qui ont refusé de répondre aux questions sur le VIH.

RÉFÉRENCES

Bradley, S. E. K., T. N. Croft, J. D. Fishel, and C. F. Westoff. 2012. Revising Unmet Need for Family Planning. *DHS Analytical Studies No. 25*. Calverton, Maryland, USA: ICF International.

Chaparro C. M., Suchdev P. S. Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries. *Ann N Y Acad Sci.* 2019 Aug;1450(1):15–31. doi: 10.1111/nyas.14092. Epub 2019 Apr 22. PMID: 31008520; PMCID: PMC6697587.

Haider, B. A., I. Olofin, M. Wang, D. Spiegelman, M. Ezzati, W. W. Fawzi, and G. Nutrition Impact Model Study. 2013. Anaemia, Prenatal Iron Use, and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ* 346: f3443. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23794316.

Van Lerberghe, W., and V. De Brouwere. 2001. Of Blind Alleys and Things That Have Worked: History's Lessons on Reducing Maternal Mortality. In: De Brouwere, V., and W. Van Lerberghe, eds, *Safe Motherhood Strategies: A Recent Review of the Evidence*. Antwerp: ITG Press, 7–33.

World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF). 2021. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Definitions and Measurement Methods.* Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389

World Health Organization (WHO). 2003. *World Health Report 2003.* Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2006a. *Standards for Maternal and Neonatal Care*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2006b. *Child Growth Standards*. Geneva, Switzerland: WHO. https://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf.