

République Gabonaise



**Troisième Enquête
Démographique et
de Santé au Gabon
(EDSG-III)**

2019–2021

Rapport des indicateurs clés



RÉPUBLIQUE GABONAISE

Troisième Enquête Démographique et de Santé au Gabon (EDSG-III) 2019–2021

Rapport des indicateurs-clés

Direction Générale de la Statistique (DGS)
Libreville, Gabon

The DHS Program
ICF
Rockville, Maryland, USA

Juin 2022



Ce rapport présente les résultats clés de la troisième Enquête Démographique et de Santé au Gabon (EDSG-III), conduite dans le cadre du programme des activités « Gabon-Banque Mondiale (feuille de route) 2015–2020 ». L’EDSG-III réalisée par la Direction Générale de la Statistique (DGS) du Ministère de l’Économie et de la Relance, en étroite collaboration avec le Programme de Lutte contre les IST et le VIH/Sida (PLIST/VIHSIDA), le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS), et les services techniques du Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique. Le financement de l’EDSG-III a été assuré par la Banque Mondiale, l’UNFPA et le Gouvernement de la République Gabonaise. ICF a fourni l’assistance technique à l’ensemble du projet par le biais du DHS Program, financé par l’USAID, et dont l’objectif est de fournir un support et une assistance technique à des pays à travers le monde pour la réalisation des enquêtes sur la population et la santé.

Pour tout renseignement concernant la troisième Enquête Démographique et de Santé au Gabon (EDSG-III), veuillez contacter la Direction Générale de la Statistique, Gabon. Contact : OLOUMI, Immeuble ancienne Planification ; B.P. 2119-Libreville-Gabon ; e-mail : infodgstat@gmail.com ; téléphone : (+241) 0172 04 55/0172 13 69/01 76 06 71 ; fax : (+241) 01 72 04 57 ; web : <http://www.stat-gabon.ga>.

Pour obtenir des informations sur le DHS Program, veuillez contacter 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.

Citation recommandée :

Direction Générale de la Statistique (DGS) et ICF. 2019–2021. *Enquête Démographique et de Santé au Gabon, 2019–2021 : Indicateurs Clés*. Libreville, Gabon et Rockville, Maryland, USA : DGS et ICF

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES	v
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	vii
REMERCIEMENTS	ix
CARTE DU GABON ET DOMAINES D'ÉTUDE DE L'ENQUÊTE	xii
1 INTRODUCTION	1
2 MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE	2
2.1 Échantillonnage	2
2.2 Questionnaires	2
2.3 Test du niveau d'iode dans le sel de cuisine, tests d'anémie, du paludisme, du VIH, de l'hépatite B, anthropométrie, pression artérielle.....	3
2.3.1 Test du niveau d'iode dans le sel de cuisine	4
2.3.2 Test d'anémie.....	4
2.3.3 Test du paludisme	4
2.3.4 Test du VIH et de l'hépatite B	4
2.3.5 Mesures anthropométriques	5
2.3.6 Pression artérielle.....	5
2.4 Formation et collecte des données	5
2.4.1 Première session	5
2.4.2 Deuxième session	6
2.4.3 Troisième session (remise à niveau)	7
2.5 Traitement des données	7
3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES	9
3.1 Couverture de l'échantillon	9
3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	10
3.3 Fécondité	12
3.3.1 Niveau de fécondité	12
3.3.2 Tendance de la fécondité	12
3.3.3 Fécondité des adolescentes	12
3.3.4 Préférences en matière de fécondité.....	14
3.4 Contraception	15
3.4.1 Utilisation actuelle de la contraception.....	15
3.4.2 Besoins en matière de planification familiale	17
3.5 Mortalité des enfants	18
3.6 Santé de la reproduction	19
3.6.1 Soins prénatals	20
3.6.2 Vaccination antitétanique.....	22
3.6.3 Accouchement	22
3.6.4 Soins postnatals de la mère	22
3.7 Santé des enfants	23
3.7.1 Vaccination des enfants	23
3.7.2 Traitement des maladies de l'enfance.....	26
3.7.3 Etat nutritionnel des enfants.....	28
3.7.4 Allaitement et alimentation de complément	31
3.7.5 Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes	33
3.8 Paludisme	36
3.8.1 Possession d'une MII et accès à une MII dans le ménage	36
3.8.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants et les femmes enceintes	37

3.8.3	Utilisation du traitement préventif intermittent par les femmes au cours de la grossesse	38
3.8.4	Prévalence et traitement précoce de la fièvre chez les enfants	39
3.8.5	Prévalence du paludisme chez les enfants	40
3.9	Connaissance, attitudes et comportements vis-a-vis du VIH/SIDA	41
3.9.1	Connaissance du VIH	41
3.9.2	Connaissance du VIH parmi les jeunes.....	42
3.9.3	Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom.....	44
RÉFÉRENCES		47

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Tableau 1	Résultats des interviews Ménages et Individuelles.....	9
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	11
Tableau 3	Fécondité actuelle	12
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	16
Tableau 7	Besoins et demande en matière de planification familiale parmi les femmes actuellement en union	17
Tableau 8	Quotient de mortalité des enfants de moins de 5 ans.....	19
Tableau 9	Indicateurs des soins de santé maternelle	21
Tableau 10	Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques.....	25
Tableau 11	Traitement des symptômes d'IRA, de la fièvre, et de la diarrhée.....	27
Tableau 12	Etat nutritionnel des enfants	30
Tableau 13	Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant	31
Tableau 14	Prévalence de l'anémie chez les enfants.....	34
Tableau 15	Prévalence de l'anémie chez les femmes.....	35
Tableau 16	Possession de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide par les ménages.....	36
Tableau 17	Utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) par les enfants et les femmes enceintes.....	37
Tableau 18	Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPIg) par les femmes au cours de la grossesse	39
Tableau 19	Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants.....	40
Tableau 20	Prévalence du paludisme chez les enfants	40
Tableau 21	Connaissance des moyens de prévention du VIH.....	42
Tableau 22	Connaissance complète des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes	43
Tableau 23.1	Partenaires sexuels multiples et rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Femme	45
Tableau 23.2	Partenaires sexuels multiples et rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Homme.....	46
Graphique 1	Tendances de l'Indice Synthétique de Fécondité, 2019–2021.....	12
Graphique 2	Tendances des besoins non satisfaits, utilisation de méthodes contraceptives modernes et pourcentage de demande satisfaite par des méthodes modernes.....	18
Graphique 3	Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, 2000–2021	19
Graphique 4	Tendances des soins de santé maternelle, 2000–2021	23
Graphique 5	État nutritionnel des enfants par âge.....	29
Graphique 6	Rapport alimentaire minimum acceptable selon l'âge, en mois	33
Graphique 7	Pourcentage de la population de fait ayant accès à une MII dans le ménage	38

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

BCG	Bacille de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
CAPI	Computer-Assisted Personal Interviewing
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CSPro	Census and Survey Processing System
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DGS	Direction Générale de la Statistique
DHS	Demographic and Health Survey
DIU	Dispositif Intra Utérin
DTCoq	Vaccination contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSG	Enquête Démographique et de Santé du Gabon
g/dl	Gramme par décilitre
HepB	Vaccin contre l'Hépatite B
Hib	Haemophilus Influenzae type B
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MAMA	Méthode de l'Aménorrhée et de l'Allaitement Maternel
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MINSANP	Ministère de la Santé Publique
MJF	Méthode des Jours Fixes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPV	Oral Polio Vaccine
PCV	Vaccin Contre le Pneumocoque
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
RGPL	Recensement Général de la Population et de Logement
SD	Secteurs de Dénombrement
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SRO	Sels de Réhydratation Orale
TBN	Taux Brut de Natalité
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UPS	Unité Primaire de Sondage
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
USS	Unité Secondaire de Sondage
VAT	Vaccin Antitétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPI	Vaccin contre la Polio Inactivé

REMERCIEMENTS

La troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSG-III), réalisée par la Direction Générale de la Statistique (DGS) en collaboration avec les différents programmes nationaux œuvrant dans les domaines de la Santé, a bénéficié de l'appui technique de ICF. Cette opération a été financée par la Banque Mondiale dans le cadre du Projet de Développement des Statistiques.

Cette opération d'envergure nationale a permis au Gabon de disposer de données statistiques actualisées en matière de population, de santé et de nutrition.

L'aboutissement de cette opération est attribuable, en premier lieu, à la disponibilité des populations que nous remercions d'ailleurs vivement, mais aussi à l'engagement des plus Hautes Autorités du pays pour le renforcement des capacités statistiques nationales, sans oublier l'implication des partenaires internationaux et leur rôle d'encadrement technique.

À cet égard, je voudrais vous réaffirmer ma gratitude, pour tous les efforts accomplis dans la réalisation de cette importante activité qui contribuera à améliorer les données statistiques dans ce domaine, avec pour but final, une meilleure prise de décisions en termes de politiques et programmes de développement de notre pays.

Je voudrais remercier particulièrement :

- Son Excellence, Ali BONGO ONDIMBA, Président de la République Gabonaise, Chef de l'État, pour son implication personnelle pour le renforcement des capacités statistique au Gabon ;
- Madame Rose Christiane OSSOUKA, Premier Ministre Chef du Gouvernement, pour la mise en œuvre de ce projet ;
- Madame Nicole Jeannine Lydie ROBOTY Epse MBOU, Ministre de l'Économie et de la Relance, qui a efficacement œuvré à la réussite du projet dans un contexte de COVID-19 ;
- Les autres membres du Gouvernement pour leurs implications diverses ;
- L'ensemble des autorités administratives, politiques, militaires et religieuses pour les facilités apportées aux équipes dans les différentes phases de cette activité ;
- Toutes les populations des localités visitées pour leur accueil et leur disponibilité ;

Je voudrais également féliciter :

- L'ensemble de l'équipe technique de l'EDSG-III (le Coordonnateur Technique de l'EDSG-III et son adjoint, les chefs de section, les représentants des programmes, le personnel d'appui technique et administratif, les superviseurs, les chefs d'équipe, les enquêteurs, les enquêtrices, les agents biomarqueurs, les personnels d'exploitation des données et les chauffeurs) pour l'esprit de responsabilité et de sacrifice dont ils ont fait montre, malgré les difficultés de terrain ;
- Les experts de ICF Macro International pour l'appui dans la préparation et l'encadrement de la collecte, du traitement des données et d'analyse.
- La Banque Mondiale, pour son assistance technique et financière ;
- Notre partenaire technique et financier, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) pour sa précieuse contribution à la réussite de ce projet.

Au nom de la Direction Générale de la Statistique, je puis assurer à toutes et à tous que cette publication des résultats de la troisième enquête démographique et de santé réponds aux attentes globales du projet, et que l'ensemble de ces statistiques sera mis à la disposition de tous, dans les meilleurs délais. La Coordination Nationale de l'EDSG-III sera aussi heureuse de recevoir les commentaires et observations éventuelles qui permettront d'améliorer les futures publications.

Le Coordonnateur National de l'EDSG-III

**M. Prosper EBANG EBANG
Directeur Général de la Statistique**

CARTE DU GABON ET DOMAINES D'ÉTUDE DE L'ENQUÊTE



1 INTRODUCTION

L'Enquête Démographique et de Santé (EDSG-III) de 2019–2021, réalisée auprès des ménages en deux phases (novembre 2019 à mars 2020, puis de juin à octobre 2021), est la troisième du genre, effectuée au Gabon depuis 2000. Dans le cadre du programme de travail Gabon-Banque Mondiale (feuille de route) 2015–2020, prorogé jusqu'en 2023, le Gabon s'est engagé à organiser cette enquête d'envergure nationale. L'enquête a été conduite par la Direction Générale de la Statistique (DGS) du ministère de l'Économie et de la Relance, en collaboration avec des services techniques des ministères en charge de la Santé, des Affaires Sociales et de la Recherche scientifique. ICF a fourni l'assistance technique à l'ensemble du projet par le biais du Programme Mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé, The DHS Program, financé par l'USAID, et dont l'objectif est de fournir un soutien et une assistance technique aux pays du monde entier pour la réalisation des enquêtes sur la population et la santé.

L'EDSG-III a été exécutée grâce à l'appui financier de la Banque Mondiale (BM) et de l'UNFPA. Le protocole d'enquête, y compris la collecte de biomarqueurs, a été examiné et approuvé par le Comité National d'Éthique et de Recherche (CNER) du Gabon et le comité d'éthique de ICF.

L'EDSG-III fournit principalement des estimations actualisées des indicateurs démographiques et sanitaires de base. Plus précisément, elle 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 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, etc. Par ailleurs, l'EDSG-III comporte un volet biologique qui a consisté, d'une part à collecter, dans tous les ménages du sang auprès des enfants de 6 à 59 mois afin d'estimer le niveau de l'hémoglobine et la prévalence du paludisme dans cette population et, d'autre part, à collecter, dans un sous-échantillon de deux ménages sur trois, du sang auprès des femmes de 15–64 ans et des hommes de 15–64 ans afin d'estimer le niveau de l'hémoglobine, la prévalence du VIH et de l'hépatite B dans cette population. La mesure de la tension artérielle a également été effectuée auprès des femmes de 15–64 ans et des hommes de 15–64 ans pour mesurer la prévalence de l'hypertension.

À cause de la crise sanitaire mondiale causée par le coronavirus (COVID-19), le travail de collecte des données sur le terrain a été effectué en deux phases. La première, du 23 novembre 2019 au 27 mars 2020 qui a couvert 51 % du total des grappes de l'échantillon de l'enquête. La deuxième phase est intervenue à la suite de l'allègement des mesures restrictives de lutte contre la COVID-19 au Gabon et a couvert la période allant du 7 juin au 30 octobre 2021.

Ce rapport présente plusieurs indicateurs-clés calculés à partir de la base de données de l'enquête. À ce titre, il permet aux différents responsables et administrateurs des programmes de population et de santé de connaître les premiers résultats avant l'analyse détaillée du fichier complet des données de l'enquête. Tous les autres indicateurs seront traités et présentés dans le rapport final avec une analyse plus élaborée des données en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées.

2 MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

2.1 ECHANTILLONNAGE

L'échantillon de l'EDSG-III est un échantillon aréolaire, stratifié et tiré à deux degrés. L'unité primaire de sondage (UPS) est la grappe ou appelée encore secteur de dénombrement (SD) telle que définie au Recensement Général de la Population et des Logements de 2013. Chacune des neuf provinces du pays a été séparée en parties urbaine et rurale pour former des strates. La capitale Libreville et la capitale économique Port-Gentil constituent, chacune, un domaine d'étude à part et sont considérées comme n'ayant pas de partie rurale. L'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Au premier degré, 390 grappes ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à la taille. La taille de la grappe est le nombre de ménages recensés dans la grappe pendant le Recensement Général de la Population et des Logements. Un dénombrement complet des ménages dans chaque grappe sélectionnée a permis d'obtenir une liste des ménages, à partir de laquelle 32 ménages de l'échantillon ont été tirés au deuxième degré avec un tirage systématique à probabilité égale.

Toutes les femmes âgées de 15–49 ans vivant de façon permanente dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. En outre, dans 2/3 des ménages, toutes les femmes de 50–64 ans et tous les hommes de 15–64 ans étaient également éligibles pour être enquêtés.

Dans tous les ménages, tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être pesés et mesurés de façon à déterminer leur état nutritionnel (émaciation, insuffisance pondérale et retard de croissance). Dans ces ménages également, tous les enfants de 6–59 mois étaient éligibles pour les tests d'anémie et du paludisme. Dans le sous-échantillon de 2/3 des ménages, toutes les femmes de 15–64 ans et tous les hommes de 15–64 ans étaient éligibles pour les mesures anthropométriques, et les tests d'anémie, de VIH et d'hépatite B. Enfin, dans ce même sous-échantillon, toutes les femmes de 15–64 ans et tous les hommes de 35–64 ans étaient également éligibles pour la prise de la tension artérielle.

2.2 QUESTIONNAIRES

Quatre types de questionnaires ont été utilisés pour collecter les données de l'EDSG-III : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme, le questionnaire individuel homme et les questionnaires biomarqueurs 1 et 2. Le contenu de ces questionnaires est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme DHS. Une adaptation aux besoins spécifiques du Gabon a été faite grâce à un processus participatif d'échanges et de concertations lors de plusieurs réunions ayant regroupé toutes les parties prenantes de cette enquête. Par ailleurs, avant le démarrage de la collecte des données de l'EDSG-III auprès des ménages de l'échantillon, les agents retenus ont rempli un questionnaire de l'agent de terrain.

Le questionnaire ménage, administré à un membre adulte du ménage et bien informé sur le ménage, permet d'enregistrer tous les membres du ménage et les visiteurs qui y ont passé la nuit précédant l'enquête, avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, etc. Il permet aussi d'identifier les femmes, les hommes et les enfants éligibles pour les interviews individuelles et/ou pour les tests et mesures anthropométriques. Ce questionnaire permet également de collecter les informations sur les caractéristiques du ménage, telles que la principale source d'approvisionnement en eau à boire, le type de toilettes, le type de matériaux du sol, du logement, la possession de certains biens durables, la possession du bétail et/ou de volaille, le lavage des mains et la possession et l'utilisation de la moustiquaire. Il recueille aussi des données sur l'enregistrement des enfants à l'état civil, le travail et la discipline des enfants.

Le questionnaire individuel femme est utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15–64 ans, résidentes ou visiteuses du ménage. Il comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
- Reproduction (et mortalité des enfants) ;
- Contraception ;
- Grossesse et soins pré et postnatals ;
- Vaccination des enfants ;
- Santé de l'enfant et nutrition ;
- Union (Mariage) et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Caractéristiques du mari et travail de la femme ;
- Connaissance/Attitude sur le VIH/sida (sous-échantillon de l'enquête homme) ;
- Autres problèmes de santé et statut tabagique (sous-échantillon de l'enquête homme) ;
- Mortalité adulte et mortalité maternelle ;
- Maladies non transmissibles (sous-échantillon de l'enquête homme) ;
- Violences basées sur le genre (sous-échantillon de l'enquête homme ; une femme aléatoirement sélectionnée par ménage).

Le questionnaire individuel homme est complètement indépendant du questionnaire individuel femme, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15–64 ans sont identiques à celles posées aux femmes de 15–64 ans. Tous les hommes de 15–64 étaient éligibles dans 22 ménages sur 32 (deux ménages sur trois) dans chaque grappe (le sous-échantillon de l'enquête homme). Le questionnaire comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Union (Mariage) et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Emploi et rôle des sexes (genre) ;
- Connaissance/Attitude sur le VIH/sida ;
- Autres problèmes de santé ;
- Maladies non transmissibles.

Les questionnaires biomarqueurs 1 et 2. Le questionnaire biomarqueur 1 a permis d'enregistrer les résultats des mesures anthropométriques (poids et taille) et des tests d'anémie et du paludisme dans les ménages non sélectionnés pour l'enquête homme (sous-échantillon d'un tiers). Tandis que le questionnaire biomarqueur 2 a été utilisé dans le sous-échantillon de deux ménages sur trois, c'est-à-dire ceux sélectionnés pour l'enquête homme (22 ménages sur 32 dans chaque grappe) pour enregistrer les résultats d'une part, des mesures anthropométriques et des tests biologiques (anémie et paludisme) pour les enfants, les femmes et, d'autre part, les informations relatives à la participation des femmes et des hommes aux tests du VIH/sida et de l'hépatite B.

Le questionnaire de l'agent de terrain a été rempli par les chefs d'équipe, les enquêteurs et les agents biomarqueurs qui ont été retenus pour réaliser la collecte des données sur le terrain. Ce questionnaire permet de connaître les caractéristiques sociodémographiques de base des agents de terrain (milieu de résidence, âge, sexe, état matrimonial, niveau d'instruction, langues parlées), expérience en matière de grandes enquêtes telles que les EDS.

2.3 TEST DU NIVEAU D'IODE DANS LE SEL DE CUISINE, TESTS D'ANÉMIE, DU PALUDISME, DU VIH, DE L'HÉPATITE B, ANTHROPOMÉTRIE, PRESSION ARTÉRIELLE

Au cours de la collecte de données sur le terrain, les agents biomarqueurs de l'équipe devaient effectuer les mesures anthropométriques et les tests biologiques d'anémie, de paludisme, du VIH et de l'hépatite B sur

les personnes éligibles. Les agents enquêteurs devaient, quant à eux, en plus de conduire l'interview dans les ménages, prendre la tension artérielle des adultes éligibles et réaliser le test de la présence et du niveau d'iode dans le sel de cuisine utilisé dans le ménage.

2.3.1 Test du niveau d'iode dans le sel de cuisine

Pendant la collecte des données et dans le sous-échantillon des 2/3 des ménages, dans chaque ménage visité, les enquêteurs ont testé le sel utilisé pour la cuisine. Ce test rapide permet de déterminer sur place la teneur en iode du sel. Le « kit » utilisé permet de faire la distinction entre le sel non iodé et le sel iodé à plus ou moins 15 parties par million (ppm). Le sel iodé à moins 15 ppm est considéré comme insuffisamment iodé alors que celui iodé à 15 ppm ou plus est considéré comme adéquatement iodé.

2.3.2 Test d'anémie

Dans tous les ménages, les enfants de 6–59 mois étaient éligibles pour le test d'anémie. Pour les femmes de 15–64 ans et les hommes de la même tranche d'âges, le test d'anémie ne concernait que ces catégories de population du sous-échantillon de 2/3 des ménages. Ce test a été effectué en utilisant le système HemoCue 201+. Après obtention du consentement éclairé et avant le prélèvement du sang, le doigt (ou le talon pour les enfants de 6–12 mois et ceux qui sont maigres) a été nettoyé avec un tampon alcoolisé. Le doigt (ou le talon) a été séché à l'air libre, puis un agent biomarqueur a effectué une piqûre sur la surface palmaire de l'extrémité du doigt (ou au talon) à l'aide d'une lancette auto-rétractable, stérile et non réutilisable. Une goutte de sang a été récupérée dans une microcuvette HemoCue et insérée dans le photomètre qui affichait le niveau d'hémoglobine. Le résultat du test et sa signification ont été communiqués à la femme ou à l'homme ayant participé au test ou au parent/adulte responsable de l'enfant.

En outre, dans les cas où le niveau d'hémoglobine se situait en dessous d'une certaine limite qui correspond à une anémie sévère (un niveau d'hémoglobine <8 g/dl), l'agent biomarqueur recommandait aux personnes concernées de se rendre dans un établissement sanitaire le plus proche pour diagnostic et prise en charge. Une « brochure informative sur l'anémie » était systématiquement laissée aux ménages ayant des membres éligibles pour le test d'anémie, qu'ils aient accepté ou non d'être testés.

2.3.3 Test du paludisme

Afin d'estimer la prévalence du paludisme parmi les enfants de 6–59 mois, dans tous les ménages, des prélèvements de sang ont été effectués chez les enfants de ce groupe d'âges, pour lesquels les parents ou adultes responsables avaient, au préalable, donné leur consentement éclairé. Le test de paludisme a consisté en un test de diagnostic rapide (TDR), plus précisément le SD BIOLINE Malaria Antigen Pf/Pv. Après obtention du consentement éclairé, l'agent biomarqueur a collecté une goutte de sang (généralement de la même piqûre faite pour le test d'anémie) sur la bandelette du TDR. Le résultat du test, disponible au bout de 15 minutes, a été communiqué immédiatement aux parents ou personnes responsables de l'enfant et enregistré dans les questionnaires biomarqueurs. Pour les enfants présentant un TDR positif, l'enfant était traité avec un CTA pour un paludisme simple ou référé immédiatement au centre de santé le plus proche pour « avis et conduite à tenir ».

2.3.4 Test du VIH et de l'hépatite B

Les tests du VIH et de l'hépatite B ont été effectués dans le sous-échantillon de 2/3 des ménages sélectionnés pour l'enquête homme. Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes 15–64 ans et tous les hommes de 15–64 ans étaient éligibles pour ces tests. Les prélèvements de sang ont été réalisés auprès de toutes les femmes et de tous les hommes éligibles de ces ménages qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH et celui pour dépister l'hépatite B sont basés sur le protocole anonyme-lié développé par le programme DHS. Selon ces protocoles, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang.

Prélèvement des gouttes de sang séché (DBS) : Après obtention du consentement éclairé, l'agent biomarqueur prélève des gouttes de sang capillaire sur du papier filtre. Une étiquette contenant un code à barres est alors apposée sur le papier filtre. Une deuxième étiquette avec le même code à barres est ensuite collée dans le questionnaire biomarqueurs sur la colonne correspondant à la personne éligible. Enfin, une troisième étiquette code à barres identique aux deux précédents est collée à la feuille de transmission des DBS. Les gouttes de sang sur papier filtre ont été séchées pendant la nuit dans une boîte de séchage contenant un dessicatif pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché a été placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Ces sacs en plastique individuels ont été conservés jusqu'à leur acheminement à la coordination de l'enquête à la DGS à Libreville pour enregistrement, vérification et transfert au Laboratoire National du Gabon. Le laboratoire enregistre, à son tour, les prélèvements avant de les stocker à basse température (-80° C).

Analyse des DBS : Cette étape débutera après la publication des indicateurs-clés après le brouillage de tous les identifiants permettant de retrouver une personne éligible ou une grappe enquêtée.

2.3.5 Mesures anthropométriques

Le poids et la taille des enfants de moins de 5 ans (dans tous les ménages), des femmes de 15–64 ans et des hommes de 15–64 ans (dans 2/3 des ménages) ont été mesurés à l'aide, respectivement, des balances électroniques SECA avec affichage numérique (numéro de modèle SECA 878) et des toises graduées Shorr Board®. Les enfants de moins de 2 ans ont été mesurés en position couchée (longueur) tandis que ceux âgés de 2 ans ou plus et les adultes ont été mesurés debout (taille). Les mesures, enregistrées dans les questionnaires biomarqueurs, ont été utilisées pour évaluer l'état nutritionnel.

2.3.6 Pression artérielle

Dans le sous-échantillon de 2/3 des ménages sélectionnés pour l'enquête homme, les enquêteurs devaient mesurer la pression artérielle de toutes les femmes de 15–64 ans et de tous les hommes de 35–64 ans. Une première mesure était prise en début d'interview, une autre au milieu de l'interview et une 3^{ème} à la fin ; et une moyenne de ces mesures a été calculée. Ce résultat était communiqué aux participants et les personnes présentant une hypertension étaient référées à un établissement sanitaire pour un suivi et une prise en charge appropriés.

Une brochure d'information et d'éducation sur l'hypertension et les moyens de prévention était laissée dans chacun des ménages de l'échantillon global.

2.4 FORMATION ET COLLECTE DES DONNÉES

La formation du personnel de terrain a été organisée en trois sessions à cause de la crise sanitaire mondiale causée par le coronavirus (COVID-19).

2.4.1 Première session

La première session de formation sur le prétest a été organisée du 30 juillet au 21 août 2019 et a été clôturée par la réalisation, sur le terrain, de l'enquête pilote. La formation sur les questionnaires et l'application CAPI a été dispensée par des cadres de la DGS (volet questionnaire et CAPI), du Laboratoire National (volet biomarqueur) et des experts de ICF avec la contribution d'autres cadres des départements sectoriels du ministère de la Santé et des Affaires Sociales et du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique. Pour la réalisation du terrain du prétest, vingt agents ayant une expérience en matière de collecte de données ont été retenus, sur un total de trente recrutés et formés, pour le volet recueil des données à l'aide de tablettes. Le volet biomarqueur a mobilisé huit agents sur un total de 11 agents recrutés et formés.

Le prétest a été effectué du 18 au 21 août 2019 dans deux quartiers (Venez-Voir et Lalala à gauche) de Libreville et deux villages (Donguila et Cocobeach) situés à 50 km environ de Libreville. Aucune des

grappes du prétest ne faisait partie de l'échantillon principal. Au total, 80 ménages ont été interviewés par quatre équipes de travail. L'objectif de cet exercice était de tester, entre autres, les questionnaires et le recueil des données à l'aide de la tablette par les agents, l'acceptation de l'enquête dans la communauté, l'estimation du temps nécessaire au remplissage de chaque type de questionnaire et la stratégie de mise en œuvre de l'enquête.

2.4.2 Deuxième session

La deuxième session de formation a été organisée du 11 octobre au 08 novembre 2019 pour préparer les agents à la réalisation de l'enquête principale. La DGS a préalablement sélectionné 108 (61 femmes et 47 hommes) candidats aux postes d'enquêtrice, d'enquêteur et de chef d'équipe ; et le Laboratoire national a recruté 38 candidats au poste d'agent biomarqueur (mesureur et aide-mesureur). La formation était organisée séparément pour le volet « questionnaire et CAPI » du 11 octobre au 6 novembre 2019 et pour celui « biomarqueur » du 21 octobre au 6 novembre 2019 à l'École Supérieure de Gestion, d'Informatique et des Sciences (ESGIS) de Libreville dans trois salles. Les 108 candidats aux postes d'enquêtrice, enquêteur et chef d'équipe ont été répartis dans deux salles distinctes et les 38 candidats au poste d'agents biomarqueur dans la troisième salle. La formation des candidats enquêtrices, enquêteurs et chefs d'équipes a porté sur les techniques d'interview et de remplissage des questionnaires, l'utilisation des Tablettes PC pour le recueil des informations, la réalisation du test de la teneur en iode du sel de cuisine et la prise de la tension artérielle.

Les candidats techniciens de santé ont, quant à eux, été formés sur les techniques de prise des mesures anthropométriques, de réalisation des tests d'anémie et du paludisme et celle de prélèvement sanguin pour les tests du VIH et de l'hépatite B. Comme effectué dans le prétest, la formation a été assurée par les cadres de la DGS (volet questionnaire et CAPI), du Laboratoire National (volet biomarqueur) et des experts de ICF avec la contribution des cadres des départements sectoriels des ministères impliqués.

L'approche utilisée a consisté en (i) une lecture concomitante des manuels d'instruction et des questionnaires, suivie d'explications et de démonstrations ; (ii) des jeux de rôle en salle entre personnel en formation, suivis de discussions ; (iii) des pratiques sur le terrain dans des ménages réels et dans des formations sanitaires suivies de discussions en salle ; et (iv) l'organisation régulière des évaluations des connaissances acquises, suivies de discussions en salle. La formation sur la mesure de la taille des enfants a comporté des tests de standardisation et des tests de re-standardisation pour ceux dont le test n'avait pas été concluant. La pratique sur le terrain après la formation a été réalisée du 3 au 5 novembre 2019 dans cinq grappes proches du lieu de la formation avec tous les candidats. Aucune de ces localités ne faisait partie de l'échantillon principal de l'EDSG III.

À l'issue de la formation, les 124 meilleurs agents ont été retenus sur la base de leurs performances pour participer à la collecte des données de l'EDSG-III auprès des ménages. Parmi eux, cinq ayant fait preuve d'une plus grande maîtrise des questionnaires et des procédures de travail de l'EDS ont été retenus pour jouer le rôle d'éditeur sur le terrain. Les 119 autres meilleurs agents ont été répartis en 17 équipes de travail pour la collecte des données sur toute l'étendue du territoire national. Chaque équipe était composée d'un chef d'équipe, de trois enquêtrices, d'un enquêteur et de deux agents biomarqueurs. Les 17 équipes, en fonction de la province d'affectation, étaient réparties aux cinq éditeurs pour un meilleur suivi.

Les chefs d'équipes ont reçu une formation complémentaire axée sur le contrôle technique, l'organisation du travail, le suivi des biomarqueurs, et la gestion de la logistique, le contact avec les autorités et les populations. Et les éditeurs ont reçu une formation complémentaire sur la lecture des tableaux de qualité, les techniques de gestion des problèmes dans les données et l'appui de l'équipe à la fermeture de la grappe. Et pour assurer le déplacement des équipes, un véhicule et un chauffeur étaient à leur disposition. Chaque éditeur devait disposer aussi d'un véhicule et d'un chauffeur mais cela n'a pas été possible à cause de certaines difficultés d'ordre logistique et administrative.

L'EDSG-III a été officiellement lancée le 23 novembre 2019 et 17 équipes ont été déployées dans leurs grappes respectives en commençant la collecte des données par la province de l'Estuaire notamment dans la commune de Libreville et poursuivre à l'intérieur du pays. Avec la déclaration des cas de COVID-19 en mars 2020 au Gabon et suite à la prise des mesures restrictives pour lutter contre la pandémie, la direction nationale de l'enquête, de concert avec toutes les parties prenantes, a décidé de suspendre à partir du 27 mars 2020 les activités de terrain de l'EDSG-III et attendre un moment plus propice pour la reprise. À ce stade, la collecte était achevée dans 198 grappes sur le total de 390 que compte l'échantillon ; soit une couverture 51 % après quatre mois environ de travail.

2.4.3 Troisième session (remise à niveau)

Avec l'allègement des mesures restrictives liées à la COVID-19 par le Gouvernement vers la fin de l'année 2020, la reprise des activités de l'EDSG-III a été envisagée. Se basant sur l'expérience de la gestion difficile des 17 équipes, il a été convenu de réduire à 12 le nombre d'équipes à mobiliser pour cette deuxième. En outre, le poste d'éditeur a été supprimé. La longue période de suspension commandait une remise à niveau des agents de terrain ayant réalisé la collecte lors de la première phase. Parmi les 124 agents ayant participé à la phase I, 96 (69 enquêtrices, enquêteur et chefs d'équipe ; 23 agents biomarqueurs et 4 éditeurs) étaient disponibles pour la reprise. Pour le volet biomarqueur, le Laboratoire National a recruté un complément d'effectif de 11 nouveaux candidats pour combler les besoins.

Des séances de mise à niveau ont été organisées du 4 au 16 janvier 2021 à l'Institut Universitaire des Sciences de l'Organisation (IUSO) de Libreville au profit des 69 agents (enquêtrices, enquêteurs et chefs d'équipe) et des quatre éditeurs. Cependant, pour les 34 agents biomarqueurs (23 anciens et 11 nouveaux), la formation a été reprise entièrement pour permettre aux nouveaux, surtout, de s'approprier tous les aspects de leur mission.

Lors de cette troisième phase de formation et dans le contexte COVID-19, un accent a été mis sur la sensibilisation de tous les agents sur les mesures de lutte contre la maladie et les comportements à adopter durant les activités en salle, mais aussi dans la communauté.

À l'issue de ces séances de mise à niveau pour les enquêtrices, enquêteurs et chefs d'équipe et de formation pour les agents biomarqueur, 84 personnes (60 enquêtrices, enquêteurs et chefs d'équipe et 24 agents biomarqueurs) ont été sélectionnées pour constituer douze (12) équipes de travail avec la même composition par équipe que celle de la phase 1.

À cause de la pandémie de COVID-19 chaque équipe avait, pour cette phase, à sa disposition deux véhicules avec chauffeurs. Le respect des gestes barrières (port des masques, distanciation, utilisation de gel désinfectant pour les mains) a été strictement suivi à tout moment par le personnel de terrain, y compris les chauffeurs en vue de la protection contre le COVID-19.

La collecte des données de la deuxième phase de l'EDSG-III a couvert la période allant du 7 juin au 30 octobre 2021. Au cours de cette phase, les 192 grappes restantes après la première phase de collecte ont été visitées.

La supervision des travaux a été assurée par les cadres du Comité Technique et les experts de ICF. Elle a permis de contrôler la qualité des données collectées par les agents de terrain, de sensibiliser les autorités locales à collaborer dans la mise en œuvre de cette enquête et d'apporter des solutions aux problèmes rencontrés par les agents sur le terrain et surtout d'harmoniser la façon de collecter les données.

2.5 TRAITEMENT DES DONNÉES

Lors des interviews, les réponses étaient 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 sur le terrain

étaient ensuite transmises au serveur central via internet. Les missions régulières de supervision centrale étaient surtout orientées vers les équipes dont les données présentaient des préoccupations spécifiques ou particulières au regard des tableaux de qualité. En plus, un programme de contrôle de qualité a permis de détecter, pour chaque équipe, les principales erreurs de collecte.

Lorsque toutes les données de terrain ont été transmises au serveur, le fichier de données de l'enquête a été vérifié, apuré et les coefficients de pondération ont été appliqués. La vérification de la cohérence interne des données saisies et l'apurement final de l'ensemble des données ont été réalisés jusqu'en avril 2022. La vérification finale a été réalisée avec l'assistance de l'équipe technique de l'enquête, y compris l'informaticien d'ICF. Les tableaux ont été produits et sortis après l'apurement final de données. C'est ainsi que le fichier de données était dans son format final et les résultats clés présentés ici ont été générés.

3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 COUVERTURE DE L'ÉCHANTILLON

Le **Tableau 1** récapitule les résultats de la collecte des données réalisées. Dans les grappes complétées au cours de l'EDSG-III, 12 480 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux 11 930 ont été identifiés. De ces 11 930 ménages, 11 781 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 %. Les taux de réponses des ménages ne sont pas différents entre le milieu rural et le milieu urbain. Dans les 11 781 ménages enquêtés, 9 912 femmes âgées de 15–49 ans étaient éligibles pour l'enquête individuelle, et pour 9 507 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès, soit un taux de réponse de 96 %, cela quel que soit le milieu de résidence.

Au cours de l'EDSG-III, l'enquête auprès des hommes a été réalisée dans deux ménages sur trois. Dans ce même sous-échantillon, les femmes de 50–64 ans étaient concernées. Dans les 8 190 ménages sélectionnés, 7 814 étaient identifiés, parmi lesquels 7 713 ont été enquêtés, soit un taux de réponse de 99 %, pratiquement identique en milieu rural (99 %) et urbain (98 %). Dans les 7 713 ménages enquêtés, 5 964 hommes âgés de 15–49 ans étaient identifiés comme éligibles et 5 568 ont été interviewés avec succès, soit un taux de réponse de 93 %. Le taux de réponse enregistré en milieu urbain (93 %) est légèrement inférieur à celui du milieu rural (95 %).

Dans le même sous-échantillon de ménages enquêtés avec succès, 1 423 hommes de 50–64 ans étaient identifiés comme éligibles et pour 1 326 d'entre eux, l'interview a été réalisée avec succès, soit un taux de réponse de 93 %. Le taux de réponse enregistré en milieu urbain est plus faible que celui obtenu en milieu rural (90 % contre 97 %).

Parmi les femmes, 1 592 femmes de 50–64 ans étaient identifiées comme éligibles et pour 1 536 d'entre elles, l'interview a été réalisée avec succès, soit un taux de réponse de 97 %. Le taux de réponse enregistré en milieu urbain (96 %) est légèrement inférieur à celui du milieu rural (98 %).

Tableau 1 Résultats des interviews Ménages et Individuelles

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse selon le milieu de résidence (non pondéré), EDSG-III 2019–2021

Résultat	Résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Interviews ménage			
Ménages sélectionnés	7 744	4 736	12 480
Ménages identifiés	7 421	4 509	11 930
Ménages interviewés	7 301	4 480	11 781
Taux de réponse des ménages ¹	98,4	99,4	98,8
Interviews des femmes de 15–49 ans			
Effectif de femmes éligibles	7 227	2 685	9 912
Effectif de femmes éligibles interviewées	6 920	2 587	9 507
Taux de réponse des femmes éligibles ²	95,8	96,4	95,9
Interviews ménages dans le sous-échantillon			
Ménages sélectionnés	5 082	3 108	8 190
Ménages identifiés	4 858	2 956	7 814
Ménages interviewés	4 777	2 936	7 713
Taux de réponse des ménages dans le sous-échantillon ¹	98,3	99,3	98,7
Interviews des hommes de 15–49 ans			
Effectif d'hommes éligibles	4 191	1 773	5 964
Effectif d'hommes éligibles interviewés	3 875	1 691	5 568
Taux de réponse des hommes éligibles ²	92,5	95,4	93,3
Interviews des hommes de 50–64 ans			
Effectif d'hommes éligibles	764	659	1 423
Effectif d'hommes éligibles interviewés	687	641	1 326
Taux de réponse des hommes éligibles ²	89,9	97,3	93,3
Interviews des femmes de 50–64 ans			
Effectif de femmes éligibles	838	754	1 592
Effectif de femmes éligibles interviewées	800	736	1 536
Taux de réponse des femmes éligibles ²	95,5	97,6	96,5

¹ Ménages interviewés/ménages identifiés.

² Enquêtés interviewés/enquêtés éligibles.

3.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

Le **Tableau 2** présente la répartition des femmes et des hommes de 15–49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, à savoir l'âge, la religion, l'ethnie, l'état matrimonial, la résidence, la province, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique. Ce tableau présente, pour chaque catégorie, l'effectif non pondéré, c'est-à-dire le nombre de femmes ou d'hommes effectivement enquêtés, ainsi que l'effectif pondéré correspondant, c'est-à-dire le nombre de femmes ou d'hommes auquel on a redonné son poids réel dans la population totale du Gabon.

Du fait de la normalisation des poids, le nombre de cas pondérés est égal au nombre de cas non pondérés au niveau national. Il faut préciser que dans le cadre de ce rapport, les effectifs et les proportions présentés dans tous les tableaux sont des résultats pondérés.

Les résultats selon l'âge montrent, de façon générale, que les pourcentages de femmes et d'hommes diminuent avec l'âge. En effet, les femmes de 15–19 ans (17 %) sont moins nombreuses que celles de 20–24 ans (19 %) et les pourcentages diminuent progressivement pour s'établir à 8 % chez les femmes de 45–49 ans. Chez les hommes, les pourcentages passent de 19 % chez les 15–19 ans à 10 % chez les 45–49 ans.

Les résultats concernant la religion montrent que la majorité des femmes enquêtées se sont déclarées de l'église de réveil (42 %) suivi des catholiques (30 %). Parmi les hommes, 30 % se sont déclarés catholique et 29 % de l'église de réveil. Cinq pour cent de femmes et 11 % d'hommes ont déclaré être sans religion.

La répartition par ethnie montre une prédominance numérique des fang (23 % de femmes et 25 % d'hommes) et des Shira-Punu/Vili (21 % de femmes et 20 % d'hommes). La communauté étrangère est fortement représentée au Gabon avec 15 % de femmes et 19 % d'hommes d'autres nationalités.

Dans le cadre de l'EDSG-III, sont considérés comme étant en union toutes les femmes et tous les hommes mariés légalement ou non ainsi que tous ceux et toutes celles vivant en union consensuelle. Selon cette définition, 48 % des femmes et 40 % des hommes étaient en union au moment de l'enquête. Du fait que les hommes ont tendance à se marier plus tard que les femmes, la proportion de célibataires est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (50 % contre 41 %). Par ailleurs, la proportion de personnes en rupture d'union (divorce, séparation ou veuvage) est identique entre les deux sexes (10 %).

Les résultats selon le milieu de résidence montrent que la grande majorité des enquêtés résidaient en milieu urbain (93 % des femmes et 92 % des hommes). La répartition par province montre que c'est à Libreville que résidait environ la moitié des femmes (47 %) et des hommes (50 %). C'est dans les provinces de la Nyanga, de l'Ogooué-Ivindo et de l'Ogooué-Lolo que les pourcentages de femmes et d'hommes qui y résidaient au moment de l'enquête sont les plus faibles (2 %).

La proportion de femmes sans instruction est légèrement moins élevée que celle des hommes (6 % contre 7 %). Les hommes ayant atteint au moins le niveau secondaire second cycle sont proportionnellement plus nombreux que les femmes. En effet, 43 % d'hommes et 38 % de femmes ont fait des études secondaires second cycle ou supérieures.

Selon le quintile de bien-être économique des ménages, on constate que 16 % des femmes et 16 % des hommes âgés de 15- 49 ans sont classés dans le quintile le plus bas. Dans les autres quintiles la répartition des femmes est homogène (21 %) ; ce qui n'est pas le cas chez les hommes où ceux du quintile moyen sont un peu plus nombreux (24 %).

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15–49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III 2019–2021

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Âge						
15–19	17,4	1 726	1 889	18,9	1 109	1 170
20–24	18,6	1 839	1 689	15,8	924	885
25–29	18,1	1 798	1 539	15,3	897	771
30–34	15,1	1 493	1 335	15,9	933	814
35–39	12,7	1 257	1 171	13,1	768	684
40–44	10,6	1 051	994	11,3	662	661
45–49	7,5	747	890	9,6	560	583
Religion						
Catholique	29,8	2 954	2 668	29,9	1 749	1 650
Protestante	9,9	981	981	8,6	506	549
Eglise de réveil	41,9	4 154	4 216	28,6	1 675	1 561
Musulmane	8,2	813	527	15,2	890	590
Traditionnelle/Animiste	0,4	42	66	2,2	128	175
Sans religion/Aucune	4,7	467	580	10,9	638	823
Autre chrétiens	4,3	424	383	3,5	205	159
Autre	0,7	74	86	1,1	64	61
Ethnie						
Fang	22,9	2 274	1 848	24,5	1 434	1 163
Kota-Kele	4,5	451	827	3,8	222	405
Mbede-Teke	5,5	550	459	5,6	331	280
Myene	4,7	467	417	3,9	227	246
Nzabi-Duma	11,9	1 178	1 126	9,9	582	640
Okande-Tsogho	1,9	187	256	1,2	70	121
Shira-Punu/Vili	20,7	2 053	2 099	20,4	1 193	1 152
Pygmée	0,0	5	14	0,1	3	16
Autre ethnie	13,2	1 304	1 509	11,6	682	772
Autres nationalités	14,6	1 443	952	19,0	1 110	773
État matrimonial						
Célibataire	41,3	4 088	3 799	49,6	2 902	2 772
Marié	27,5	2 724	2 289	13,7	802	618
Vivant ensemble	20,7	2 052	2 456	26,3	1 540	1 631
Divorcé/séparé	9,6	953	869	10,2	598	523
Veuf	0,9	93	94	0,2	12	24
Résidence						
Urbain	92,5	9 171	6 920	92,1	5 393	3 868
Rural	7,5	739	2 587	7,9	461	1 700
Province						
Libreville	46,7	4 624	1 128	49,7	2 911	709
Port-Gentil	11,0	1 094	981	9,9	577	512
Estuaire (sans Libreville)	13,3	1 321	846	13,5	788	507
Haut-Ogooué	8,7	863	940	7,7	451	501
Moyen-Ogooué	3,1	303	794	2,8	163	448
Ngounié	4,0	395	709	3,7	219	383
Nyanga	1,8	181	677	1,8	103	403
Ogooué-Ivindo	2,2	213	859	2,2	129	496
Ogooué-Lolo	2,1	213	839	2,1	125	515
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	1,1	104	826	1,1	65	560
Woleu-Ntem	6,0	597	908	5,5	323	534
Niveau d'instruction						
Aucun	5,9	586	560	6,5	381	315
Primaire	13,0	1 286	2 015	11,2	655	906
Secondaire 1er cycle	42,8	4 242	4 420	39,0	2 281	2 449
Secondaire 2nd cycle	23,2	2 300	1 719	25,6	1 498	1 266
Supérieur	15,1	1 496	793	17,7	1 038	632
Quintile de bien-être économique						
Le plus bas	16,1	1 593	3 652	15,6	911	2 096
Second	20,7	2 054	1 920	19,0	1 114	1 042
Moyen	20,7	2 047	1 468	24,1	1 413	951
Quatrième	21,3	2 106	1 309	22,1	1 296	793
Le plus élevé	21,3	2 109	1 158	19,1	1 120	686
Total 15–49	100,0	9 910	9 507	100,0	5 854	5 568
50–64	na	1 133	1 536	na	1 040	1 326
Ensemble 15–64	na	11 043	11 043	na	6 894	6 894

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

3.3 FÉCONDITÉ

L'estimation du niveau de la fécondité est obtenue directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Les indicateurs sont calculés sur la période de 3 ans précédant l'enquête. Cette période de 3 années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et réduire les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est mesurée par les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

3.3.1 Niveau de fécondité

Le **Tableau 3** présente deux indicateurs de mesure de la fécondité, à savoir : l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) et le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et un indicateur de mesure de la natalité, à savoir le Taux brut de Natalité (TBN).

À l'EDSG-III, le nombre moyen d'enfants par femme au cours de sa vie génésique est estimé à 3,9 au niveau national. Avec un écart de plus d'un enfant en moyenne par femme, l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (5,4) qu'en milieu urbain (3,8).

On constate que les taux de fécondité par groupe d'âges augmentent rapidement avec l'âge passant de 101 % à 15–19 ans pour atteindre un maximum de 182 % à 25–29 ans, puis diminuent tout en demeurent relativement élevé dans les groupes d'âges 30–34 ans (161 %) et 35–39 ans (118 %). Au-delà, le niveau de la fécondité diminue de manière importante pour s'établir à 47 % à 40–44 ans et 5 % à 45–49 ans.

On observe également qu'à tous les âges, les taux de fécondité sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain. On constate cependant que la fécondité atteint son maximum dans le groupe d'âge 25–29 ans (180 %) en milieu urbain, alors qu'en milieu rural, c'est dans le groupe d'âges 20–24 ans qu'elle est la plus élevée (254 %).

3.3.2 Tendances de la fécondité

La comparaison des résultats des EDS successives (**Graphique 1**) montre une tendance à la baisse très légère de la fécondité. En effet, l'ISF qui était estimé à 4,2 enfants par femme lors de l'EDSG-I, était de 4,1 enfants à l'EDSG-II. Il se situe à 3,9 enfants par femme à l'EDSG-III.

3.3.3 Fécondité des adolescentes

Les adolescentes, c'est-à-dire les jeunes femmes âgées de 15–19 ans dans le cadre de cette enquête, constituent un groupe à risque en matière de fécondité. Pour diverses raisons, l'analyse de la

Tableau 3 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des 3 années ayant précédé l'enquête, selon le milieu de résidence, EDSG-III 2019–2021

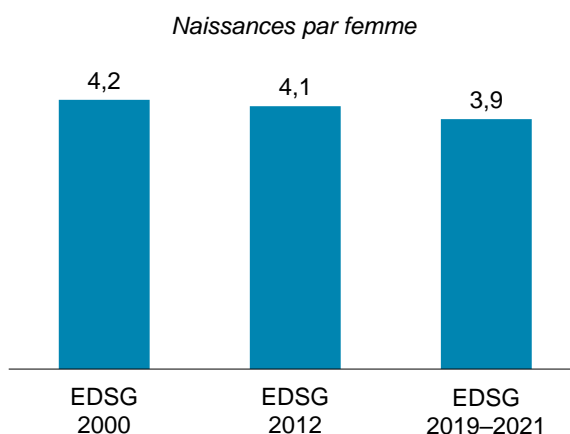
Groupe d'âges	Résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
<15	[3]	[3]	[3]
15–19	95	175	101
20–24	165	254	171
25–29	180	211	182
30–34	158	210	161
35–39	115	161	118
40–44	45	69	47
45–49	[5]	[6]	[5]
ISF (15–49)	3,8	5,4	3,9
TGFG	136	187	139
TBN	31,6	28,9	31,3

Notes : Les taux de fécondité par âge sont exprimés pour 1000 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.

Graphique 1 Tendances de l'Indice Synthétique de Fécondité, 2019–2021



fécondité dans ce groupe d'âges revêt une grande importance. En effet, les enfants nés de mères jeunes (moins de 20 ans) courent généralement un risque plus important de décéder que ceux issus de mères plus âgées. De même, les accouchements précoces augmentent le risque de décéder chez les adolescentes. Par ailleurs, l'entrée précoce des jeunes filles dans la vie féconde réduit considérablement leurs opportunités scolaires. Pour toutes ces raisons, le niveau de leur fécondité occupe une place importante dans l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des stratégies et des programmes de santé de la reproduction.

Le **Tableau 4** présente le pourcentage d'adolescentes de 15–19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceintes d'un premier enfant et de celles qui ont déjà commencé leur vie féconde selon certaines caractéristiques sociodémographiques comme l'âge, le milieu de résidence, la province, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique.

Tableau 4 Fécondité des adolescentes

Pourcentage d'adolescentes de 15–19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceintes d'un premier enfant et pourcentage qui ont déjà commencé leur vie procréative, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III 2019–2021

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes de 15–19 ans qui :		Pourcentage ayant déjà commencé leur vie procréative	Effectif de femmes
	Ont eu une naissance vivante	Sont enceintes d'un premier enfant		
Âge				
15	1,6	1,1	2,7	323
16	6,7	2,9	9,6	390
17	10,2	3,5	13,7	332
18	25,5	4,9	30,4	384
19	38,8	4,0	42,8	297
Résidence				
Urbain	15,6	3,2	18,8	1 594
Rural	22,8	4,2	27,0	132
Province				
Libreville	15,4	2,6	18,0	697
Port-Gentil	11,8	4,2	16,0	215
Estuaire (sans Libreville)	15,5	2,6	18,1	218
Haut-Ogooué	18,1	1,9	19,9	166
Moyen-Ogooué	20,5	2,1	22,6	75
Ngounié	15,0	6,7	21,7	78
Nyanga	16,8	4,8	21,6	46
Ogooué-Ivindo	21,9	9,1	31,0	45
Ogooué-Lolo	18,5	2,8	21,3	48
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	20,4	1,9	22,3	23
Woleu-Ntem	20,2	5,4	25,6	117
Niveau d'instruction				
Aucun	(17,1)	(9,6)	(26,6)	35
Primaire	19,0	8,8	27,8	211
Secondaire 1er cycle	16,4	2,9	19,3	1 077
Secondaire 2nd cycle	14,1	1,1	15,2	390
Supérieur	*	*	*	13
Quintile de bien-être économique				
Le plus bas	27,8	4,7	32,5	305
Second	19,1	2,4	21,5	384
Moyen	13,9	5,2	19,1	352
Quatrième	11,5	3,0	14,6	360
Le plus élevé	9,1	1,4	10,5	326
Ensemble	16,1	3,3	19,4	1 726

Note : Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

Il apparaît au **Tableau 4** que près d'une adolescente sur cinq (19 %) a déjà commencé sa vie procréative : 16 % ont déjà eu une naissance vivante et 3 % sont enceintes d'un premier enfant. La proportion d'adolescentes qui ont déjà commencé leur vie procréative est beaucoup plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (27 % contre 19 %).

Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréative augmente avec l'âge : de 3 % à 15 ans, elle passe à 14 % à 17 ans, et à 43 % à 19 ans. On note des écarts au niveau des provinces : c'est dans l'Ogooué-Ivindo (31 %), le Woleu-Ntem (26 %) et le Moyen-Ogooué (23 %) que les proportions sont les plus élevées. À l'opposé, c'est à Port-Gentil (16 %), à Libreville (18 %) et dans l'Estuaire (sans Libreville (18 %)) que les pourcentages d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréative sont les plus faibles.

Le pourcentage d'adolescentes de 15–19 ans ayant déjà commencé leur vie féconde diminue avec le niveau d'instruction ou l'augmentation du statut socioéconomique du ménage. En effet, si plus d'une adolescente sur quatre (28 %) de niveau d'instruction primaire a déjà commencé sa vie procréative, elles ne sont que 19 % parmi celles ayant le niveau secondaire premier cycle et seulement 15 % parmi celles ayant le niveau secondaire second cycle. Les pourcentages concernant le statut socioéconomiques passent de 33 % dans le quintile le plus bas, à 19 % dans le moyen et à 11 % dans le plus élevé.

3.3.4 Préférences en matière de fécondité

Les questions relatives aux préférences en matière de fécondité permettent d'évaluer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité, et de mesurer les besoins futurs du pays en matière de contraception, non seulement pour espacer, mais aussi pour limiter les naissances. Au cours de l'EDSG-III, des questions ont été posées aux femmes concernant leur désir d'avoir, ou non, des enfants supplémentaires dans l'avenir, au délai d'attente avant d'avoir un prochain enfant et au nombre total d'enfants désirés.

Le **Tableau 5** présente les résultats concernant les préférences des femmes actuellement en union en matière de fécondité, selon le nombre d'enfants actuellement en vie. Parmi les femmes de 15–49 ans actuellement en union, plus d'une sur quatre (26 %) ont déclaré ne plus vouloir d'enfant. À l'opposé, dans près des deux tiers des cas (62 %), les femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre 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 nombre d'enfants vivants et selon le désir d'enfants, EDSG-III 2019–2021

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt ²	56,4	38,5	28,5	19,0	13,2	11,6	6,6	24,4
Veut un autre plus tard ³	13,3	32,1	33,2	31,0	21,7	20,5	6,6	25,3
Veut un autre, NSP quand	12,0	14,9	14,7	11,4	14,3	8,7	4,6	12,1
Indécis	6,5	3,5	8,0	10,3	11,0	10,9	8,8	8,3
Ne veut plus d'enfant	1,2	7,1	12,1	24,8	35,6	43,9	69,7	25,5
Stérilisé ⁴	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1	0,0	0,4	0,2
S'est déclaré stérile	10,6	3,9	3,4	3,0	4,0	4,4	3,3	4,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	374	824	1 004	971	629	424	550	4 776

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle.

² Veut une autre naissance dans les deux ans.

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus.

⁴ Y compris la stérilisation féminine et masculine.

Le pourcentage de femmes actuellement en union ne désirant plus d'enfants augmente avec le nombre d'enfants vivants : de 12 % quand les femmes ont 2 enfants, le pourcentage passe à 36 % quand elles en ont 4 et à 70 % quand elles en ont au moins 6.

3.4 CONTRACEPTION

3.4.1 *Utilisation actuelle de la contraception*

L'utilisation de la contraception permet d'éviter les grossesses non désirées ou non planifiées et prévient des grossesses à risque. La contraception contribue également à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Au cours de l'EDSG-III, des questions relatives aux différents volets concernant la planification familiale ont été posées aux femmes. On a demandé à toutes les femmes qui n'étaient pas enceintes si elles utilisaient une méthode pour éviter de tomber enceinte. Les réponses à cette question ont permis de mesurer la prévalence contraceptive, c'est-à-dire la proportion de femmes qui utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête. La population de référence considérée, dans ce rapport sur les indicateurs clés et pour cette partie sur la contraception, est l'ensemble des femmes actuellement en union.

Les résultats présentés dans le **Tableau 6** montrent que l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en union demeure faible. En effet, environ un quart des femmes de 15–49 ans en union (25 %) utilisent actuellement une méthode contraceptive quelconque (méthode moderne ou méthode traditionnelle) : 17 % utilisent une méthode moderne et 8 % une méthode traditionnelle. Les méthodes modernes les plus couramment utilisées sont le condom masculin (10 %) et la pilule (4 %) alors que les méthodes traditionnelles les plus utilisées sont le retrait (4 %) et le rythme (3 %).

L'utilisation actuelle des méthodes modernes de contraception parmi les femmes en union varie en fonction du nombre d'enfant vivant. En effet, elle passe de 15 % chez les femmes en union sans enfant à 21 % chez celles ayant 3 ou 4 enfants et se situe à 16 % chez celles ayant 5 enfants ou plus. En considérant l'âge, on constate que c'est chez les femmes âgées de 30–34 ans que cette prévalence contraceptive est la plus élevée (21 %). Par contre, elle est plus faible chez les femmes de 45–49 ans (6 %). Du point de vue du milieu de résidence, on constate que c'est en milieu urbain que l'utilisation de la contraception moderne est la plus fréquente (18 % contre 11 % parmi celles du milieu rural). Les niveaux observés pour Libreville est de 19 % et pour Port-Gentil, 18 %. Selon la région, les résultats montrent que l'utilisation des méthodes modernes de contraception parmi les femmes en union est plus répandue dans les provinces de l'Ogooué-Lolo (22 %) et Woleu-Ntem (18 %). Par contre, elle est plus faible dans les provinces de la Ngounié (13 %), de l'Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil ; 13 %), de l'Estuaire (sans Libreville ; 14 %), de la Nyanga (13 %) et du Moyen-Ogooué (9 %).

La prévalence contraceptive moderne augmente avec le niveau d'instruction. Elle passe de 11 % parmi les femmes n'ayant aucune instruction à 12 % parmi celles ayant le niveau primaire et à 20 % parmi les plus instruites. Selon le quintile de bien-être économique, on constate que c'est parmi les femmes du quintile moyen que la prévalence contraceptive moderne est la plus élevée (21 %), les femmes du quintile le plus bas étant, proportionnellement les moins nombreuses à utiliser actuellement la contraception moderne (13 %).

Tableau 6 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes de 15–49 ans actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III 2019–2021

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Méthode moderne										Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle			N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
			Stérilisation féminine	Pilule	DIU	Injectables	Implants	Condom masculin	Pilule du lendemain	MJF	MAMA	Autre		Rythme	Retrait	Autre			
Nombre d'enfants vivants																			
0	17,6	15,1	0,0	0,9	0,0	0,3	0,5	13,3	0,1	0,0	0,0	0,0	2,6	0,4	1,4	0,7	82,4	100,0	464
1–2	23,5	15,8	0,0	3,0	0,1	1,1	0,4	10,0	0,5	0,6	0,0	0,0	7,7	2,9	4,7	0,1	76,5	100,0	1 852
3–4	28,2	20,5	0,4	3,9	0,0	1,1	0,8	11,8	1,0	0,4	0,0	0,9	7,7	3,5	4,2	0,0	71,8	100,0	1 536
5+	25,2	16,3	0,2	6,2	0,0	1,8	1,3	5,3	0,0	1,1	0,2	0,1	9,0	4,7	4,2	0,1	74,8	100,0	924
Groupe d'âges																			
15–19	21,4	20,6	0,0	4,5	0,0	0,3	0,0	15,6	0,0	0,0	0,0	0,1	0,9	0,4	0,0	0,4	78,6	100,0	157
20–24	27,9	20,3	0,0	3,7	0,1	0,7	0,3	13,7	0,3	0,1	0,3	1,0	7,6	3,5	4,1	0,0	72,1	100,0	563
25–29	27,9	20,5	0,0	4,1	0,1	1,3	0,5	12,5	0,9	0,7	0,1	0,4	7,4	3,3	4,1	0,1	72,1	100,0	1 004
30–34	28,7	21,1	0,2	3,8	0,0	2,1	1,1	12,8	0,4	0,8	0,0	0,0	7,6	3,3	4,3	0,1	71,3	100,0	975
35–39	24,9	15,2	0,0	3,5	0,0	1,2	1,3	7,2	1,0	0,5	0,0	0,5	9,8	2,8	6,5	0,4	75,1	100,0	875
40–44	21,9	14,9	0,4	5,2	0,0	0,4	0,6	6,8	0,0	1,2	0,0	0,2	7,0	3,9	3,1	0,0	78,1	100,0	711
45–49	11,8	6,0	0,6	0,7	0,0	0,9	0,1	3,0	0,4	0,0	0,1	0,1	5,8	3,2	2,6	0,0	88,2	100,0	490
Résidence																			
Urbain	25,6	17,9	0,2	3,9	0,0	1,1	0,7	10,4	0,6	0,6	0,1	0,3	7,7	3,3	4,3	0,1	74,4	100,0	4 349
Rural	16,3	11,3	0,0	1,8	0,2	1,3	0,6	6,5	0,2	0,3	0,1	0,3	5,0	1,9	2,9	0,2	83,7	100,0	427
Province																			
Libreville	28,0	19,3	0,0	4,5	0,0	0,8	0,2	11,7	0,6	1,1	0,0	0,6	8,7	3,2	5,4	0,1	72,0	100,0	2 295
Port-Gentil	22,9	18,2	0,3	3,9	0,0	1,4	1,6	10,3	0,8	0,0	0,0	0,0	4,7	3,0	1,7	0,0	77,1	100,0	521
Estuaire (sans Libreville)	18,0	13,6	0,8	2,7	0,0	0,8	0,6	8,0	0,7	0,0	0,0	0,0	4,4	1,0	3,3	0,2	82,0	100,0	581
Haut-Ogooué	25,4	15,5	0,3	2,1	0,0	1,8	1,2	8,7	0,7	0,0	0,5	0,2	10,0	4,8	5,2	0,0	74,6	100,0	359
Moyen-Ogooué	12,6	9,1	0,0	1,8	0,0	0,5	0,6	6,2	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	2,8	0,7	0,0	87,4	100,0	151
Ngounié	19,1	13,2	0,3	2,7	0,0	0,1	0,0	7,5	0,4	1,3	0,6	0,3	6,0	3,0	1,9	1,0	80,9	100,0	203
Nyanga	16,5	12,6	0,0	1,4	0,0	0,9	0,0	10,1	0,0	0,2	0,0	0,0	3,9	2,2	1,7	0,0	83,5	100,0	79
Ogooué-Ivindo	24,9	12,8	0,0	3,6	0,0	0,5	0,3	8,2	0,0	0,1	0,0	0,1	12,0	3,2	8,6	0,2	75,1	100,0	104
Ogooué-Lolo	35,9	22,2	0,0	3,6	0,0	3,6	0,7	13,9	0,3	0,0	0,0	0,2	13,7	8,4	5,3	0,0	64,1	100,0	128
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	18,5	13,3	0,4	3,1	0,2	0,4	0,7	6,6	0,3	1,6	0,0	0,0	5,3	2,5	2,8	0,0	81,5	100,0	54
Woleu-Ntem	24,0	18,0	0,0	3,9	0,5	4,0	3,8	5,3	0,0	0,0	0,2	0,4	6,1	4,2	1,7	0,1	76,0	100,0	301
Niveau d'instruction																			
Aucun	16,1	10,8	0,0	4,6	0,0	1,1	1,7	2,0	1,4	0,0	0,0	0,0	5,2	0,3	4,3	0,6	83,9	100,0	420
Primaire	17,5	11,9	0,4	2,7	0,0	0,7	0,3	6,5	0,0	0,1	0,4	0,8	5,6	1,7	3,8	0,1	82,5	100,0	764
Secondaire 1er cycle	26,0	18,7	0,1	4,3	0,0	1,5	0,6	10,2	0,8	0,8	0,0	0,3	7,4	3,0	4,3	0,1	74,0	100,0	1 937
Secondaire 2nd cycle	27,3	19,8	0,0	3,6	0,0	1,1	0,9	12,9	0,2	0,7	0,1	0,2	7,5	3,9	3,5	0,1	72,7	100,0	952
Supérieur	31,1	20,0	0,4	2,8	0,1	0,9	0,7	14,0	0,3	0,8	0,0	0,0	11,1	6,3	4,8	0,0	68,9	100,0	703
Quintile de bien-être économique																			
Le plus bas	18,3	13,4	0,1	1,5	0,1	1,6	0,5	9,5	0,0	0,1	0,0	0,1	4,9	2,3	2,4	0,2	81,7	100,0	746
Second	25,9	18,8	0,1	3,3	0,0	2,0	0,3	10,7	0,7	0,9	0,3	0,5	7,1	2,5	4,2	0,3	74,1	100,0	879
Moyen	28,0	20,5	0,3	4,8	0,0	0,8	1,2	12,4	0,3	0,0	0,1	0,5	7,5	3,0	4,5	0,0	72,0	100,0	1 024
Quatrième	23,0	14,6	0,0	5,3	0,0	1,1	0,6	5,8	0,5	0,9	0,0	0,4	8,4	3,2	5,1	0,1	77,0	100,0	1 077
Le plus élevé	27,2	18,5	0,3	3,0	0,1	0,5	0,9	11,7	1,1	1,0	0,0	0,0	8,7	4,6	4,0	0,1	72,8	100,0	1 051
Ensemble	24,8	17,3	0,2	3,7	0,0	1,2	0,7	10,0	0,5	0,6	0,1	0,3	7,5	3,2	4,1	0,1	75,2	100,0	4 776

Note : Si plus d'une méthode a été utilisée, seule 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.

3.4.2 Besoins en matière de planification familiale

La demande potentielle en matière de contraception et l'identification des femmes qui ont des besoins élevés en services de planification familiale constituent des problèmes importants de tout programme de planification familiale. Les femmes fécondes qui n'utilisent pas la contraception, mais qui souhaitent espacer leur prochaine naissance (espacement) ou qui ne veulent plus d'enfant (limitation) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Par ailleurs, les femmes fécondes qui utilisent au moment de l'enquête, la contraception, sont considérées comme ayant des besoins satisfaits en matière de planification familiale.

Le **Tableau 7** présente les résultats sur les besoins en matière de planification familiale parmi les femmes actuellement en union. Au Gabon, 33 % des femmes actuellement en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Les besoins satisfaits en matière de planification familiale représentent quant à eux 25 %. Globalement, la demande totale en planification familiale s'élève donc à 58 %. Dans 43 % des cas, cette demande en planification familiale est satisfaite ; dans 30 % des cas, elle est satisfaite par des méthodes modernes. Par conséquent, si toutes ces femmes en union qui veulent espacer ou limiter le nombre d'enfants utilisaient la contraception, la prévalence contraceptive moderne passerait de 17 % à 58 %.

Tableau 7 Besoins et demande en matière de planification familiale parmi les femmes actuellement en union

Pourcentage de femmes de 15–49 ans, actuellement en union 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, EDSG-III 2019–2021

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
Groupe d'âges							
15–19	48,8	21,4	20,6	70,2	157	30,5	29,3
20–24	41,0	27,9	20,3	68,9	563	40,5	29,5
25–29	37,4	27,9	20,5	65,3	1 004	42,8	31,4
30–34	36,7	28,7	21,1	65,4	975	43,9	32,2
35–39	32,6	24,9	15,2	57,5	875	43,4	26,4
40–44	25,2	21,9	14,9	47,1	711	46,5	31,7
45–49	18,3	11,8	6,0	30,2	490	39,3	20,0
Résidence							
Urbain	33,0	25,6	17,9	58,7	4 349	43,7	30,5
Rural	36,9	16,3	11,3	53,2	427	30,6	21,3
Province							
Libreville	30,8	28,0	19,3	58,8	2 295	47,7	32,9
Port-Gentil	36,1	22,9	18,2	59,0	521	38,9	30,9
Estuaire (sans Libreville)	35,8	18,0	13,6	53,8	581	33,5	25,2
Haut-Ogooué	36,2	25,4	15,5	61,7	359	41,3	25,1
Moyen-Ogooué	38,7	12,6	9,1	51,2	151	24,5	17,8
Ngounié	33,8	19,1	13,2	53,0	203	36,1	24,9
Nyanga	38,0	16,5	12,6	54,5	79	30,3	23,1
Ogooué-Ivindo	32,1	24,9	12,8	57,0	104	43,6	22,5
Ogooué-Lolo	34,0	35,9	22,2	70,0	128	51,4	31,8
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	40,5	18,5	13,3	59,0	54	31,4	22,5
Woleu-Ntem	35,5	24,0	18,0	59,5	301	40,4	30,2
Niveau d'instruction							
Aucun	37,3	16,1	10,8	53,4	420	30,1	20,2
Primaire	37,3	17,5	11,9	54,8	764	31,9	21,7
Secondaire 1er cycle	34,8	26,0	18,7	60,9	1 937	42,8	30,7
Secondaire 2nd cycle	30,7	27,3	19,8	58,0	952	47,1	34,1
Supérieur	26,4	31,1	20,0	57,5	703	54,0	34,7
Quintile de bien-être économique							
Le plus bas	39,5	18,3	13,4	57,8	746	31,6	23,2
Second	36,2	25,9	18,8	62,1	879	41,7	30,3
Moyen	32,0	28,0	20,5	60,0	1 024	46,7	34,2
Quatrième	34,7	23,0	14,6	57,7	1 077	39,8	25,3
Le plus élevé	26,7	27,2	18,5	53,9	1 051	50,5	34,4
Ensemble	33,4	24,8	17,3	58,2	4 776	42,6	29,8

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.

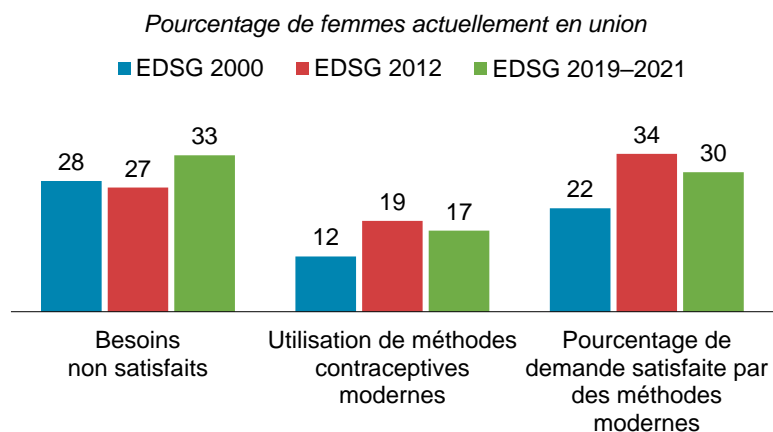
² Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, la pilule, le DIU, les injectables, les implants, le condom masculin, le condom féminin, la pilule du lendemain, la Méthode des Jours Fixes (MJF) et la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) et d'autres méthodes modernes.

³ La demande totale équivaut à la somme des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits.

Les résultats selon certaines caractéristiques sociodémographiques montrent que le pourcentage de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale diminue avec l'âge. On observe une légère différence de la proportion entre le milieu urbain (33 %) et le milieu rural (37 %). Dans les deux plus grandes villes du pays, les résultats montrent que les besoins non satisfaits sont plus faibles à Libreville (31 %) qu'à Port-Gentil (36 %). Les pourcentages des besoins non satisfaits en matière de planification familiale diminuent avec le niveau d'instruction ou l'amélioration du statut socioéconomique du ménage de la femme en union.

Le **Graphique 2** présente la tendance de ces indicateurs depuis 2000. Le pourcentage de femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale qui était sensiblement proche lors des deux premières enquêtes (28 % à l'EDSG 2000 et 27 % à l'EDSG 2012) a relativement augmenté lors de la dernière (33 % à l'EDSG III). La prévalence contraceptive moderne et le pourcentage de demande satisfaite par des méthodes modernes, quant à eux, ont connu une augmentation entre la première enquête (12 % pour la prévalence contraceptive et 22 % de demande satisfaite) et la deuxième (19 % pour la prévalence contraceptive et 34 % de demande satisfaite) pour ensuite diminuer légèrement lors de la dernière enquête (17 % pour la prévalence contraceptive et 30 % de demande satisfaite).

Graphique 2 Tendances des besoins non satisfaits, utilisation de méthodes contraceptives modernes et pourcentage de demande satisfaite par des méthodes modernes



3.5 MORTALITÉ DES ENFANTS

Les indicateurs de mortalité des enfants sont pertinents pour l'appréciation du niveau de développement socioéconomique d'un pays, par le biais notamment de l'évaluation de son état sanitaire et de l'efficacité de ses politiques en matière de santé maternelle et infantile. Les données collectées au cours de l'EDSG-III ont permis d'estimer les niveaux et les tendances de la mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile.

Ces indicateurs sur la mortalité des enfants, présentés dans ce chapitre, ont été estimés à partir des informations sur l'historique des naissances recueillies à l'aide du questionnaire femme. Dans la section 2 du questionnaire, l'enquêtrice a enregistré des informations sur toutes les naissances de la femme dans l'ordre chronologique en commençant par le premier-né. Dans la procédure de collecte, les questions permettent de distinguer le nombre total de fils et filles qui vivent avec la femme, le nombre de ceux qui vivent ailleurs et le nombre de ceux qui sont décédés. Ensuite, pour chacune des naissances, l'enquêtrice a obtenu des informations détaillées sur le sexe, le mois et l'année de naissance, l'état de survie, l'âge actuel (si l'enfant est vivant), la résidence, ainsi que l'âge au décès pour les enfants décédés (au jour près pour les décès de moins d'un mois, au mois près pour ceux d'un mois ou plus mais moins de moins de 2 ans et en années pour les décès survenus à 2 ans ou plus).

À partir de ces informations recueillies sur l'historique des naissances, les indicateurs suivants ont été calculés :

- **Quotient de mortalité néonatale (NN)** : probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre un mois exact ;

- **Quotient de mortalité post néonatale (PNN)** : probabilité pour les enfants âgés d'un mois exact, de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (12 mois exacts) ;
- **Quotient de mortalité infantile ($1q_0$)** : probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (12 mois exacts) ;
- **Quotient de mortalité juvénile ($4q_1$)** : probabilité pour les enfants âgés d'un an exact de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire (60 mois exacts) ;
- **Quotient de mortalité infanto-juvénile ($5q_0$)** : probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire (60 mois exacts).

Chacun de ces quotients a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

Le **Tableau 8** présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales ayant précédé l'enquête. Pour la période de 0–4 ans avant l'EDSG-III (2016 à 2020), le risque de mortalité infantile est évalué à 28 décès pour 1 000 naissances vivantes et le risque de mortalité juvénile à 12 ‰. Les quotients de mortalité néonatale et post-néonatale, sont respectivement estimés à 18 ‰ et à 10 ‰. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est à dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans, est de 39 ‰. En outre, les données semblent indiquer que les niveaux de mortalité des enfants sont restés stables entre les deux périodes les plus récentes (0–4 ans et 5–9 ans).

Tableau 8 Quotient de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de 5 ans ayant précédé l'enquête, EDSG-III 2019–2021

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	18	10	28	12	39
5–9	17	11	29	11	39
10–14	14	8	22	12	34

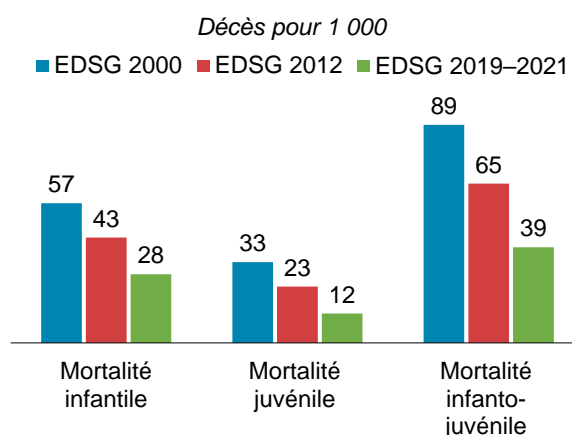
¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale

Le **Graphique 3** présente la tendance des quotients de mortalité entre 2000 et 2019–2021 selon les différentes séries de l'EDS réalisée au Gabon. Durant cette période, on constate globalement une tendance à la baisse des niveaux de mortalité des enfants ; et cette baisse s'est accélérée entre les deux dernières enquêtes.

3.6 SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la mère et à son enfant une bonne santé. Au cours de l'EDSG-III, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant ont été posées à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des 5 années précédant l'enquête. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des 5 années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté et si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes leurs naissances ayant eu lieu au cours des

Graphique 3 Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, 2000–2021



5 dernières années, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

Le **Tableau 9** présente certains indicateurs de soins de santé de la reproduction selon les caractéristiques sociodémographiques.

3.6.1 Soins prénatals

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent débiter à un stade précoce de la grossesse et se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'OMS recommande au moins quatre visites prénatales et huit contacts avec un personnel de santé qualifié. La première visite devrait avoir lieu avant le troisième mois de grossesse.

Dans l'ensemble, plus de neuf femmes sur dix (96 %) ont reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire de santé qualifié durant la grossesse de leur naissance la plus récente (**Tableau 9**). Le recours aux consultations prénatales auprès d'un prestataire de santé qualifié varie peu selon l'âge de la mère. Cependant, on observe un écart important entre les milieux de résidence. En effet, les femmes vivant en milieu urbain (97 %) ont plus fréquemment consulté un prestataire de santé qualifié par rapport à celles résidant en milieu rural (87 %). Ce pourcentage est de 96 % pour Libreville et de 98 % pour Port-Gentil, les deux principales villes du pays. Selon les provinces, le pourcentage le plus élevé est observé au Haut-Ogooué (98 %) et le plus bas à la Ngounié (88 %) et à l'Ogooué-Ivindo (86 %). Le suivi prénatal par du personnel qualifié est un peu moins fréquent parmi les femmes ayant le niveau primaire (91 %), en particulier par rapport à celles ayant le niveau supérieur (pratiquement 100 %). Selon le quintile de bien-être économique, on constate que le pourcentage de femmes ayant reçu un suivi prénatal par du personnel qualifié a tendance à augmenter du quintile le plus bas au plus élevé, passant de 90 % à 99 %.

Près de quatre femmes sur cinq (78 %) ont déclaré avoir effectué quatre visites prénatales ou plus pour leur dernière naissance. La proportion est élevée chez les femmes âgées de 20–34 ans (80 %), celles vivant en milieu urbain (79 %), celles ayant un niveau d'instruction supérieur (89 %) et celles des ménages du quintile le plus élevé (89 %). C'est parmi les femmes des provinces de l'Estuaire sans Libreville (80 %), de l'Ogooué-Lolo (79 %) et de l'Ogooué-Maritime sans Port-Gentil (79 %) que les pourcentages de celles ayant effectué au moins quatre visites prénatales pour la naissance vivante la plus récente sont les plus élevés.

Tableau 9 Indicateurs des soins de santé maternelle

Parmi les femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé qualifié pour la naissance vivante la plus récente, pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus pour la naissance vivante la plus récente et pourcentage dont la naissance vivante la plus récente a été protégée contre le tétanos néonatal ; parmi toutes les naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 5 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 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 2019–2021

Caractéristique sociodémographique	Femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 5 années ayant précédé l'enquête				Naissances vivantes ayant eu lieu au cours des 5 années ayant précédé l'enquête			Femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête	
	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé qualifié ¹	Pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus	Pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	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 ³	Effectif de femmes
Âge de la mère à la naissance									
<20	94,7	68,8	59,8	584	90,8	94,9	890	69,5	309
20–34	96,1	80,0	70,8	3 049	93,5	95,2	4 294	72,8	1 745
35–49	94,9	76,3	70,6	737	92,6	94,8	890	76,7	403
Résidence									
Urbain	96,5	79,3	70,2	4 002	94,8	96,8	5 519	74,2	2 237
Rural	87,2	61,5	59,2	368	75,0	77,9	556	61,3	219
Province									
Libreville	96,4	81,2	68,9	1 941	96,1	98,5	2 630	74,8	1 118
Port-Gentil	98,1	82,4	78,9	492	94,9	96,3	682	81,7	265
Estuaire (sans Libreville)	96,7	79,7	75,7	582	92,8	94,3	810	71,1	316
Haut-Ogooué	97,7	72,8	64,8	394	96,4	97,6	559	67,7	214
Moyen-Ogooué	95,0	71,2	69,5	132	87,4	93,5	182	67,2	75
Ngounié	88,3	71,1	71,6	182	82,0	90,9	263	70,0	110
Nyanga	94,0	67,1	63,7	82	89,8	92,7	114	61,8	43
Ogooué-Ivindo	85,9	60,1	53,3	113	73,6	71,7	170	63,7	66
Ogooué-Lolo	94,8	79,4	75,7	109	88,6	90,3	161	62,0	62
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	94,8	79,2	70,4	50	84,3	95,2	73	71,0	28
Woleu-Ntem	92,0	67,2	52,4	293	86,8	85,3	432	73,8	159
Niveau d'instruction de la mère									
Aucun	95,0	62,5	60,8	311	92,0	94,4	472	67,5	185
Primaire	91,1	64,1	61,1	627	85,8	88,8	910	68,0	367
Secondaire 1er cycle	96,0	77,8	68,7	1 892	92,9	95,6	2 733	71,5	1 075
Secondaire 2nd cycle	95,6	84,7	69,4	907	94,8	96,0	1 138	76,7	480
Supérieur	99,6	89,4	83,3	634	98,9	99,3	821	80,9	348
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	89,7	60,2	57,5	826	84,9	86,2	1 243	58,1	487
Second	94,7	77,2	66,1	949	93,3	95,3	1 323	71,8	519
Moyen	98,2	79,2	70,8	950	94,4	98,3	1 320	80,1	528
Quatrième	96,7	83,7	74,7	863	95,0	97,4	1 191	74,3	511
Le plus élevé	99,2	89,1	77,8	782	98,2	99,0	998	81,6	410
Ensemble	95,7	77,8	69,3	4 370	93,0	95,1	6 075	73,0	2 456

Note : 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.

¹ Sont considérés comme des prestataires de santé qualifiés le gynécologue, autres médecins, la sage-femme, l'infirmier/infirmière accoucheur(euse) et l'infirmier/infirmière.

² 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.

³ Y compris les femmes ayant reçu des soins effectués par un médecin, une sage-femme, un(e) infirmier/infirmière, une matrone, un agent de santé communautaire ou une sage-femme traditionnelle ou une accoucheuse traditionnelle.

3.6.2 Vaccination antitétanique

Les injections à l'anatoxine antitétanique (VAT) sont faites aux femmes enceintes pour prévenir le tétanos néonatal, une des causes les plus importantes de mortalité néonatale. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir au minimum deux injections antitétaniques pendant la grossesse ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou encore, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

Les résultats montrent que près de sept femmes sur dix (69 %) ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néonatal (**Tableau 9**). Cette proportion varie selon l'âge de la mère, soit 60 % pour celles de moins de 20 ans et 71 % pour les 20–34 ans et 35–49 ans. Par ailleurs, les nouveau-nés des mères résidant en milieu urbain (70 %) sont plus protégés que ceux des mères en milieu rural (59 %). Le pourcentage observé pour Port-Gentil est de 79 %. Les résultats par province montrent que, l'Estuaire sans Libreville (76 %) et l'Ogooué-Lolo (76 %) enregistrent les pourcentages les plus élevés de mères ayant reçu le nombre de VAT requis tandis que le Woleu-Ntem (52 %) et l'Ogooué-Ivindo (53 %) enregistrent les proportions les plus faibles. La proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos néonatal augmente avec le niveau d'instruction de la mère ainsi qu'avec le quintile de bien-être économique.

3.6.3 Accouchement

Lors de la collecte des données de l'EDSG-III, pour toutes les naissances ayant eu lieu au cours des cinq dernières années, on a demandé à la mère qui l'avait assistée à l'accouchement et d'indiquer le lieu où elle avait accouché à ce moment-là. Ainsi, les résultats révèlent que neuf naissances vivantes sur dix (93 %) se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire de santé formé. Le recours à l'assistance de prestataire de santé formé lors de l'accouchement varie peu par rapport à l'âge de la mère. On observe un écart important entre le milieu urbain (95 %) et le milieu rural (75 %). De fortes variations s'observent également entre les provinces : 96 % des naissances vivantes dans la province du Haut-Ogooué se sont déroulées avec l'assistance de personnel de santé formé contre 74 % dans la province de l'Ogooué-Ivindo. Quarante-six pour cent des naissances vivantes ont été assistées par un prestataire de santé qualifié quand la mère a le niveau d'instruction primaire, contre 99 % quand elle a un niveau supérieur.

Le **Tableau 9** montre également que 95 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé. Les pourcentages de naissances ayant eu lieu dans un établissement de santé sont plus faibles en milieu rural (78 %), dans la province de l'Ogooué-Ivindo (72 %), parmi les mères ayant le niveau primaire (89 %) et dans le quintile le plus bas (86 %).

3.6.4 Soins postnatals de la mère

Une proportion importante de décès maternels et de décès de nouveau-nés qui surviennent dans la période néonatale se produisent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. Pour cette raison, l'OMS recommande que toutes les femmes et les nouveau-nés bénéficient de soins postnatals dans les 2 jours qui suivent l'accouchement. Au cours de l'EDSG-III, on a demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance au cours des deux dernières années, si elles avaient été examinées après l'accouchement, et combien de temps après l'accouchement cet examen avait eu lieu.

Le **Tableau 9** montre que plus de sept femmes sur dix (73 %) ont déclaré avoir reçu des soins postnatals durant les deux jours après la naissance. Ce pourcentage est plus faible parmi les mères qui avaient moins de 20 ans à la naissance (70 %) comparativement à celles qui étaient plus âgées (73 % pour les 20–34 ans et 77 % pour les 35–49 ans). Cette couverture en soins postnatals présente des disparités selon le milieu de résidence et les provinces. La proportion est de 74 % en milieu urbain contre 61 % en milieu rural ; elle est de 75 % à Libreville et 82 % à Port-Gentil.

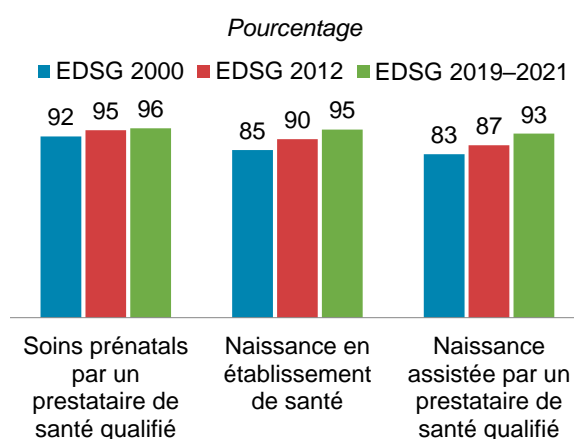
Selon la province, on constate que les pourcentages les plus élevés des mères ayant reçu des soins postnatals dans les délais recommandés sont observés au Woleu-Ntem (74 %) et à l'Ogooué-Maritime sans Port-Gentil (71 %). À l'opposé, la Nyanga (62 %) et l'Ogooué-Lolo (62 %) enregistrent les pourcentages les plus faibles.

Le recours aux soins postnatals varie positivement avec le niveau d'instruction de la mère. En effet, la proportion de mères ayant reçu des soins postnatals durant les 2 jours après la naissance est plus faible chez les femmes sans niveau d'instruction (68 %) que chez celles ayant le niveau d'instruction supérieur (81 %). Le pourcentage est aussi faible parmi les femmes du quintile le plus bas (58 %) et nettement plus élevé dans le dernier quintile (82 %).

Le **Graphique 4** présente une comparaison des résultats concernant les soins prénatals et les conditions d'accouchement à partir des EDS effectuées au Gabon depuis 2000. La couverture en soins prénatals par un prestataire de santé formé s'est davantage améliorée durant les vingt dernières années, passant de 92 % en 2000, à 95 % en 2012, et à 96 % en 2019–2021.

En ce qui concerne l'accouchement dans un établissement sanitaire, on constate la tendance est aussi à la hausse, le pourcentage est passé de 85 % en 2000, à 90 % en 2012 et à 95 % en 2019–2021. De même, pour les naissances assistées par du personnel de santé formé, on observe une nette amélioration sur la période, le pourcentage étant passé de 83 % en 2000 à 87 % en 2012 et à 93 % en 2019–2021.

Graphique 4 Tendances des soins de santé maternelle, 2000–2021



3.7 SANTÉ DES ENFANTS

Au cours de l'EDSG-III, pour tous les enfants nés au cours des cinq dernières années, on a collecté des informations permettant d'évaluer leur état de santé ; il s'agit du poids à la naissance, de la couverture vaccinale, de la prévalence des principales maladies (infections respiratoires aiguës, fièvre et diarrhée) et des traitements reçus. Les enfants de moins de cinq ans constituent un groupe de population particulièrement vulnérable et ces informations permettront, non seulement d'identifier les principaux problèmes qui affectent leur santé, mais aussi de contribuer à la mise en place de programmes ciblés de prévention des maladies infantiles et du bon développement de la petite enfance. En outre, la comparaison des résultats de l'enquête actuelle avec ceux des deux enquêtes précédentes permettront d'évaluer les efforts déployés dans le pays pour la survie des enfants et d'adapter les programmes déjà mis en place par le Gouvernement.

3.7.1 Vaccination des enfants

Dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS), les vaccins de routine pour les enfants comprennent : (i) le vaccin du BCG contre la tuberculose, (ii) le vaccin du DTCoq-HepB-Hib (Pentavalent) contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et l'Haemophilus influenzae type b, (iii) le vaccin oral contre la polio, (iv) le vaccin polio inactivé (VPI), (v) le vaccin antirougeoleux (VAR) et (vi) le vaccin contre la fièvre jaune. Des centres privés de vaccination non PEV au Gabon offrent le « vaccin pentaxim (DTCoq-Hib b-Polio) » et le « vaccin Euvax (contre l'hépatite B) ». D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés à l'enfant au cours de ses neuf premiers mois. L'EDSG-III a collecté des informations sur la couverture de ces vaccins parmi les enfants nés au cours des 3 années précédant l'enquête.

Un indicateur souvent utilisé pour mesurer la couverture vaccinale est la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins de base. Conformément aux recommandations de l'OMS suivies par le PEV, on considère qu'un enfant a reçu tous les vaccins de base s'il a reçu :

- Dans les formations sanitaires du privé PEV et du public : une dose de vaccin BCG, trois doses de DTCoq-HepB-Hib (Pentavalent), trois doses de vaccin oral contre la polio (non compris le vaccin contre la polio donné à la naissance), et une dose de vaccin contre la rougeole ;
- Dans les formations sanitaires du privé non PEV : une dose de vaccin BCG, trois doses de Pentaxim (DTC-Hib b-Polio (non compris le vaccin contre la polio donné à la naissance)), trois doses de Euvax (HepB), et une dose de vaccin contre la rougeole.

La couverture vaccinale peut être aussi mesurée par la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges. Au Gabon, le PEV considère qu'un enfant a reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges, si en plus de recevoir tous les vaccins de base, l'enfant a reçu une dose de vaccin oral contre la polio à la naissance et une dose de Vaccin Polio Inactivé (VPI).

Au cours de l'EDSG-III, les informations sur la couverture vaccinale ont été obtenues de deux façons : à partir des cartes/carnets de vaccination ou autre document où les vaccinations sont inscrites et des déclarations des mères quand le carnet n'était pas disponible ou n'existait 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. À noter que parmi les enfants de 12–23 mois dont les mères ont été enquêtées, 80% ont déjà eu un(e) carte/carnet de vaccination ou un autre document où les vaccinations étaient enregistrées. Cependant, au moment de l'enquête, seulement pour 70% de ces enfants, ce support a été montré à l'enquêtrice (données non présentées).

Les résultats présentés dans le **Tableau 10** montrent que 43 % des enfants de 12–23 mois ont reçu tous les vaccins de base et 10 % n'en ont reçu aucun. Par ailleurs, 32 % des enfants de 12–23 mois ont reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges.

Les résultats par antigène font apparaître que 89 % des enfants de 12–23 mois ont reçu le BCG, 81 % la dose de Polio 0 (à la naissance), 64 % le VPI, 55 % contre la rougeole et 64 % contre la fièvre jaune. Pour les vaccins à doses multiples, on note des déperditions importantes entre la première et la troisième dose. De 83 % pour la première dose de Polio, la couverture tombe à 62 % pour la troisième dose.

Selon le sexe de l'enfant, la variation de la couverture vaccinale complète est relativement faible. La proportion d'enfants de 12–23 mois qui ont reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges diminue au fur et à mesure que le rang de naissance de l'enfant augmente, et cela s'observe du rang 1 au rang 4–5 : de 39 % d'enfants vaccinés pour le rang 1 la proportion passe à 25 % pour les enfants de rang 4–5. Des disparités demeurent selon le milieu de résidence. En effet, les enfants du milieu urbain sont plus fréquemment vaccinés que ceux du milieu rural (33 % contre 25 %). Selon la province, ce sont Port-Gentil (46 %), Haut-Ogooué et la Nyanga (42% pour les deux) qui présentent les plus fortes proportions d'enfants complètement vaccinés ; par contre la proportion la plus faible d'enfants complètement vaccinés concernent l'Ogooué-Ivindo (17 %).

On note que si la mère a été à l'école, son niveau d'instruction influe sur le niveau de la couverture vaccinale des enfants. De 23 % quand la mère est de niveau primaire, le pourcentage d'enfants de 12–23 mois complètement vaccinés avoisine les 31 % chez ceux dont la mère a un niveau secondaire 2eme cycle. Elle est de 46 % chez les enfants dont la mère a le niveau supérieur. Il faut cependant noter que le pourcentage d'enfants de 12–23 mois complètement vaccinés parmi les enfants de mère n'ayant pas été à l'école (31 %) est plus élevé que parmi ceux dont la mère a le niveau primaire (23 %). À l'exception du quintile de bien-être économique le plus bas, le pourcentage d'enfants de 12–23 mois ayant reçu tous les vaccins appropriés du groupe d'âges augmente avec l'amélioration du statut socioéconomique du ménage.

Tableau 10 Vaccination selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12–23 mois qui ont reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère), pourcentage ayant reçu tous les vaccins de base et pourcentage ayant reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Gabon 2019–2021

Caractéristique sociodémographique	BCG	OPV ¹					DTCQq-HepB-Hib			HepB			Vaccin contre la rougeole	Fièvre jaune	Tous les vaccins de base ²	Tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges ³	Aucun vaccin	Effectif d'enfants	
		0 (dose naissance)	1	2	3	VPI	1	2	3	1	2	3							
Sexe																			
Masculin	90,5	82,7	85,1	76,6	62,2	66,3	84,3	76,5	69,9	82,2	73,9	67,0	57,2	67,8	44,7	32,7	8,6	653	
Féminin	88,3	78,8	81,7	73,7	61,1	61,0	83,2	73,3	66,9	82,5	71,8	65,8	53,4	60,7	40,7	31,3	10,5	634	
Rang de naissance																			
1	87,3	82,0	82,8	74,5	62,6	65,2	82,1	75,3	70,0	82,1	74,9	68,6	55,2	65,2	45,4	38,8	11,4	318	
2–3	90,4	79,2	85,8	76,5	62,2	68,7	84,9	74,0	68,1	82,2	70,9	65,7	59,7	70,4	44,2	32,0	8,6	554	
4–5	90,3	80,9	81,5	74,0	59,9	55,7	85,2	77,9	69,4	84,3	76,4	68,0	46,0	55,8	35,7	25,2	9,5	290	
6+	88,6	84,4	79,0	73,8	60,8	56,2	79,3	70,9	63,7	78,8	68,0	60,9	57,8	54,9	45,7	30,7	9,1	125	
Carnet de vaccination⁴																			
Vu ⁴	98,0	90,7	95,1	89,1	80,2	70,3	95,1	88,6	84,1	93,0	87,5	82,9	71,5	69,7	58,0	44,3	0,7	900	
Pas de carnet/pas vu	69,6	57,7	56,3	42,8	18,4	48,2	57,4	42,9	32,1	57,4	39,0	28,2	17,8	51,8	7,2	3,3	30,1	387	
Résidence																			
Urbain	90,2	81,8	84,6	76,3	62,9	64,6	84,7	75,7	69,5	83,2	73,6	67,5	57,0	66,0	43,7	32,6	8,9	1 177	
Rural	81,6	69,7	71,3	63,5	48,4	53,5	73,7	66,0	56,7	72,8	65,2	55,6	38,2	46,4	32,1	25,3	16,4	111	
Province																			
Libreville	90,7	80,9	83,4	74,1	62,4	63,3	84,3	72,6	65,9	81,8	69,6	63,0	59,4	66,5	41,0	28,2	8,0	607	
Port-Gentil	92,2	84,0	90,1	84,6	66,2	78,8	89,1	81,5	77,8	88,7	79,9	77,0	68,1	75,7	54,4	46,1	7,0	144	
Estuaire (sans Libreville)	80,0	75,6	75,8	68,4	56,1	55,0	76,0	71,9	65,9	74,9	69,7	62,9	42,8	52,2	38,0	28,9	19,6	163	
Haut-Ogooué	91,9	84,0	80,5	74,2	59,8	67,6	84,2	74,0	70,0	84,2	74,0	70,0	48,0	62,7	45,3	42,3	7,5	95	
Moyen-Ogooué	95,0	85,2	91,4	76,9	53,5	70,2	90,1	80,8	74,5	90,1	80,8	74,5	55,5	74,1	42,9	37,2	5,0	35	
Ngounié	89,9	78,7	89,2	84,0	67,7	62,2	81,2	79,5	71,2	80,9	77,8	70,9	46,9	61,2	44,3	29,7	9,1	64	
Nyanga	94,3	88,3	90,9	82,6	68,5	67,6	89,3	81,6	73,0	90,2	80,8	70,7	66,0	76,0	55,4	42,3	4,6	20	
Ogooué-Ivindo	77,7	67,2	72,4	60,3	52,1	45,5	72,3	62,7	53,4	71,0	62,7	53,4	32,1	46,8	25,0	16,8	19,5	30	
Ogooué-Lolo	90,0	76,5	86,5	80,6	67,8	70,4	87,5	81,7	72,6	87,9	81,7	72,6	41,8	50,6	38,7	35,5	9,2	34	
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	89,9	86,5	87,4	81,1	70,4	49,8	84,5	81,3	74,5	84,5	80,8	73,4	59,8	66,6	55,2	35,2	9,3	12	
Woleu-Ntem	91,2	84,8	83,2	74,2	57,9	56,3	85,5	80,2	70,8	85,0	79,7	69,7	53,7	60,9	43,1	30,3	7,7	82	
Niveau d'instruction																			
Aucun	80,8	61,6	72,6	58,6	46,3	52,4	70,4	63,8	51,3	70,4	63,8	51,3	49,1	51,4	38,0	30,6	18,0	102	
Primaire	87,1	77,8	78,9	75,0	59,5	54,4	76,7	70,3	64,8	76,3	70,2	64,4	43,4	48,1	27,2	22,5	9,8	174	
Secondaire 1er cycle	90,4	79,9	85,3	75,2	60,4	65,4	84,9	75,5	69,4	83,2	74,1	68,3	51,9	65,9	39,8	30,8	8,6	582	
Secondaire 2nd cycle	93,5	90,2	87,9	78,0	63,7	67,2	90,2	80,4	71,7	90,2	77,2	68,5	66,7	68,5	50,3	31,2	6,5	242	
Supérieur	88,3	84,5	81,9	80,6	73,3	68,5	85,7	76,2	74,1	81,4	70,9	68,1	65,7	76,0	58,8	46,3	11,4	187	
Quintile de bien-être économique																			
Le plus bas	80,4	68,7	72,9	65,4	53,1	53,4	73,6	65,9	59,1	73,1	65,4	58,4	39,7	56,5	35,6	27,7	18,0	229	
Second	89,2	78,1	86,0	78,9	59,2	61,6	86,1	77,3	67,9	86,2	74,6	66,0	51,6	58,1	36,8	26,3	9,4	302	
Moyen	93,5	87,0	87,4	80,4	69,2	67,9	84,5	78,0	72,2	81,1	77,4	71,6	56,9	64,2	43,0	32,5	4,8	290	
Quatrième	88,6	81,1	79,0	66,4	58,3	63,3	82,9	70,2	64,3	82,9	68,4	62,1	57,3	65,9	43,8	33,5	11,3	278	
Le plus élevé	95,9	89,9	92,5	85,9	69,3	73,6	92,5	84,0	80,9	88,2	78,7	75,6	75,1	81,6	58,7	43,4	4,1	188	
Ensemble	89,4	80,8	83,4	75,2	61,7	63,7	83,8	74,9	68,4	82,3	72,9	66,4	55,3	64,3	42,7	32,0	9,5	1 287	

BCG = Bacille Calmette-Guérin ; DTC = Diphthérie-tétanos-coqueluche ; HepB = Hépatite B ; Hib = Haemophilus influenzae type b ; OPV=Oral polio vaccin ; VPI = Vaccin Polio Inactif

Notes : 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 année sont les mêmes que pour les enfants pour lesquels on dispose d'un enregistrement écrit de la vaccination. Le vaccin Hib fait partie du calendrier national de vaccination. Cependant, les données sur Hib ne sont pas présentées dans le tableau et ne sont pas incluses dans l'indicateur « Tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges » en raison d'une erreur dans la section de rappel de la mère du questionnaire.

¹ Polio 0 est le vaccin de la polio donné à la naissance.

² (a) Dans les formations sanitaires public et privé PEV : une dose de vaccin BCG, trois doses de DTCQq-HepB-Hib (Pentavalent), trois doses de vaccin oral contre la polio (non compris le vaccin contre la polio donné à la naissance), et une dose de vaccin contre la rougeole ; et (b) Dans les formations sanitaires du privé non PEV : une dose de vaccin BCG, trois doses de Pentaxim (DTC-Hib-VPI) et une dose de vaccin contre la rougeole.

³ (a) Dans les formations sanitaires public et privé PEV : une dose de vaccin BCG, trois doses de DTCQq-HepB-Hib (Pentavalent), quatre doses de vaccin oral contre la polio, une dose de vaccin polio inactif, une dose de vaccin contre la rougeole et une dose de vaccin contre la fièvre jaune ; et (b) Dans les formations sanitaires du privé non PEV : une dose de vaccin BCG, trois doses de Pentaxim (DTC-Hib-VPI) trois doses de Euvax (HepB), une dose de vaccin oral polio donné à la naissance, une dose de vaccin contre la rougeole, et une dose de vaccin contre la fièvre jaune.

⁴ Carnet, carte de vaccination, livret ou autre enregistrement écrit

3.7.2 *Traitement des maladies de l'enfance*

Au cours de l'EDSG-III, on a demandé aux mères si, dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, l'enfant avait souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë ou IRA) et/ou de la fièvre et s'il avait eu de la diarrhée ; de plus, dans chaque cas, on a demandé ce qui avait été fait pour traiter l'enfant.

Sur la période de deux semaines ayant précédé l'enquête et parmi les enfants de moins de 5 ans, 1 % ont présenté des symptômes d'IRA, 22 % ont eu de la fièvre et 17 % ont eu la diarrhée (données non présentées).

Traitement des IRA

Parmi les enfants qui ont eu une IRA au cours des deux semaines avant l'interview, des conseils ou un traitement médical ont été recherchés pour 95 % d'entre eux.

Traitement de la fièvre

En ce qui concerne les enfants ayant eu de la fièvre, les résultats du **Tableau 11** montrent qu'au niveau national, on a recherché des conseils ou un traitement pour 76 % d'entre eux. Cette proportion varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Cette démarche a été effectuée pour les enfants de 6–11 mois (87 %), pour les enfants du milieu urbain (77 %), pour ceux de la province du Haut-Ogooué 86 % et pour les enfants de mère ayant le niveau supérieur (87 %). Le recours aux conseils et au traitement en cas de fièvre sont des pratiques positivement liées au statut socioéconomique du ménage comme le montre l'augmentation des pourcentages lorsque le quintile de bien-être économique passe du plus bas (63 %), au moyen (76 %) et au plus élevé (88 %).

Traitement de la diarrhée

Parmi les 17% d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu, au moins, un épisode de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, des conseils ou un traitement auprès d'un établissement de santé ou d'un prestataire de santé ont été recherchés dans 57 % des cas. Pour traiter la diarrhée, on a donné aux enfants malades, dans 24 % des cas, des liquides préparés à partir des sachets SRO ou des liquides SRO pré-conditionnés. Seize pour cent des enfants ont reçu des suppléments de zinc. Globalement, 5 % ont reçu une SRO et des suppléments de zinc.

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. 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 et pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III 2019–2021

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Parmi les enfants ayant eu de la fièvre		Parmi les enfants ayant eu la diarrhée				
	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 ou des liquides SRO préconditionnés	Pourcentage à qui on a donné du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc	Effectif d'enfants
Âge en mois									
<6	*	4	85,2	100	42,4	18,0	12,4	0,0	66
6–11	*	11	86,7	167	71,7	32,1	18,3	5,9	148
12–23	(95,7)	39	73,1	385	61,2	25,3	22,1	6,7	298
24–35	*	13	76,9	218	57,2	15,3	8,5	4,8	179
36–47	*	6	71,8	218	54,2	31,4	12,1	1,8	159
48–59	*	13	70,1	208	42,1	19,7	18,0	8,0	124
Sexe									
Masculin	(92,1)	42	77,0	654	53,9	24,9	14,9	5,5	483
Féminin	(98,2)	43	74,4	642	60,5	23,7	17,5	4,8	492
Résidence									
Urbain	96,9	78	77,3	1 173	58,5	25,3	16,8	5,5	897
Rural	(76,7)	7	60,1	123	42,0	12,6	9,8	1,6	77
Province									
Libreville	*	43	81,6	658	61,4	25,6	20,5	5,9	508
Port-Gentil	*	6	72,3	122	62,5	25,1	23,2	13,7	97
Estuaire (sans Libreville)	*	10	62,2	137	45,4	25,6	10,8	2,8	102
Haut-Ogooué	*	7	86,3	104	67,8	35,1	1,9	0,0	68
Moyen-Ogooué	*	1	60,6	33	43,7	13,0	9,8	0,8	25
Ngounié	*	1	71,9	49	44,4	20,3	12,0	3,2	36
Nyanga	*	1	69,0	25	38,1	20,4	9,4	4,3	21
Ogooué-Ivindo	*	2	48,2	42	44,9	23,8	27,6	4,9	27
Ogooué-Lolo	*	3	74,5	36	67,0	16,8	4,6	0,7	31
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	*	1	65,8	14	63,1	11,4	4,4	2,8	12
Woleu-Ntem	*	10	68,9	75	36,7	9,9	2,5	0,0	48
Niveau d'instruction de la mère									
Aucun	*	1	71,6	59	(47,1)	(8,2)	(13,4)	(3,3)	53
Primaire	*	14	64,6	206	45,4	19,6	10,2	4,8	181
Secondaire 1er cycle	(90,6)	28	73,4	584	58,2	24,0	18,6	5,5	471
Secondaire 2nd cycle	*	25	82,4	269	58,5	27,0	10,3	3,4	162
Supérieur	*	18	87,3	178	76,3	37,5	26,0	7,9	107
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	(85,6)	13	62,8	255	46,0	15,6	16,4	2,2	223
Second	*	22	75,3	303	61,5	29,5	18,6	6,9	225
Moyen	*	14	76,2	327	58,1	22,4	11,9	6,2	246
Quatrième	*	17	80,1	228	64,3	24,0	18,1	8,5	138
Le plus élevé	*	20	87,9	184	59,8	33,1	17,6	2,0	142
Ensemble	95,2	85	75,7	1 296	57,2	24,3	16,2	5,1	974

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées 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 Non compris les conseils ou les traitements fournis par un praticien traditionnel.

3.7.3 Etat nutritionnel des enfants

Au cours de l'EDSG-III, dans tous les ménages, tous les enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour être pesés et mesurés (taille pour les enfants de 2 ans ou plus, longueur pour les enfants de moins de 2 ans). Les données sur la taille/longueur des enfants, leur poids et leur âge ont été utilisées pour calculer trois indices anthropométriques servant à évaluer leur état nutritionnel : la taille-pour-âge, le poids-pour-taille et le poids-pour-âge. Chacun de ces indices fournit des informations différentes sur la croissance et la composition du corps pour évaluer l'état nutritionnel. Ces indices sont exprimés en termes de nombre d'unités d'écart-type par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006.

Les enfants qui se situent à moins de 2 écarts-types (-2 ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme atteints de malnutrition, et ceux qui se situent à moins de 3 écarts-types (-3 ET) de la médiane sont considérés comme atteints de malnutrition sévère. Les enfants dont le Z-score pour la taille-pour-âge se situe en dessous de moins 2 écarts-types (-2 ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme ayant un retard de croissance. Ils sont trop petits par rapport à leur âge (retard de croissance) ou sont atteints de malnutrition chronique. Les enfants en dessous de moins 3 écarts-types (-3 ET) sont considérés comme atteints de retard de croissance sévère. Le retard de croissance reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (paludisme par exemple).

Le **Tableau 12** présente l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans selon les caractéristiques sociodémographiques. Dans l'ensemble, un peu plus d'un enfant sur dix (14 %) souffre de malnutrition chronique et environ 5 % sous la forme sévère. Le niveau de malnutrition chronique est plus élevé chez les enfants de sexe masculin (16 %) que ceux de sexe féminin (13 %) ; les enfants du milieu rural accusent plus fréquemment un retard de croissance que ceux du milieu urbain (27 % contre 13 %). Selon la province, c'est dans l'Ogooué-Ivindo que l'on enregistre le plus fort taux de malnutrition chronique chez les enfants (38 %). Par ailleurs, on note que lorsque la mère a été à l'école, le niveau de malnutrition chronique des enfants est influencé par le niveau d'instruction de celle-ci : de 19 % chez les enfants dont la mère a le niveau primaire, la proportion d'enfants atteints de malnutrition chronique passe à 10 % parmi ceux dont la mère a le niveau secondaire 2nd cycle et à 4 % chez les enfants dont la mère a le niveau d'instruction supérieur.

Les enfants dont le poids-pour-taille se situe en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur. Cette forme de malnutrition aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et elle peut aussi être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée.

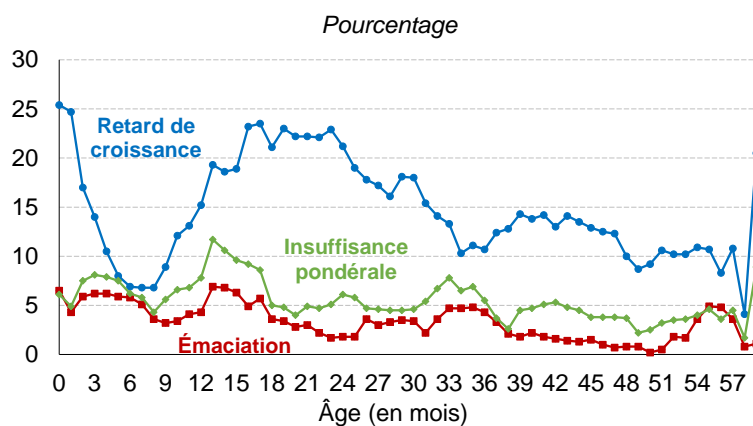
Ces résultats montrent en outre, que 3 % des enfants sont émaciés et 1 % sous la forme sévère. C'est dans la Nyanga (5 %) et la Ngounié (5 %) que la prévalence de la malnutrition aiguë est la plus élevée. À l'opposé, cette prévalence est plus faible dans l'Ogooué-Ivindo (2 %) et le Haut-Ogooué (2 %). Cette malnutrition affecte beaucoup plus les enfants de mère sans instruction (5 %) ou de niveau supérieur (5 %).

Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts types de la médiane de la population de référence présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Dans l'ensemble, 5 % des enfants au Gabon présentent une insuffisance pondérale, y compris 1 % sous la forme sévère. Cette forme de malnutrition affecte plus les enfants de 12-17 mois (10 %) et ceux de moins de six mois (8 %) que les autres. L'insuffisance pondérale affecte de la même manière les garçons et les filles (5 %). Cette forme de malnutrition est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain (10 % contre 5 %). Selon la province, on note un écart entre l'Ogooué-Lolo et la Ngounié où 12 % des enfants sont trop maigres par rapport à leur âge contre seulement 3 % dans le Woleu-Ntem où cette proportion est la plus faible. Enfin, on constate que la prévalence de l'insuffisance

pondérale diminue avec l'élévation du niveau d'instruction de la mère et du quintile du bien-être économique du ménage.

La prévalence de la malnutrition chronique varie de manière importante avec l'âge (**Graphique 5**). Les enfants moins de 6 mois commencent avec un niveau le plus élevé (25 %) pour atteindre un niveau le plus faible à 6 mois (7 %). Cependant, la tendance augmente pour atteindre son niveau le plus élevé à 18–23 mois, groupe d'âges dans lequel 23 % des enfants sont concernés par ce type de malnutrition. Elle diminue très légèrement par la suite tout en demeurant à un niveau élevé puisque dans le groupe d'âges 59 mois, 21 % des enfants sont trop petits par rapport à leur âge.

Graphique 5 État nutritionnel des enfants par âge



Note : Le retard de croissance indique une malnutrition chronique ; L'émaciation indique une malnutrition aiguë ; L'insuffisance pondérale peut être provoquée, soit par la malnutrition chronique, soit par la malnutrition aiguë ou par une combinaison des deux indices. Les valeurs représentées sont lissées par une moyenne mobile sur 5 mois.

Tableau 12 Etat nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans, considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : 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, EDSG-III 2019–2021

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	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Effectif d'enfants
Âge en mois														
<6	4,8	15,6	-0,5	598	2,8	6,0	13,9	0,2	594	1,3	7,5	3,7	-0,2	611
6–8	1,5	5,8	-0,2	385	0,8	5,5	5,0	0,0	387	0,5	5,7	4,0	-0,2	391
9–11	2,7	11,8	-0,1	321	0,0	1,4	5,8	0,1	320	2,1	5,3	9,1	-0,1	321
12–17	6,4	19,1	-0,7	732	2,3	6,2	5,7	0,0	740	2,9	9,8	2,0	-0,3	738
18–23	7,8	23,2	-1,0	686	1,0	3,1	5,5	0,2	700	1,5	4,6	2,9	-0,3	692
24–35	6,2	15,8	-0,7	1 144	0,9	3,5	4,8	0,2	1 151	0,8	5,7	3,2	-0,3	1 144
36–47	3,1	12,8	-0,5	1 358	0,2	1,9	2,8	0,0	1 379	0,7	3,8	2,2	-0,3	1 367
48–59	2,8	9,9	-0,5	1 242	0,3	2,3	2,8	-0,2	1 249	0,5	3,6	1,9	-0,4	1 243
Sexe														
Masculin	5,2	15,7	-0,7	3 369	0,9	3,4	5,2	0,1	3 391	1,3	5,4	3,0	-0,3	3 390
Féminin	3,7	13,0	-0,5	3 096	1,0	3,5	4,8	0,0	3 128	1,0	5,4	3,0	-0,2	3 116
Interview de la mère														
Interviewée	4,5	14,1	-0,6	5 425	1,0	3,5	5,5	0,1	5 438	1,2	5,6	3,1	-0,3	5 466
Non Interviewée, mais vivant dans le ménage	3,6	11,2	-0,2	204	0,3	2,0	1,4	-0,1	205	0,6	2,5	0,8	-0,2	204
Non Interviewée, ne vivant pas dans le ménage ³	4,9	17,0	-0,5	837	0,8	3,3	2,9	-0,0	875	0,9	5,0	2,6	-0,3	836
Résidence														
Urbain	3,8	12,9	-0,5	5 778	1,0	3,4	5,1	0,1	5 822	1,0	4,9	3,1	-0,3	5 817
Rural	10,2	26,9	-1,1	688	0,6	3,7	4,8	0,1	697	2,3	9,8	2,2	-0,6	690
Province														
Libreville	2,8	9,4	-0,4	2 620	0,9	3,8	5,2	0,0	2 653	0,7	3,6	3,9	-0,2	2 643
Port-Gentil	3,0	11,4	-0,4	756	1,2	3,3	4,6	0,0	757	1,4	4,6	2,4	-0,2	757
Estuaire (sans Libreville)	2,7	11,4	-0,5	803	1,1	3,6	5,6	0,0	803	0,5	5,4	3,0	-0,2	806
Haut-Ogooué	7,4	23,5	-0,9	611	0,3	1,7	5,1	0,1	607	2,3	7,2	3,0	-0,5	614
Moyen-Ogooué	4,4	16,8	-0,7	227	0,8	3,7	4,2	-0,0	229	1,1	7,8	2,1	-0,4	227
Ngounié	9,3	24,7	-1,0	304	1,1	4,5	3,7	0,0	305	2,8	11,6	1,1	-0,6	305
Nyanga	6,4	22,7	-1,0	128	1,2	5,1	1,5	-0,2	130	1,8	9,5	0,7	-0,7	128
Ogooué-Ivindo	16,1	38,2	-1,5	207	0,3	1,6	9,1	0,4	206	1,9	9,8	2,2	-0,6	207
Ogooué-Lolo	10,2	27,0	-1,2	192	1,1	4,0	1,9	-0,1	196	2,4	11,8	0,9	-0,7	194
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	5,4	15,9	-0,7	89	0,8	3,9	3,8	0,0	90	1,4	8,7	1,5	-0,4	90
Woleu-Ntem	4,4	14,4	-0,7	529	0,9	2,7	6,0	0,3	543	1,0	3,4	2,4	-0,2	536
Niveau d'instruction de la mère⁴														
Aucun	4,9	16,1	-0,6	482	1,2	5,3	5,7	-0,2	495	2,3	7,5	2,2	-0,5	486
Primaire	7,2	18,6	-0,9	867	0,7	4,0	2,4	-0,0	864	2,1	8,8	2,4	-0,5	871
Secondaire 1er cycle	5,2	16,7	-0,7	2 557	0,9	2,9	4,6	0,0	2 568	1,1	6,5	2,5	-0,4	2 579
Secondaire 2nd cycle	2,5	9,6	-0,4	1 010	0,8	2,7	6,4	0,2	1 009	1,0	2,2	4,3	-0,1	1 014
Supérieur	0,7	3,6	0,0	670	1,4	4,5	11,0	0,3	666	0,2	1,1	4,6	0,2	678
Manquant	(0,0)	(1,3)	-0,6	42	(0,0)	(0,8)	(0,6)	-0,1	42	(0,0)	(0,0)	(0,3)	-0,4	42
Quintile de bien-être économique														
Le plus bas	9,7	26,0	-1,1	1 379	0,8	3,4	4,5	0,1	1 423	2,2	10,3	2,6	-0,6	1 399
Second	4,8	16,7	-0,8	1 438	0,9	4,0	3,8	-0,0	1 431	1,7	5,9	1,8	-0,5	1 442
Moyen	3,8	12,8	-0,6	1 369	0,6	3,0	4,2	0,0	1 371	0,4	4,9	3,0	-0,3	1 381
Quatrième	2,1	8,8	-0,2	1 226	1,0	4,4	5,0	-0,0	1 239	1,1	3,4	3,0	-0,1	1 229
Le plus élevé	1,1	4,6	0,0	1 053	1,4	2,1	8,5	0,3	1 053	0,2	1,2	5,1	0,2	1 054
Ensemble	4,5	14,4	-0,6	6 465	0,9	3,4	5,0	0,1	6 518	1,1	5,4	3,0	-0,3	6 506

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. Les valeurs entre parenthèses sont basées 25–49 cas non pondérés.

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.

3.7.4 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel constitue la principale source de nutriments pour l'enfant. Pendant les six premiers mois, l'allaitement exclusif, c'est-à-dire sans aucun autre ajout, est recommandé par l'OMS et le ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS) parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, âge auquel l'allaitement seul ne suffit plus pour garantir une croissance optimale à l'enfant, on introduit dans son alimentation des aliments de complément.

Le **Tableau 13** présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

On constate qu'au Gabon, neuf enfants sur dix de 0–5 mois (90 %), près de quatre sur cinq chez les 6–9 mois (79 %) et 8 % chez les 20–23 mois sont allaités. Cependant, si l'allaitement est une pratique très répandue, les pratiques alimentaires des enfants ne sont pas toujours conformes aux recommandations de l'OMS. En effet, alors que l'OMS recommande l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, on note que seulement 26 % des enfants de 0–3 mois et 19 % de 0–5 mois sont nourris de cette façon. Dans ces groupes d'âges, respectivement 12 et 11 % des enfants allaités ont également reçu de l'eau, 54 % et 48 % prennent en plus d'autres laits ; 3 % et 11 % des enfants sont allaités mais reçoivent en même temps des aliments de complément.

À l'opposé, à partir de 6 mois, âge auquel l'allaitement seul ne suffit plus pour garantir la meilleure croissance possible des enfants, l'OMS recommande que des aliments solides de complément soient introduits dans l'alimentation : on constate que dans le groupe 6–9 mois, 35 % ne sont pas nourris de façon adéquate. On constate que si l'allaitement des enfants reste une pratique encore répandue parmi les moins de 6 mois (90 %), la pratique tend à se réduire considérablement à partir d'un an puisque seulement 30 % sont toujours allaités encore à 12–15 mois.

Tableau 13 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement, pourcentage actuellement allaité et pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de 2 ans utilisant un biberon, selon l'âge de l'enfant en mois, EDSD-III 2019–2021

Âge en mois	Type d'allaitement						Total	Pourcentage actuellement allaité	Effectif des enfants derniers-nés de moins de 2 ans vivant avec leur mère	Pourcentage utilisant un biberon	Effectif d'enfants de moins de 2 ans
	Non allaités	Exclusivement allaités	Allaités et eau seulement	Allaités et liquides non lactés ¹	Allaités et autres laits	Allaités et aliments de complément					
0–1	4,4	33,5	10,4	0,3	51,1	0,3	100,0	95,6	186	65,4	191
2–3	4,9	18,2	13,4	0,9	57,6	4,9	100,0	95,1	166	66,5	180
4–5	17,8	7,9	9,7	1,2	37,4	26,1	100,0	82,2	211	65,3	216
6–8	21,9	3,1	6,1	0,7	4,6	63,7	100,0	78,1	336	62,0	356
9–11	34,4	0,5	5,0	0,5	2,6	57,0	100,0	65,6	297	59,4	315
12–17	77,5	0,0	0,9	0,1	0,2	21,3	100,0	22,5	590	44,1	646
18–23	89,4	0,6	0,1	0,0	0,1	9,8	100,0	10,6	532	22,5	641
0–3	4,7	26,2	11,8	0,6	54,2	2,5	100,0	95,3	352	65,9	371
0–5	9,6	19,4	11,0	0,8	47,9	11,3	100,0	90,4	563	65,7	587
6–9	20,7	2,7	6,9	0,5	4,6	64,6	100,0	79,3	430	63,6	457
12–15	69,6	0,0	1,3	0,1	0,2	28,8	100,0	30,4	381	47,4	427
12–23	83,2	0,3	0,6	0,1	0,1	15,8	100,0	16,8	1 121	33,3	1 287
20–23	91,6	0,1	0,0	0,0	0,0	8,2	100,0	8,4	313	17,8	393

Note : Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de 24 heures (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités et eau seulement », « Liquides non lactés », « Autres laits », et « Aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100 %. Ainsi, les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides non lactés et qui ne reçoivent pas d'autres laits et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « Liquides non lactés » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

¹ Les liquides non lactés comprennent les jus, les boissons à base de jus, les bouillons clairs ou les autres liquides.

L'utilisation du biberon n'est pas recommandée chez les jeunes enfants car elle est le plus souvent associée à une augmentation des risques de maladies, en particulier des maladies diarrhéiques. Les biberons mal nettoyés et les tétines mal stérilisées sont à l'origine de troubles gastriques, de diarrhées et de vomissements chez les bébés. Le **Tableau 13** montre qu'au Gabon, une proportion très importante d'enfants de moins de deux ans est nourrie au biberon : 66 % à 0–5 mois et 64 % à 6–9 mois.

Les directives de l'OMS sur les pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant comprennent l'introduction progressive d'aliments solides et semi solides dès l'âge de 6 mois, en augmentant non seulement la quantité et la variété des aliments, mais aussi la fréquence de l'alimentation au fur et à mesure que l'enfant grandit tout en maintenant également l'allaitement fréquent (OMS, 2008). Ces directives sont suivies par les mères d'enfants de 6–9 mois pour 65 % de cas, qui reçoivent en plus du lait maternel, des aliments de complément.

Apport alimentaire minimum acceptable

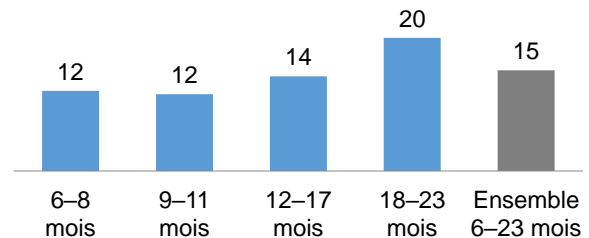
Les nouveau-nés et les jeunes enfants doivent recevoir un apport alimentaire minimum acceptable pour leur garantir une croissance et un développement optimal. Si l'alimentation des enfants n'est pas diversifiée et s'ils ne sont pas nourris à une certaine fréquence, ils sont vulnérables à la sous-nutrition, en particulier au retard de croissance et aux carences en micronutriments et ils sont exposés à des risques de morbidité et de mortalité plus élevés. La recommandation de l'OMS concernant le minimum alimentaire acceptable, qui est une combinaison de diversité alimentaire minimale et de fréquence minimale des repas, est différente selon que l'enfant est allaité ou non.

- La diversité alimentaire minimale est un indicateur indirect de la densité adéquate en micronutriments des aliments. Elle signifie que l'enfant est nourri avec des aliments appartenant à, au moins, quatre groupes alimentaires distincts. Le seuil de quatre groupes est associé à un meilleur régime alimentaire, que ce soit pour les enfants allaités ou pour ceux qui ne le sont pas. La consommation d'aliments appartenant à, au moins, quatre groupes signifie que l'enfant a une plus grande probabilité de manger, au moins, un aliment d'origine animale et, au moins, un fruit ou légume, en plus d'un aliment de base (céréales, racines ou tubercules) (OMS, 2008). Les quatre groupes d'aliments doivent provenir d'une liste de sept groupes d'aliments : céréales, racines et tubercules ; légumineuses et noix ; produits laitiers (lait, yaourt, fromage) ; produits carnés (viande, volaille, abats et poisson) ; œufs ; fruits et légumes riches en vitamine A ; autres fruits et légumes ;
- La fréquence minimale des repas est un indicateur indirect de la consommation énergétique de l'enfant. Pour les nourrissons et les jeunes enfants, l'indicateur est basé sur la quantité d'énergie dont l'enfant a besoin et, si l'enfant est allaité, la quantité d'énergie nécessaire qui n'est pas satisfaite par le lait maternel. On considère que les enfants allaités reçoivent un nombre minimal de repas s'ils reçoivent des aliments solides, semi-solides, ou mous au moins deux fois par jour pour les enfants de 6–8 mois et, au moins, trois fois par jour pour les enfants de 9–23 mois. On considère que les enfants non allaités de 6–23 mois reçoivent un nombre minimal de repas s'ils reçoivent des aliments solides, semi-solides, ou mous, au moins, quatre fois par jour.

Le **Graphique 6** présente les proportions de jeunes enfants de 6–23 mois allaités et non allaités qui vivent avec leur mère et qui ont été nourris de manière adéquate au cours des dernières 24 heures. Parmi les enfants de 6–23 mois, 15 % ont été nourris suivant le régime alimentaire minimum acceptable pour leur groupe d'âges. Seulement 12 % des enfants de 6–8 mois ont reçu l'apport alimentaire minimum acceptable et 14 % pour les enfants de 12–17 mois.

Graphique 6 Rapport alimentaire minimum acceptable selon l'âge, en mois

Pourcentage



3.7.5 Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes

L'anémie, qui est caractérisée par une baisse du volume des globules rouges et un affaiblissement de la concentration de l'hémoglobine dans le sang, constitue un grave problème de santé. Bien que

l'anémie puisse être provoquée par des hémorragies, des infections, des problèmes génétiques ou par des maladies chroniques, elle est due le plus souvent à un apport insuffisant de fer dans l'alimentation.

Un test du niveau d'hémoglobine a été réalisé au cours de l'EDSG-III afin d'estimer la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6–59 mois et les femmes de 15–49 ans. Le niveau d'hémoglobine dans le sang est mesuré à l'aide d'un hémoglobinomètre portable ou Hemocue.

Le résultat est exprimé en gramme d'hémoglobine par décilitre. La classification des niveaux d'anémie retenue est celle de l'OMS. Pour les enfants, l'anémie est considérée comme sévère si le niveau d'hémoglobine par décilitre de sang est inférieur à 7,0 g/dl. Elle est modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl et qualifiée de légère si le niveau se situe entre 10,0 et 10,9 g/dl. Pour les femmes enceintes, l'anémie est considérée comme sévère si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7,0 g/dl, modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl et légère si le niveau se situe entre 10,0 et 10,9 g/dl.

Les résultats du **Tableau 14** indiquent que près de sept enfants sur dix de 6–59 mois (68 %) souffrent d'anémie : 32 % sous une forme légère, 35 % sous une forme modérée et 2 % sous une forme sévère. La proportion d'enfants anémiés fluctue avec l'âge de l'enfant. De 72 % à 6–8 mois, elle passe à 65 % à 36–47 mois et à 60 % parmi ceux âgés de 48–59 mois. Les résultats selon le sexe montrent que la prévalence de l'anémie est un peu plus élevée parmi les garçons que les filles (70 % contre 67 %). Selon la province, on note des disparités importantes, la proportion d'enfants anémiques varie d'un maximum de 73 % dans l'Ogooué-Ivindo à un minimum de 58 % dans le Woleu-Ntem.

Tableau 14 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6–59 mois considérés comme étant atteints d'anémie, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSG-III 2019–2021

Caractéristique sociodémographique	Sévérité de l'anémie par niveaux d'hémoglobine				Effectif d'enfants de 6–59 mois
	Anémie (<11.0 g/dl)	Anémie légère (10.0–10.9 g/dl)	Anémie modérée (7.0–9.9 g/dl)	Anémie sévère (<7.0 g/dl)	
Âge en mois					
6–8	71,5	31,4	38,9	1,2	351
9–11	75,1	36,1	37,4	1,6	305
12–17	71,3	29,1	39,7	2,4	697
18–23	74,0	33,8	38,9	1,3	683
24–35	73,4	31,1	39,3	3,1	1 117
36–47	64,9	29,3	33,4	2,2	1 342
48–59	59,7	34,8	24,4	0,5	1 213
Sexe					
Masculin	69,5	32,2	35,6	1,6	2 978
Féminin	67,0	31,4	33,5	2,1	2 730
Résidence					
Urbain	67,8	32,2	34,1	1,5	5 069
Rural	72,0	28,9	39,0	4,1	640
Province					
Libreville	69,5	35,3	32,8	1,4	2 328
Port-Gentil	72,3	32,5	39,5	0,3	657
Estuaire (sans Libreville)	69,0	30,5	35,9	2,6	658
Haut-Ogooué	64,7	32,0	31,4	1,3	539
Moyen-Ogooué	66,4	31,0	34,4	1,0	205
Ngounié	71,0	24,9	43,4	2,7	266
Nyanga	72,5	32,1	38,1	2,3	113
Ogooué-Ivindo	73,3	22,4	45,3	5,5	184
Ogooué-Lolo	67,8	28,8	35,6	3,4	179
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	61,7	34,6	26,3	0,8	79
Woleu-Ntem	57,9	24,2	30,1	3,5	499
Quintile de bien-être économique					
Le plus bas	74,2	28,6	41,8	3,7	1 244
Second	73,6	36,1	36,1	1,4	1 309
Moyen	69,7	31,2	36,1	2,3	1 178
Quatrième	63,6	33,0	29,6	1,0	1 098
Le plus élevé	56,0	29,5	26,4	0,1	879
Ensemble	68,3	31,8	34,6	1,8	5 709

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont passé, dans le ménage, la nuit ayant précédé l'interview, et qui ont été testés pour l'anémie. La prévalence de l'anémie, basée sur les niveaux d'hémoglobine est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant les formules du CDC, 1998. L'hémoglobine est mesurée en grammes par décilitre (g/dl).

Il ressort du **Tableau 15** que la proportion de femmes 15–49 ans anémiques est plus faible que celle des enfants (65 % contre 68 %). Parmi ces femmes, 27 % présentent une forme légère, 34 % une forme modérée et 4 % une forme sévère. La prévalence de l’anémie est particulièrement élevée parmi les femmes de 15–19 ans (72 %), n’ayant aucun enfant (68 %), qui résident en milieu urbain (65 %) ou dans la province de la Nyanga (71 %). En outre, l’anémie affecte plus de trois femmes sur cinq (pourcentages supérieurs à 60 %) quel que soit le niveau d’instruction ou le quintile de bien-être économique.

Tableau 15 Prévalence de l’anémie chez les femmes

Pourcentage de femmes de 15–49 ans considérés comme étant atteints d’anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III 2019–2021

Caractéristique sociodémographique	Sévérité de l’anémie par niveaux d’hémoglobine				Effectif de femmes	
	Non enceinte	Anémie	Légère	Modérée		Sévère
	Enceinte	<12.0 g/dl	11.0–11.9 g/dl	8.0–10.9 g/dl		<8.0 g/dl
		<11.0 g/dl	10.0–10.9 g/dl	7.0–9.9 g/dl)	<7.0 g/dl)	
Âge						
15–19		72,0	32,3	36,2	3,5	1 010
20–29		63,5	27,8	33,0	2,7	2 164
30–39		62,4	24,7	33,5	4,3	1 579
40–49		64,9	23,5	35,5	5,9	1 115
Effectif d’enfants nés vivants						
0		67,8	28,3	35,0	4,5	1 611
1		62,1	28,1	29,9	4,2	1 116
2–3		65,8	27,2	36,6	2,0	1 753
4–5		61,9	23,6	33,5	4,8	901
6+		64,8	24,5	33,9	6,4	487
Grossesse/Allaitement						
Enceinte		64,3	28,6	33,4	2,3	409
Allaitante		60,0	30,4	28,7	0,9	696
Ni l’un, ni l’autre		65,7	26,2	35,0	4,4	4 764
Résidence						
Urbain		65,2	26,8	34,4	4,0	5 382
Rural		62,4	28,3	31,5	2,6	486
Province						
Libreville		66,6	27,3	34,7	4,7	2 614
Port-Gentil		69,8	26,3	40,5	2,9	655
Estuaire (sans Libreville)		67,7	25,7	37,5	4,5	724
Haut-Ogooué		55,5	24,1	29,2	2,3	562
Moyen-Ogooué		67,0	29,1	34,8	3,1	188
Ngounié		63,5	30,3	31,1	2,1	246
Nyanga		71,2	29,7	36,4	5,1	113
Ogooué-Ivindo		55,6	24,7	28,5	2,4	136
Ogooué-Lolo		66,2	29,4	34,0	2,8	148
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)		63,7	28,3	31,4	4,0	70
Woleu-Ntem		55,5	27,3	24,9	3,3	412
Niveau d’instruction						
Aucun		66,1	34,0	27,8	4,3	362
Primaire		62,9	26,1	33,2	3,6	787
Secondaire 1er cycle		66,3	27,0	35,3	4,0	2 588
Secondaire 2nd cycle		61,8	25,7	32,3	3,8	1 317
Supérieur		67,2	26,2	37,5	3,6	815
Quintile de bien-être économique						
Le plus bas		65,5	29,2	32,7	3,6	1 000
Second		65,6	26,3	35,6	3,8	1 219
Moyen		65,7	25,8	34,9	5,0	1 224
Quatrième		65,2	27,8	33,1	4,3	1 328
Le plus élevé		62,6	25,7	34,5	2,3	1 097
Ensemble		64,9	26,9	34,2	3,9	5 868

Note : La prévalence de l’anémie, basée sur les niveaux d’hémoglobine est ajustée en fonction de l’altitude et du fait de fumer en utilisant les formules du CDC, 1998.

3.8 PALUDISME

Le paludisme est une maladie parasitaire fébrile causée par la piqûre d'un moustique femelle infecté du genre *anophèle*.

L'utilisation de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII), le traitement par des antipaludiques et les antipyrétiques afin de baisser la fièvre chez les enfants ainsi que la prise du traitement préventif intermittent par la femme enceinte constituent les moyens les plus efficaces de lutte contre le paludisme.

Les données obtenues à l'EDSG-III permettent d'évaluer les proportions de ménages disposant de moustiquaires, en particulier les MII, et leur utilisation par les enfants.

3.8.1 Possession d'une MII et accès à une MII dans le ménage

Le **Tableau 16** montre que plus d'un ménage sur cinq (21 %) possède au moins une MII. Le nombre moyen de MII possédé par les ménages est estimé à 0,4. La proportion de ménages possédant une MII est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (29 % contre 21 %). On note également des écarts entre les provinces, le pourcentage varie d'un maximum de 54 % dans la Nyanga à un minimum de 17 % à Port-Gentil.

Au-delà de l'objectif des campagnes de distribution, l'OMS recommande que chaque ménage ait, au moins, une MII pour deux personnes afin d'atteindre une couverture universelle. Les résultats de l'EDSG-III montrent que 10 % des ménages possédaient, au moins, une MII pour deux personnes qui avaient passé la nuit précédant l'interview dans le ménage. C'est dans la Nyanga que ce pourcentage est le plus élevé (32 %) ; par contre, il est plus faible à Port-gentil et à Libreville (7 % dans les deux cas). Le pourcentage de ménages avec, au moins, une MII pour deux personnes baisse avec l'amélioration du statut socioéconomique du ménage.

Tableau 16 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, EDSG-III 2019–2021

Caractéristique	Pourcentage de ménages avec au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ¹	Nombre moyen de Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) ¹ par ménage	Effectif de ménages	Pourcentage de ménages avec, au moins, une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (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	20,5	0,3	10 442	8,8	10 394
Rural	28,5	0,5	1 339	17,8	1 331
Province					
Libreville	18,7	0,3	5 260	7,2	5 228
Port-Gentil	16,8	0,2	1 192	7,1	1 187
Estuaire (sans Libreville)	19,6	0,3	1 558	10,9	1 550
Haut-Ogooué	21,0	0,3	995	8,7	992
Moyen-Ogooué	27,2	0,5	409	13,9	409
Ngounié	34,2	0,7	552	18,2	551
Nyanga	54,2	1,1	252	31,8	249
Ogooué-Ivindo	34,1	0,6	288	15,1	287
Ogooué-Lolo	24,9	0,4	306	12,1	304
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	41,3	0,8	148	25,5	148
Woleu-Ntem	19,0	0,3	821	9,4	819
Quintile de bien-être économique					
Le plus bas	27,6	0,5	2 595	15,3	2 573
Second	25,6	0,4	2 383	11,8	2 366
Moyen	21,0	0,4	2 359	8,4	2 346
Quatrième	17,9	0,3	2 269	6,8	2 266
Le plus élevé	13,7	0,2	2 175	5,8	2 175
Ensemble	21,4	0,4	11 781	9,8	11 724

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDSG-II 2012, c'était connu sous le nom de Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA).

² Membres de fait des ménages.

3.8.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants et les femmes enceintes

Le **Tableau 17** présente, pour le milieu de résidence, pour chaque province et le quintile de bien-être économique, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans et celui de femmes de 15–49 ans enceintes qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview.

Parmi les enfants de moins de 5 ans, 19 % avaient dormi sous une MII la nuit avant l'interview. Ce pourcentage est un peu plus élevé en milieu rural (23 %) qu'en milieu urbain (19 %). Les résultats montrent que ce pourcentage est plus élevé dans la Nyanga (51 %) et plus faible au Woleu-Ntem (13 %). Les résultats selon le quintile de bien-être économique montrent que le pourcentage diminue régulièrement du quintile le bas (24 %) au plus élevé (11 %).

Dans les ménages ayant au moins une MII, près de 7 enfants de moins de 5 ans sur dix (68 %) ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview. Ce pourcentage ne varie pratiquement entre les milieux de résidence (69 % pour l'urbain et 68 % pour le rural).

Tableau 17 Utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MI) 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 (MI); et parmi les enfants de moins de 5 ans des ménages avec, au moins, une MI, pourcentage ayant dormi sous une MI la nuit avant l'interview; parmi les femmes enceintes de 15–49 ans, pourcentage qui, la nuit avant l'interview, ont dormi sous une MI, et parmi les femmes enceintes de 15–49 ans des ménages possédant, au moins, une MI, pourcentage ayant dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'interview, selon certaines caractéristiques, EDSD-III 2019–2021

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 MI ¹		Femmes enceintes de 15–49 ans dans tous les ménages		Femmes enceintes de 15–49 ans dans les ménages possédant au moins une MI ¹	
	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit avant l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit avant l'interview	Effectif de femmes enceintes
Résidence								
Urbain	18,5	6 252	68,5	1 693	13,4	687	61,2	150
Rural	22,9	716	68,3	240	23,6	74	70,1	25
Province								
Libreville	16,4	2 878	63,8	741	11,4	343	*	64
Port-Gentil	14,9	800	78,8	151	7,6	86	*	11
Estuaire (sans Libreville)	19,0	890	75,7	224	20,0	95	*	25
Haut-Ogooué	18,8	651	71,5	171	8,7	61	*	9
Moyen-Ogooué	24,3	242	65,8	90	19,2	24	(44,8)	10
Ngounié	34,7	313	73,9	147	33,3	39	(68,3)	19
Nyanga	51,3	137	78,7	90	39,4	15	(70,3)	8
Ogooué-Ivindo	27,0	215	68,0	86	20,4	24	(57,9)	8
Ogooué-Lolo	21,4	198	69,2	61	23,8	22	(72,4)	7
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	33,9	92	74,7	42	(30,2)	7	*	3
Woleu-Ntem	12,6	552	52,9	131	8,8	45	*	9
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	24,0	1 489	72,1	495	21,0	159	66,7	50
Second	22,8	1 513	71,3	483	19,4	144	(66,4)	42
Moyen	18,5	1 454	64,3	419	4,7	144	*	20
Quatrième	16,2	1 335	66,0	329	14,3	209	(74,9)	40
Le plus élevé	11,4	1 177	65,2	207	10,8	104	*	23
Ensemble	19,0	6 968	68,4	1 933	14,4	761	62,5	175

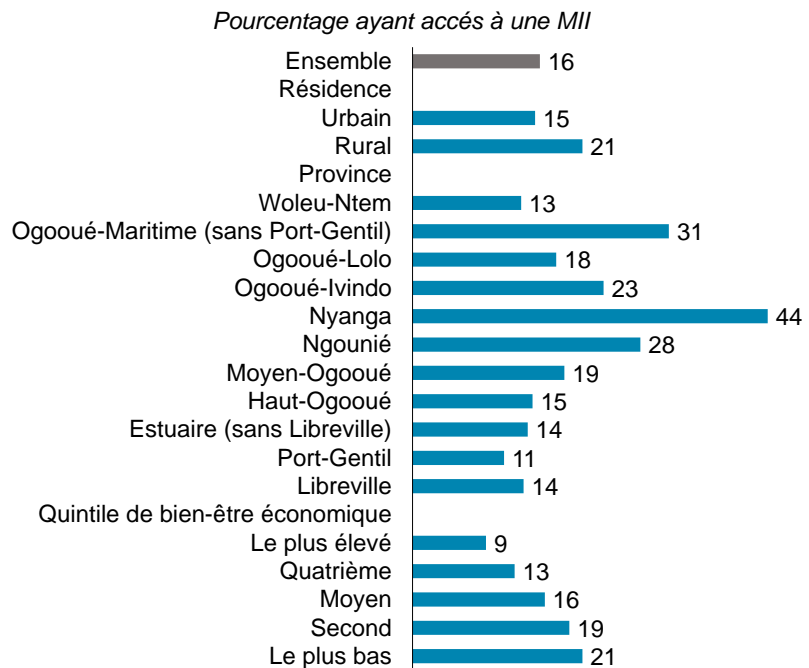
Note : Le tableau est basé sur les enfants et les femmes enceintes ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage. Les valeurs entre parenthèses sont basées 25–49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MI) est une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire. Dans l'EDSD-II 2012, c'était connu sous le nom de Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA).

Il ressort du **Tableau 17** que parmi les femmes enceintes, 14 % avaient dormi sous une MI la nuit avant l'interview. Ce pourcentage est plus élevé en milieu rural (24 %) qu'en milieu urbain (13 %). Par ailleurs, en se limitant aux femmes enceintes qui vivent dans les ménages ayant au moins une MI, on remarque que ce pourcentage est plus élevé (63 %). Les variations selon les caractéristiques socio-économiques sont similaires à celles observées pour le pourcentage de toutes les femmes enceintes qui avaient dormi sous une MI la nuit avant l'interview.

Le **Graphique 7** présente la répartition de la population de fait ayant accès à une MII dans le ménage selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Dans l'ensemble, 16 % de la population présente au moment de l'enquête ont eu accès à une MII dans le ménage. Cette proportion est plus élevée en milieu rural (21 %) qu'en milieu urbain (15 %). Elle varie beaucoup selon la province, passant de 11 % à Port-Gentil à 44 % dans la Nyanga. L'accès à une MII diminue progressivement avec l'augmentation du quintile de bien-être.

Graphique 7 Pourcentage de la population de fait ayant accès à une MII dans le ménage



3.8.3 Utilisation du traitement préventif intermittent par les femmes au cours de la grossesse

Pour réduire le paludisme pendant la grossesse, il est recommandé que les femmes enceintes, non seulement, dorment sous une MII mais aussi, prennent à titre préventif un traitement intermittent à base de la Sulfadoxine-pyriméthamine (SP) pendant la grossesse. Le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) est un protocole thérapeutique complet d'antipaludiques administrés aux femmes enceintes pour prévenir le paludisme. La Sulfadoxine-pyriméthamine est la molécule recommandée pour le TPIg.

Au cours de l'EDSG-III, les enquêtrices ont demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant l'enquête si durant la grossesse de la naissance vivante la plus récente, elles avaient pris le traitement préventif intermittent et, dans le cas d'une réponse positive, de quel SP il s'agissait.

Le **Tableau 18** présente les pourcentages de femmes ayant pris diverses doses de SP à titre préventif au cours de leur dernière grossesse, selon les caractéristiques sociodémographiques. Il montre que près de neuf femmes sur dix (88 %) ont reçu pendant leur grossesse au moins une dose de TPIg, plus de trois femmes sur cinq (61 %) ont reçu deux doses. La proportion de femmes ayant reçu au moins trois doses, comme recommandé, n'est que de 38 %. Cette proportion est presque identique en milieu urbain qu'en milieu rural (38 % contre 37 %), et elle varie d'un minimum de 28 % au Haut-Ogooué à un maximum de 59 % au Woleu-Ntem.

Tableau 18 Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPIq) par les femmes au cours de la grossesse

Pourcentage de femmes de 15–49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années ayant précédé l'enquête qui, pendant la grossesse de la dernière naissance vivante, ont reçu une dose ou plus de SP/Fansidar, ont reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar, et qui ont reçu trois doses ou plus de SP/Fansidar, selon certaines caractéristiques, EDSG-III 2019–2021

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu une dose ou plus de SP/Fansidar	Pourcentage ayant reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar	Pourcentage ayant reçu trois doses ou plus de SP/Fansidar	Effectif de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années ayant précédé l'enquête
Résidence				
Urbain	88,4	62,0	38,0	2 237
Rural	79,5	55,5	36,8	219
Province				
Libreville	87,8	59,8	37,4	1 118
Port-Gentil	90,8	68,0	33,5	265
Estuaire (sans Libreville)	86,9	64,6	38,3	316
Haut-Ogooué	87,0	55,8	28,0	214
Moyen-Ogooué	90,6	59,5	44,1	75
Ngounié	89,8	57,1	33,7	110
Nyanga	84,3	58,7	46,7	43
Ogooué-Ivindo	72,3	52,1	36,7	66
Ogooué-Lolo	91,3	69,6	40,4	62
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	88,8	69,4	37,5	28
Woleu-Ntem	85,1	66,6	59,1	159
Quintile de bien-être économique				
Le plus bas	79,3	55,1	34,7	487
Second	87,5	55,1	36,3	519
Moyen	87,2	62,5	41,6	528
Quatrième	90,1	66,3	37,5	511
Le plus élevé	94,8	69,4	39,5	410
Ensemble	87,6	61,4	37,9	2 456

3.8.4 Prévalence et traitement précoce de la fièvre chez les enfants

Parmi les informations collectées lors de l'EDSG-III sur la santé des enfants de moins de 5 ans, figurent celles concernant les épisodes de fièvre et leurs traitements. La fièvre étant le principal signe clinique du paludisme, on a demandé, si les enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'interview. Si la réponse était positive, on posait alors une série de questions sur le traitement de la fièvre. Ces questions portaient, entre autres, sur la prise de médicaments anti palustre et sur le moment où le traitement avait été administré pour la première fois (**Tableau 19**).

Au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, plus d'un enfant sur cinq (22 %) de moins de cinq ans avait présenté de la fièvre. Parmi les enfants malades, des conseils ou un traitement ont été recherchés pour les trois quart (75 %) d'entre eux. Par ailleurs, 14 % des enfants malades ont bénéficié d'un test de diagnostic rapide au doigt ou au talon, et parmi eux, 4 % ont bénéficié d'un traitement de combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA).

La prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans varie relativement peu selon le milieu de résidence (22 % en milieu urbain et 24 % en milieu rural). Par contre, des écarts sont constatés entre les provinces, la proportion varie de 18 % à l'Estuaire (sans Libreville) et Port-Gentil à 27 % dans l'Ogooué-Ivindo.

Tableau 19 Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants

Parmi les enfants de moins de 5 ans, pourcentage 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, EDSG-III 2019–2021

Caractéristique	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 :	
	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	21,9	5 350	77,2	14,0	1 173	4,4	485
Rural	23,5	523	57,1	14,0	123	2,7	38
Province							
Libreville	25,5	2 576	81,6	14,0	658	5,4	313
Port-Gentil	18,4	663	71,4	3,6	122	(2,5)	36
Estuaire (sans Libreville)	17,9	765	62,2	15,8	137	(1,7)	39
Haut-Ogooué	19,1	541	86,3	29,8	104	(2,7)	39
Moyen-Ogooué	18,8	177	60,6	16,4	33	(9,5)	13
Ngounié	19,4	254	70,2	13,6	49	(0,0)	22
Nyanga	22,5	110	64,3	9,4	25	(1,2)	11
Ogooué-Ivindo	26,9	158	48,2	12,2	42	3,9	14
Ogooué-Lolo	23,9	153	74,5	11,8	36	1,1	12
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	19,1	71	65,8	7,4	14	(0,0)	5
Woleu-Ntem	18,6	406	66,0	9,9	75	(4,6)	18
Quintile de bien-être économique							
Le plus bas	21,7	1 177	61,1	18,0	255	2,5	84
Second	23,7	1 276	75,0	14,0	303	1,0	106
Moyen	25,4	1 289	76,2	14,8	327	10,3	141
Quatrième	19,8	1 151	80,1	10,4	228	0,5	108
Le plus élevé	18,8	979	87,9	11,6	184	(5,2)	83
Ensemble	22,1	5 873	75,3	14,0	1 296	4,3	523

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées 25–49 cas non pondérés.

¹ Comprend les conseils ou traitements des sources suivantes : secteur public, secteur parapublic privé, secteur médicale privé, boutique, marché et marchand ambulant de médicaments. Non compris les conseils ou traitement d'un praticien traditionnel.

3.8.5 Prévalence du paludisme chez les enfants

Dans tous les ménages, tous les enfants de 6 à 59 mois étaient éligibles pour un Test de Diagnostic Rapide (TDR) SD BIOLINE Malaria Antigen Pf/Pv. Le **Tableau 20** présente la prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6–59 mois selon le résultat du TDR. Les résultats indiquent que pour 13 % des enfants de 6–59 mois, le test s'est révélé positif. Cette proportion est plus élevée en milieu rural (35 %) qu'en milieu urbain (10 %) ; la prévalence la plus élevée est observée dans l'Ogooué-Ivindo (43 %) tandis qu'elle est plus basse à Port-Gentil (1 %). C'est dans le quintile de bien-être le plus bas que cette prévalence est la plus élevée (34 %).

Tableau 20 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, EDSG-III 2019–2021

Caractéristique	Prévalence du paludisme selon le TDR	
	le TDR	Effectif d'enfants
Résidence		
Urbain	9,7	5 057
Rural	35,0	640
Province		
Libreville	4,4	2 320
Port-Gentil	0,8	657
Estuaire (sans Libreville)	15,8	655
Haut-Ogooué	11,6	539
Moyen-Ogooué	19,0	205
Ngounié	27,8	266
Nyanga	21,3	113
Ogooué-Ivindo	43,2	184
Ogooué-Lolo	23,5	179
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	4,1	79
Woleu-Ntem	36,2	499
Quintile de bien-être économique		
Le plus bas	33,6	1 244
Second	12,0	1 309
Moyen	8,5	1 174
Quatrième	2,7	1 094
Le plus élevé	1,1	876
Ensemble	12,6	5 696

RDT = Test de Diagnostic Rapide du paludisme (SD Bioline Malaria Antigène Pf/Pv)

3.9 CONNAISSANCE, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS VIS-A-VIS DU VIH/SIDA

3.9.1 Connaissance du VIH

La connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du VIH. La limitation des rapports sexuels à un(e) seul(e) partenaire fidèle et non infecté(e) ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH. Au cours de l'EDSG-III, on a posé aux femmes et aux hommes une série de questions sur les moyens de prévention du VIH ainsi que sur les comportements sexuels.

Les résultats montrent que quatre femmes sur cinq (80 %) et plus de quatre hommes sur cinq (84 %) de 15–49 ans ont déclaré qu'on pouvait éviter de contracter le VIH en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel (**Tableau 21**). À la question de savoir si l'utilisation du condom à chaque rapport sexuel et la limitation des rapports sexuels à un(e) seul(e) partenaire fidèle et non infecté(e) permet d'éviter de contracter le VIH, plus de sept femmes sur dix (72 %) et plus de trois hommes sur quatre (76 %) ont répondu de manière positive.

D'après les résultats présentés au **Tableau 21**, on constate que ce sont les femmes du groupe d'âges 15–24 ans (70 %) qui connaissent le moins les moyens d'éviter l'infection au VIH par rapport à celles des autres groupes. Par contre ce sont les hommes du groupe d'âges 30–39 ans (73 %) qui connaissent le moins les moyens d'éviter l'infection au VIH par rapport aux autres. Chez les femmes la connaissance des moyens d'éviter le VIH augmente régulièrement avec l'âge.

Le lieu de résidence influence également la connaissance des moyens de prévention du VIH. En effet, près des trois quarts (72 %) des femmes et plus de trois hommes sur quatre (76 %) du milieu urbain connaissent les deux moyens de prévention contre respectivement 63 % et 73 % en milieu rural.

Par rapport à la province, c'est dans l'Ogooué-Ivindo (62 %), la Ngounié (66 %) et le Haut-Ogooué (68%) que les femmes sont les moins bien informées. Parmi les hommes, c'est dans les provinces de la Nyanga (55 %) et du Haut-Ogooué (65 %) que l'on observe les pourcentages les plus faibles. La connaissance des deux moyens de prévention augmente de façon importante avec le niveau d'instruction aussi bien chez les femmes que chez les hommes. On observe le même schéma avec le quintile de bien-être économique chez les femmes.

Tableau 21 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15–49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III 2019–2021

Caractéristique sociodémographique	Femme				Homme			
	Pourcentage ayant déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH en :				Pourcentage ayant déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH en :			
	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté ²	Utilisant des condoms et limitant les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté ^{1,2}	Effectif de femmes	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté ²	Utilisant des condoms et limitant les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté ^{1,2}	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
15–24	78,2	80,6	69,6	2 309	85,8	83,5	77,2	2 033
15–19	77,4	77,4	66,6	1 127	84,0	81,0	75,3	1 109
20–24	79,0	83,6	72,5	1 182	88,0	86,4	79,6	924
25–29	78,7	81,6	70,4	1 204	85,6	86,7	77,9	897
30–39	81,5	85,3	74,7	1 772	81,0	83,7	73,1	1 702
40–49	79,7	82,3	72,7	1 221	83,3	86,1	76,0	1 222
Résidence								
Urbain	80,1	83,1	72,4	6 010	84,1	84,7	76,1	5 393
Rural	72,0	74,6	63,2	497	81,2	83,5	73,4	461
Province								
Libreville	79,7	83,4	72,2	2 975	84,4	84,9	76,2	2 911
Port-Gentil	84,0	81,5	72,8	726	88,8	86,2	80,3	577
Estuaire (sans Libreville)	81,2	83,5	73,5	869	83,1	85,3	75,7	788
Haut-Ogooué	75,8	80,7	67,9	575	75,3	73,5	65,4	451
Moyen-Ogooué	79,9	85,1	75,1	203	93,7	95,1	90,7	163
Ngounié	72,2	79,8	65,8	255	81,1	83,8	73,3	219
Nyanga	78,2	77,9	70,4	124	68,5	72,2	54,7	103
Ogooué-Ivindo	68,6	72,1	62,2	140	82,8	85,4	76,4	129
Ogooué-Lolo	85,3	90,6	78,6	151	92,7	89,9	86,7	125
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	86,0	82,9	75,5	71	87,6	93,7	83,5	65
Woleu-Ntem	76,1	78,8	70,3	419	81,6	86,8	75,6	323
Niveau d'instruction								
Aucun	53,5	59,7	46,2	406	63,4	64,9	51,1	381
Primaire	71,4	75,2	64,2	838	68,1	70,1	58,9	655
Secondaire 1er cycle	80,8	83,8	72,4	2 840	85,9	85,8	77,5	2 281
Secondaire 2nd cycle	86,1	85,0	77,2	1 443	88,9	88,7	80,3	1 498
Supérieur	83,6	90,0	78,4	980	89,6	92,2	85,7	1 038
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	74,7	77,6	67,0	1 031	78,2	80,7	69,6	911
Second	77,4	83,2	70,2	1 333	82,7	79,2	72,3	1 114
Moyen	80,2	81,3	71,4	1 387	86,1	87,3	80,0	1 413
Quatrième	82,0	82,6	73,6	1 442	83,9	83,4	73,8	1 296
Le plus élevé	81,7	86,3	75,2	1 315	86,7	91,0	81,8	1 120
Total 15–49	79,5	82,4	71,7	6 507	83,9	84,6	75,9	5 854
50–64	72,2	80,5	65,7	1 133	83,5	87,0	77,2	1 040
Ensemble 15–64	78,4	82,1	70,8	7 640	83,8	84,9	76,1	6 894

¹ En utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel.

² Un partenaire qui n'a pas d'autre partenaire.

3.9.2 Connaissance du VIH parmi les jeunes

Dans cette section, sont considérés comme ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH, les jeunes de 15–24 ans qui savent que l'utilisation régulière du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du Sida ; ceux qui savent également qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du Sida et qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du VIH. Le **Tableau 22** récapitule les résultats concernant la connaissance complète des moyens de prévention du VIH parmi les femmes et les hommes de 15–24 ans.

Les résultats montrent qu'au Gabon, un jeune (femme ou homme) de 15–24 ans sur deux (50 %) a une connaissance complète des moyens de préventions du VIH. Le pourcentage de jeunes ayant une

connaissance complète sur le VIH est plus élevée chez les célibataires (52 % des jeunes femmes et 50 % des jeunes hommes) que les non célibataires (43 % des jeunes femmes et 44 % des jeunes hommes). Cette meilleure connaissance chez les célibataires est le fait surtout de ceux et celles qui ont déjà eu des rapports sexuels (55 % aussi bien chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes). Cette connaissance complète des moyens de prévention est plus répandue en milieu urbain (respectivement 51 % et 50 %), dans les provinces de l'Ogooué-Lolo (respectivement 56 % et 54 %) et de l'Ogooué-Maritime sans Port-Gentil (58 % pour les jeunes femmes ; pour les jeunes hommes, c'est dans celles de l'Ogooué-Lolo (54 %), de Libreville (57%) et du Moyen-Ogooué (62 %) que ces pourcentages sont le plus élevés. On constate que cette connaissance complète est plus élevée parmi les jeunes femmes de niveau secondaire au moins (pourcentages supérieurs à 40 %) que parmi celles de niveau primaire (28 %) ou n'ayant aucun niveau (24 %).

Tableau 22 Connaissance complète des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15–24 ans ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III 2019–2021

Caractéristique sociodémographique	Femmes de 15–24 ans		Hommes de 15–24 ans	
	Pourcentage ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH ¹	Effectif de femmes	Pourcentage ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH ¹	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15–19	44,2	1 127	47,7	1 109
15–17	43,1	691	43,7	712
18–19	45,9	436	55,0	397
20–24	54,5	1 182	52,0	924
20–22	53,7	657	50,6	617
23–24	55,5	525	54,7	308
État matrimonial				
Célibataire	51,5	1 746	50,2	1 870
A déjà eu des rapports sexuels	55,1	1 044	55,1	1 350
N'a jamais eu de rapports sexuels	46,1	703	37,5	521
Non célibataire	43,2	563	43,8	163
Résidence				
Urbain	50,6	2 133	50,4	1 887
Rural	35,3	176	40,4	146
Province				
Libreville	52,1	989	56,8	954
Port-Gentil	48,3	246	44,1	174
Estuaire (sans Libreville)	51,7	312	43,6	252
Haut-Ogooué	42,8	226	43,7	185
Moyen-Ogooué	48,0	87	61,9	68
Ngounié	40,3	99	35,3	81
Nyanga	45,2	51	28,5	41
Ogooué-Ivindo	43,0	52	39,6	60
Ogooué-Lolo	56,3	63	54,3	58
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	58,4	28	49,4	24
Woleu-Ntem	45,5	154	37,3	136
Niveau d'instruction				
Aucun	24,3	91	(11,0)	41
Primaire	27,8	236	27,8	230
Secondaire 1er cycle	44,0	1 140	47,0	1 083
Secondaire 2nd cycle	66,2	647	61,8	569
Supérieur	63,9	195	(72,6)	110
Total 15–24	49,5	2 309	49,7	2 033

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées 25–49 cas non pondérés.

¹ Sont considérés comme ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH, ceux qui savent que l'utilisation régulière du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le VIH, ceux qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le VIH et ceux qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du VIH.

3.9.3 *Multipllicité des partenaires sexuels et utilisation du condom*

Le multi partenariat dans les rapports sexuels accroît le risque d'infection par les IST, en particulier le risque de contracter le VIH. Ce risque est plus important quand l'utilisation du condom comme moyen de prévention est peu répandu. Les résultats présentés aux **Tableaux 23.1** et **23.2** montrent qu'environ un homme de 15-49 ans sur trois (31 %) contre moins d'une femme sur dix (8 %) ont eu, au moins, 2 partenaires sexuel(le)s au cours des 12 derniers mois et plus de trois hommes sur cinq (61 %) contre près de deux femmes sur cinq (39 %) ont eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni leur époux/épouse, ni le partenaire avec qui ils vivaient. Parmi les hommes et les femmes ayant eu au moins 2 partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois, 49 % des hommes contre 31 % des femmes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Parmi les hommes et les femmes qui ont eu des rapports sexuels avec une personne autre que leur époux/épouse ou leur partenaire, 66 % d'hommes contre 37 % chez les femmes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Le nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie chez les hommes est de 13,1 contre 5,1 chez les femmes.

Tableau 23.1 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 ce partenaire; parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EDSG-III 2019–2021

Caractéristique sociodémographique	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 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	
	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 avec un de ces partenaires	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges									
15–24	8,9	47,1	3 565	40,7	316	42,0	1 679	3,6	2 376
15–19	5,8	34,6	1 726	48,9	100	46,4	596	2,9	772
20–24	11,8	58,9	1 839	36,9	216	39,6	1 082	3,9	1 604
25–29	12,0	46,6	1 798	30,5	216	34,7	839	5,7	1 637
30–39	7,5	33,3	2 750	20,9	207	32,9	915	5,9	2 459
40–49	5,1	24,0	1 797	23,6	91	32,7	432	5,6	1 541
État matrimonial									
Célibataire	8,6	58,8	4 088	41,1	352	37,7	2 405	4,9	2 734
Marié/vivant ensemble	6,7	16,1	4 776	20,3	321	35,3	768	4,9	4 377
Divorcé/séparé/veuf	15,0	66,1	1 046	31,4	157	37,7	692	6,7	902
Résidence									
Urbain	8,6	39,2	9 171	31,8	788	38,1	3 598	5,0	7 413
Rural	5,8	36,1	739	21,5	43	25,8	266	6,0	600
Province									
Libreville	8,9	38,0	4 624	31,5	411	39,6	1 758	4,6	3 724
Port-Gentil	7,5	40,9	1 094	26,0	82	38,8	448	5,6	913
Estuaire (sans Libreville)	10,0	37,7	1 321	34,7	132	39,9	498	5,5	1 079
Haut-Ogooué	7,8	40,7	863	30,2	67	38,7	352	4,8	623
Moyen-Ogooué	4,6	42,5	303	(32,8)	14	30,0	129	6,6	225
Ngounié	5,0	37,3	395	(37,4)	20	31,6	147	4,7	339
Nyanga	6,4	40,6	181	(31,0)	12	34,3	74	4,6	148
Ogooué-Ivindo	11,1	46,6	213	41,7	24	32,5	99	8,1	188
Ogooué-Lolo	8,6	41,1	213	45,2	18	35,1	87	4,6	172
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	4,6	35,5	104	(30,0)	5	26,2	37	5,0	89
Woleu-Ntem	7,7	39,5	597	16,0	46	21,3	236	6,4	513
Niveau d'instruction									
Aucun	3,9	19,0	586	*	23	23,7	111	3,2	519
Primaire	6,8	30,1	1 286	23,1	88	31,2	387	5,1	1 044
Secondaire 1er cycle	9,7	39,6	4 242	28,9	411	36,7	1 678	5,7	3 281
Secondaire 2nd cycle	8,6	44,7	2 300	42,3	198	43,6	1 027	4,8	1 845
Supérieur	7,4	44,1	1 496	29,4	111	34,6	660	5,0	1 323
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	8,9	44,8	1 593	29,6	142	30,1	713	6,1	1 288
Second	10,1	45,1	2 054	34,0	208	36,7	927	5,2	1 694
Moyen	9,3	39,4	2 047	30,7	190	40,7	806	4,9	1 683
Quatrième	7,6	34,8	2 106	26,2	159	37,4	732	4,7	1 685
Le plus élevé	6,3	32,6	2 109	35,7	132	41,0	687	4,9	1 663
Total 15–49	8,4	39,0	9 910	31,2	831	37,2	3 864	5,1	8 013
50–64	0,6	10,1	1 133	*	7	21,4	115	4,8	983
Ensemble 15–64	7,6	36,0	11 043	31,1	838	36,8	3 979	5,1	8 996

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées 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.

Tableau 23.2 Partenaires sexuels multiples et rapports 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 de ces 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, EDSG-III 2019–2021

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 ces personnes	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges									
15–24	24,3	62,8	2 033	65,9	493	67,1	1 278	7,3	1 425
15–19	16,5	47,9	1 109	79,4	183	76,6	532	4,9	617
20–24	33,6	80,7	924	57,9	311	60,3	746	9,1	808
25–29	44,1	78,5	897	45,1	396	54,7	704	12,0	762
30–39	35,7	61,0	1 702	45,1	608	68,4	1 038	17,6	1 409
40–49	24,5	43,2	1 222	32,8	299	71,1	528	15,8	925
État matrimonial									
Célibataire	27,3	69,5	2 902	65,2	793	66,4	2 017	9,2	2 137
Marié/vivant ensemble	31,5	42,1	2 343	27,3	738	65,8	987	15,7	1 920
Divorcé/séparé/veuf	43,4	89,1	610	59,2	265	62,1	544	20,2	464
Type d'union									
En union polygame	55,7	53,0	108	24,2	60	49,2	57	17,5	87
En union non polygame	30,3	41,6	2 234	27,6	678	66,9	930	15,6	1 833
Non actuellement en union	30,1	72,9	3 511	63,7	1 058	65,5	2 561	11,1	2 602
Résidence									
Urbain	31,5	61,1	5 393	49,2	1 699	66,5	3 297	13,0	4 191
Rural	21,1	54,4	461	40,4	97	53,7	251	14,2	331
Province									
Libreville	34,7	63,2	2 911	45,0	1 010	64,0	1 841	13,5	2 287
Port-Gentil	31,0	57,4	577	48,3	179	69,1	331	14,3	422
Estuaire (sans Libreville)	27,3	61,6	788	61,6	215	71,1	485	11,8	639
Haut-Ogooué	26,6	57,4	451	57,9	120	75,4	259	10,8	352
Moyen-Ogooué	24,4	58,7	163	47,4	40	57,8	95	15,5	120
Ngounié	11,7	47,9	219	(66,0)	26	63,3	105	10,1	152
Nyanga	30,3	54,6	103	49,5	31	59,5	56	13,7	63
Ogooué-Ivindo	29,6	56,3	129	40,9	38	52,2	72	10,7	81
Ogooué-Lolo	14,5	51,4	125	40,4	18	55,7	64	13,1	94
Ogooué-Maritime (sans Port-Gentil)	27,4	53,8	65	57,7	18	67,3	35	17,3	58
Woleu-Ntem	31,5	62,7	323	47,1	102	63,2	203	13,5	255
Niveau d'instruction									
Aucun	8,3	34,1	381	(45,2)	32	70,1	130	5,5	327
Primaire	18,2	47,3	655	35,6	120	56,8	310	10,5	469
Secondaire 1er cycle	30,3	62,1	2 281	51,9	692	65,9	1 417	11,8	1 644
Secondaire 2nd cycle	37,1	68,0	1 498	47,0	556	66,1	1 019	15,6	1 194
Supérieur	38,2	64,8	1 038	50,0	397	67,4	672	16,1	888
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	24,1	60,3	911	39,2	219	58,6	550	11,4	683
Second	30,3	59,1	1 114	50,2	338	60,3	658	11,8	868
Moyen	33,5	62,5	1 413	47,6	474	67,3	884	13,1	1 068
Quatrième	31,3	62,2	1 296	52,5	405	66,2	806	13,1	1 024
Le plus élevé	32,1	58,1	1 120	50,4	360	73,7	651	15,4	878
Total 15–49	30,7	60,6	5 854	48,8	1 796	65,6	3 548	13,1	4 521
50–64	19,3	34,6	1 040	20,9	201	57,2	360	23,7	714
Ensemble 15–64	29,0	56,7	6 894	45,9	1 997	64,8	3 908	14,5	5 236

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

RÉFÉRENCES

Bradley, Sarah E. K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel, and Charles F. Westoff. 2012. *Revising Unmet Need for Family Planning*. DHS Analytical Studies No.25. Calverton, Maryland, USA: ICF International.

Centers for Disease Control and Prevention. 1998. Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 47 (RR-3):1–29.

Direction Générale de la Statistique (DGS) et ICF International. 2013. *Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2012*. Calverton, Maryland, et Libreville, Gabon : DGS et ICF International.

Direction Générale de la Statistique et des Études Économiques (DGSEE) [Gabon] et ORC Macro. 2001. *Enquête Démographique et de Santé Gabon 2000*. Calverton, Maryland : Direction Générale de la Statistique et des Études Économiques, et Fonds des Nations Unies pour la Populations, et ORC Macro.

Recensement Général de la Population et des Logements au Gabon (RGPL 2013).

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

World Health Organization (WHO). 2008. Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Part I: Definitions. Conclusions of a Consensus Meeting Held 6–8 November 2007 in Washington, DC, USA. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf.

World Health Organization (WHO). 2013. WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/.