République Démocratique du Congo

Enquête Démographique et de Santé 2013-2014

Rapport de synthèse

La deuxième Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo (EDS-RDC II) a été menée par le Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique. L'EDS-RDC II a été réalisée avec l'appui financier du Gouvernement de la RDC, du Gouvernement des États-Unis d'Amérique à travers l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) et le President's Emergency Plan For AIDS Relief (PEPFAR), du Department For International Development (DFID), de la Banque Mondiale à travers le Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé (PARSS), du Fonds Mondial à travers l'ASBL Soins de Santé Primaire en milieu Rural (SANRU), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et de la Bill & Melinda Gates Foundation à travers l'Université de Californie à Los Angeles (UCLA). D'autres institutions ont également apporté leur expertise à la réalisation de cette opération, en particulier le Laboratoire National de Référence (LNR) du Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles (PNLS), l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB), le Family Health International (FHI 360), et le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et l'Université de Caroline du Nord (UNC) aux États-Unis pour la réalisation de certains tests biologiques. ICF International a fourni l'assistance technique à l'ensemble du projet par le biais du programme MEASURE DHS, financé par l'USAID, et dont l'objectif est de fournir un support et une assistance technique à des pays du monde entier pour la réalisation des enquêtes sur la population et la santé. Le bureau de l'OMS à Kinshasa a apporté son appui logistique notamment dans le dédouanement des fournitures médicales. Ce rapport est l'œuvre des auteurs et ne représente nécessairement pas la politique des organismes de coopération.

Pour tous renseignements concernant l'EDS-RDC II, contacter le Ministère du Plan et SMRM, 4155, Rue des Coteaux, Quartier Petit Pont, Kinshasa/Gombe, BP 9378 Kin 1, Kinshasa, E-mail : miniplan@gmail.com.

Concernant The DHS Program, des renseignements peuvent être obtenus auprès d'ICF International, 530 Gaither Road, Rockville, MD 20850, USA. Téléphone : 301-407-6500 ; Fax : 301-407-6501; E-mail : info@dhsprogram.com ; Internet : http ://www.dhsprogram.com.

Citation recommandée :

Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International. 2014. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014 : Rapport de synthèse. Rockville, Maryland, USA: MPSMRM, MSP et ICF International.

Photo de couverture : © Guy Oliver/IRIN

Enquête Démographique et de Santé 2013-2014

La deuxième Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo (EDS-RDC II) est une enquête par sondage représentative au niveau national. L'EDS-RDC II fournit des informations dans plusieurs domaines comme la fécondité, l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale. Au cours de cette enquête, des données ont été collectées sur les pratiques d'allaitement, l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans, la mortalité infantile, la mortalité adulte (y compris la mortalité maternelle) et la santé de la mère et de l'enfant. Cette enquête fournit également des informations sur la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles (IST) et l'utilisation des moustiquaires contre le paludisme. Des tests du VIH, de l'anémie et du paludisme ont également été réalisés pendant l'enquête.

L'EDS-RDC II a été réalisée sur le terrain de novembre 2013 à février 2014. Au cours de l'enquête, 18 827 femmes âgées de 15-49 ans dans tous les ménages sélectionnés et 8 656 hommes âgés de 15-59 ans dans la moitié des ménages sélectionnés ont été interviewés avec succès. La quasi-totalité des informations recueillies sont représentatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (urbain et rural) et au niveau de chacune des onze provinces. En outre, pour la plupart des indicateurs de l'EDS-RDC II, les résultats sont représentatifs au niveau de chacune des vingt-six nouvelles provinces, chaque nouvelle province étant un domaine d'étude.

Caractéristiques des Ménages et Des Enquêtés

Composition des ménages

Un ménage compte, en moyenne, 5,3 personnes. Dans l'ensemble, 25 % des ménages sont dirigés par une femme. Plus de la moitié (52 %) de la population des ménages est composée d'enfants de moins de 15 ans.

Caractéristiques de l'habitation

Un ménage sur sept (14 %) disposent d'électricité. Globalement, 49 % des ménages (32 % en milieu rural et 85 % en milieu urbain) s'approvisionnent en eau de boisson auprès d'une source améliorée. La moitié des ménages (51 %) doivent consacrer 30 minutes ou plus pour s'approvisionner en eau de boisson. Près de la moitié des ménages (46 %) disposent de toilettes non améliorées. En milieu rural, 20 % de ménages n'ont pas de toilettes contre 4 % en milieu urbain.

Biens possédés par les ménages

Actuellement, 39 % de ménages possèdent un téléphone portable et 43 % de ménages possèdent une radio. La possession de biens est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural ; par exemple, 44 % des ménages urbains possèdent une télévision contre seulement 2 % des ménages du milieu rural. Par contre, la possession de terres agricoles est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (74 % contre 29 %).

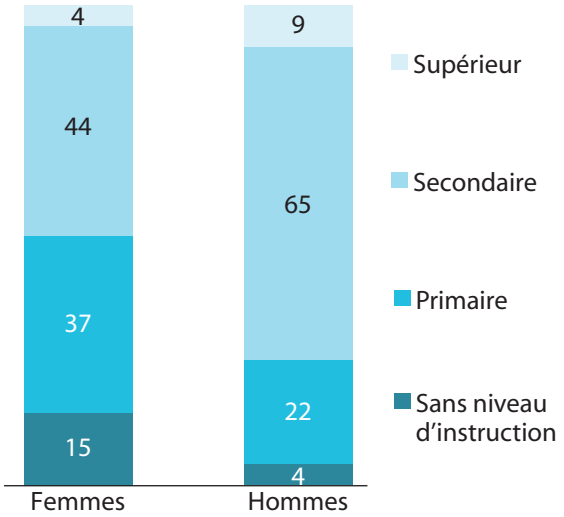
Niveau d'instruction

Les résultats de l'enquête montrent que 64 % de femmes et 88 % des hommes de 15-49 ans sont alphabétisés. En République Démocratique du Congo, 15 % des femmes et 4 % d'hommes âgés de 15-49 ans n'ont aucun niveau d'instruction. À l'opposé, 48 % de femmes et 74 % d'hommes ont atteint un niveau secondaire ou plus.

© Jessica Hatcher/IRIN

Niveau d'instruction

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans en fonction du plus haut niveau d'instruction atteint ou achevé



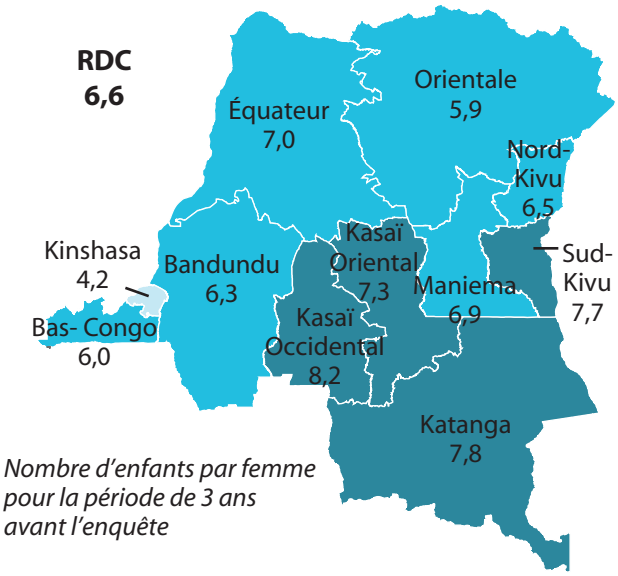
Fécondité et ses Déterminants

Niveaux de fécondité

Les résultats de l'EDS-RDC II montrent qu'une femme a en moyenne 6,6 enfants à la fin de sa vie féconde. Le nombre moyen d'enfants par femme varie de 5,4 en milieu urbain à 7,3 en milieu rural. Le nombre moyen d'enfants par femme varie également de façon importante selon la province, passant d'un minimum de 4,2 à Kinshasa à un maximum de 8,2 au Kasaï Occidental. La comparaison des résultats de l'EDS-RDC II avec ceux de l'enquête précédente révèle que le niveau de la fécondité a légèrement augmenté de 6,3 enfants en 2007 à 6,6 enfants en 2013.

Les niveaux de fécondité varient de manière importante selon le niveau d'instruction des femmes : 2,9 enfants par femme chez celles ayant atteint le niveau d'instruction supérieur contre 7,4 enfants par femme chez celles sans instruction. La fécondité varie aussi selon le niveau de vie du ménage* dans lequel vit la femme (4,9 enfants par femme pour les femmes appartenant aux ménages du quintile le plus élevé contre 7,6 pour celles des ménages du quintile le plus bas).

Fécondité par province



Nombre d'enfants par femme pour la période de 3 ans avant l'enquête

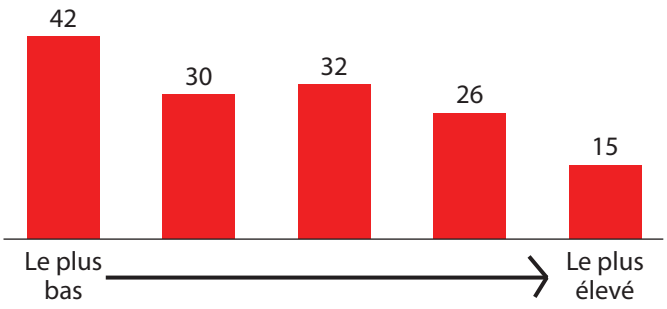
Fécondité des adolescentes

En République Démocratique du Congo, la fécondité des adolescentes est élevée. En effet, 27 % des jeunes filles de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde : 21 % sont déjà mères et 6 % sont actuellement enceintes pour la première fois. La fécondité précoce est presque trois fois plus élevée parmi les jeunes filles appartenant aux ménages du quintile le plus bas (42 %) que parmi celles dont le ménage appartient au quintile le plus élevé (15 %).

La fécondité des adolescentes varie selon la province ; 13 % des jeunes filles à Kinshasa ont déjà commencé leur vie féconde contre 41 % dans la province Orientale.

Fécondité des adolescentes selon le quintile de bien-être économique du ménage

Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceintes d'un premier enfant



*Le bien-être économique des ménages est calculé, dans l'EDS-RDC II, à partir d'informations telles que les caractéristiques du logement et des biens possédés par le ménage. Ces informations sont combinées pour former un indice de bien-être économique. L'indice est divisé en cinq groupes égaux : les quintiles de bien-être économique.

Âge à la première naissance

L'âge médian à la première naissance est de 19,9 ans chez les femmes âgées de 25-49 ans. Les résultats de l'EDS-RDC II mettent en évidence des écarts selon la province. L'âge médian à la première naissance pour les femmes vivant au Katanga est de 19,2 ans contre 22,1 ans pour celles vivant à Kinshasa.

Âge à la première union

Plus de six femmes sur dix (64 %) et plus de la moitié des hommes de 15-49 ans (55 %) étaient en union au moment de l'enquête. En République Démocratique du Congo, les hommes entrent en première union à un âge plus tardif que les femmes : 37 % des femmes âgées de 20-24 ans étaient en union en atteignant 18 ans contre 6 % des hommes du même groupe d'âges.

Âge aux premiers rapports sexuels

La moitié des femmes de 25-49 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 16,8 ans. Pour les hommes de 25-49 ans, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 17,6 ans. Les femmes sans niveau d'instruction ont commencé leur vie sexuelle plus de trois ans plus tôt que celles ayant atteint un niveau supérieur (16,6 ans contre 20,1 ans). Chez les hommes, il n'y a pas d'association claire entre le niveau d'instruction et l'âge médian aux premiers rapports sexuels.

Polygamie

La polygamie en République Démocratique du Congo est une pratique qui concerne 22 % de femmes : c'est au Kasaï Oriental et au Kasaï Occidental (31 % chacune) qu'elle est la plus fréquemment pratiquée.

Nombre idéal d'enfants

Les hommes aspirent à une famille d'environ 7 enfants tandis que les femmes aspirent à une famille d'environ 6 enfants. Pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans, le nombre idéal moyen d'enfants varie selon le niveau d'instruction : les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur souhaitent avoir une famille de 4,3 enfants contre 7,2 enfants pour celles sans niveau d'instruction.

© Guy Oliver/IRIN

Planification Familiale

Connaissance des méthodes contraceptives

La grande majorité des femmes (88 %) et des hommes (95 %) ont déclaré connaître au moins une méthode contraceptive moderne. La méthode la plus connue est le condom masculin.

Utilisation des méthodes contraceptives

Malgré ce niveau élevé de connaissance, seulement 20 % des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive quelconque et 8 % utilisaient une méthode moderne au moment de l'enquête. Le condom masculin est la méthode la plus utilisé (3 %). La comparaison avec les résultats des enquêtes précédentes montre que l'utilisation des méthodes contraceptives n'a pratiquement pas changé depuis 2007.

Deux femmes non en union et sexuellement actives sur dix (21 %) utilisent une méthode contraceptive moderne. Le condom masculin (17 %) est la méthode la plus utilisée par les femmes non en union et sexuellement actives.

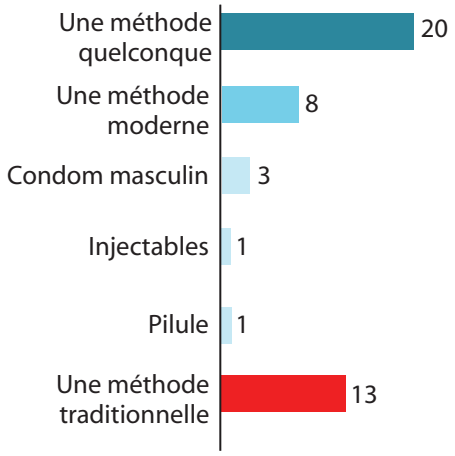
L'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en union est plus élevée en milieu urbain (15 %) qu'en milieu rural (5 %). C'est à Kinshasa que l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives modernes est la plus élevée (19 %) et à l'Équateur, au Katanga et au Kasaï Oriental qu'elle est la plus faible (4 % chacune). L'utilisation des méthodes contraceptives modernes varie de manière importante selon le niveau d'instruction : 19 % des femmes ayant atteint le niveau d'instruction supérieur utilisent une méthode moderne contre 4 % chez celles sans aucun niveau d'instruction.

Sources d'approvisionnement des méthodes contraceptives

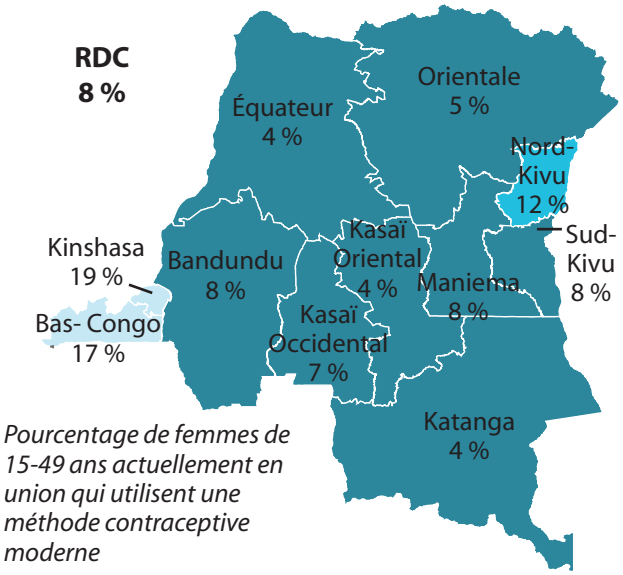
La majorité des utilisatrices d'injectables (64 %) s'adressent auprès du secteur public pour obtenir cette méthode de contraception. Pour le condom masculin, la plupart des utilisatrices s'adressent auprès du secteur médical privé (70 %).

Utilisation des méthodes contraceptives

Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union qui utilisent une méthode contraceptive



Utilisation des méthodes contraceptives modernes par province



Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union qui utilisent une méthode contraceptive moderne

Préférences en matière de fécondité

Plus d'une femme sur cinq (23 %) a déclaré qu'elle ne désirait plus d'enfant, tandis que 68 % de femmes ont déclaré en vouloir davantage. Parmi les femmes de 15-49 ans, 45 % voudraient retarder la prochaine naissance de deux ans ou plus, tandis que 20 % voudraient une autre naissance dans les deux ans.

Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Les femmes en union non utilisatrices de méthodes contraceptives qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (elles désirent donc limiter leurs naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance (elles souhaitent espacer leurs naissances) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (PF). La proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est estimée à 28 %. Parmi celles-ci, la grande majorité aurait davantage besoin d'utiliser la contraception pour espacer que pour limiter (21 % contre 7 %).

© 2005 Daren Trudeau,
avec la permission de Photoshare

Exposition aux messages sur la planification familiale

Durant le mois ayant précédé l'enquête, 87 % de femmes n'ont reçu aaucun message, ni à la radio, ni à la télévision, ni vu ou lu de messages dans les journaux et magazines, sur la planification familiale. Par contre, 10 % en ont entendu à la radio et 5 % en ont vu à la télévision.

La grande majorité des femmes non utilisatrices de contraception (90 %) n'ont pas eu de contact avec des agents de PF. Seulement 5 % de femmes non utilisatrices de la contraception ont reçu la visite d'un agent de terrain qui leur a parlé de planification familiale. Sept pourcent des non utilisatrices ont visité un établissement de santé au cours des 12 derniers mois et ont discuté de PF contre 31 % qui ont effectué une visite mais qui n'ont pas discuté de PF.

Choix informé de la méthode

Les utilisatrices des méthodes de PF doivent être informées des effets secondaires ou des problèmes liés à la méthode utilisée et de ce qu'il faut faire en cas d'effets secondaires. Elles doivent également être informées sur d'autres méthodes qui peuvent être utilisées. Près de six femmes sur dix (57 %) ont été informées des effets secondaires ou des problèmes liés à la méthode utilisée et 48 % de femmes ont été informées sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires. Près d'une femme sur deux (49 %) a été informée de l'existence d'autres méthodes qui peuvent être utilisées.

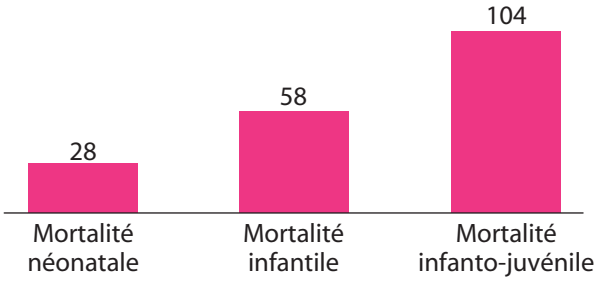
Mortalité des Enfants de Moins de Cinq Ans

Niveau de la mortalité des enfants

La mortalité infanto-juvénile est élevée. En effet, durant les cinq dernières années, sur 1 000 naissances vivantes, 58 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (28 entre 0 et 1 mois exact et 30 entre 1 et 12 mois exacts) et sur 1 000 enfants âgés d'un an, 49 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. Globalement, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 104 pour 1 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité infanto-juvénile a baissé depuis 2007, passant de 148 ‰ en 2007 à 104 ‰ en 2013.

Mortalité des enfants

Décès pour 1 000 naissances vivantes pour la période de cinq ans ayant précédé l'enquête



Les taux de mortalité infanto-juvénile des dix dernières années varient selon le milieu de résidence (96 ‰ en milieu urbain contre 118 ‰ en milieu rural) et selon le niveau d'instruction de la mère (122 ‰ quand la mère n'a aucun niveau d'instruction contre 93 ‰ quand la mère a atteint un niveau d'instruction secondaire). Les résultats de l'EDS-RDC II mettent en évidence des écarts importants entre les provinces. En effet, c'est au Sud-Kivu (139 ‰) que le taux de mortalité infanto-juvénile est le plus élevé. À l'opposé, c'est au Nord-Kivu (65 ‰) qu'il est le plus faible.

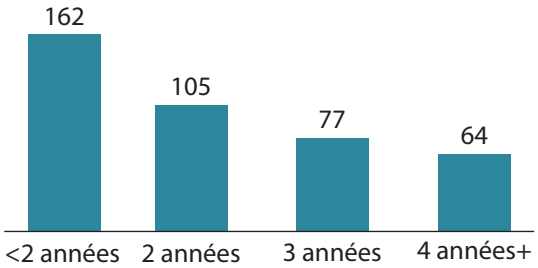
© 2008 Paul Jeffrey, avec la permission de Photoshare

Mortalité des enfants et intervalles entre naissances

Un espacement des naissances d'au moins 36 mois réduit le risque de mortalité infanto-juvénile. En République Démocratique du Congo, le nombre médian de mois depuis la naissance précédente est de 30,4. Les enfants qui sont nés moins de deux ans après la naissance précédente présentent les taux de mortalité les plus élevés (162 ‰ contre 64 ‰ pour les enfants qui sont nés quatre ans ou plus après la naissance précédente). Globalement, 27 % d'enfants sont nés moins de deux ans après la naissance précédente.

Mortalité infanto-juvénile selon l'intervalle avec la naissance précédente

Décès pour 1 000 naissances vivantes dans la période des dix années précédant l'enquête selon l'intervalle avec la naissance précédente



Santé de la Mère

Soins prénatals

Pour les naissances survenues dans les cinq années précédant l'enquête, 88 % des mères ont effectué au moins une visite prénatale auprès du personnel formé (médecin, infirmier/infirmière, et accoucheuse). Près de la moitié des mères (48 %) ont effectué au moins les quatre visites recommandées et pour 17 %, la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse. L' efficacité des soins prénatals dépend de la qualité des services rendus lors des consultations. Pour 66 % des mères, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal et 63 % des mères ont été informées des signes de complication de la grossesse.

© 2006 Gabrielle Bardall, avec la permission de Photoshare

Accouchement

Huit naissances sur dix (80 %) se sont déroulées dans un établissement sanitaire et pour la même proportion des naissances, l'accouchement a été assisté par du personnel formé. Les naissances des femmes appartenant aux ménages du quintile le plus bas (66 %) et celles des femmes au Katanga (64 %) sont celles qui ont été le moins fréquemment assistées par du personnel formé.

Soins postnatals

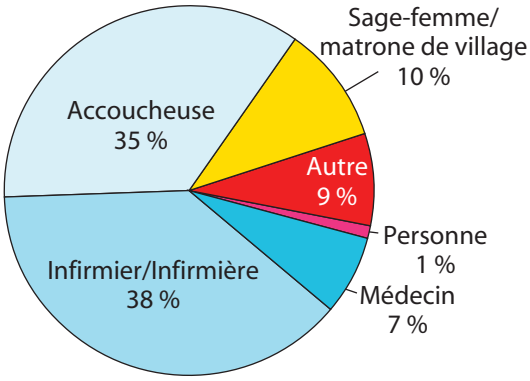
Les soins postnatals aident à prévenir des complications après l'accouchement. Dans l'ensemble, 44 % de mères ont reçu des soins postnatals dans les deux jours consécutifs à l'accouchement et 52 % de mères n'ont pas reçu de soins postnatals dans les 41 jours après l'accouchement.

Mortalité maternelle

La mortalité maternelle est élevée en République Démocratique du Congo. Le rapport de mortalité maternelle est estimé à 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période des sept dernières années.

Assistance lors de l'accouchement

Répartition des naissances vivantes ayant eu lieu au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance durant l'accouchement



Huit naissances sur dix (80 %) ont été assistées par du personnel formé

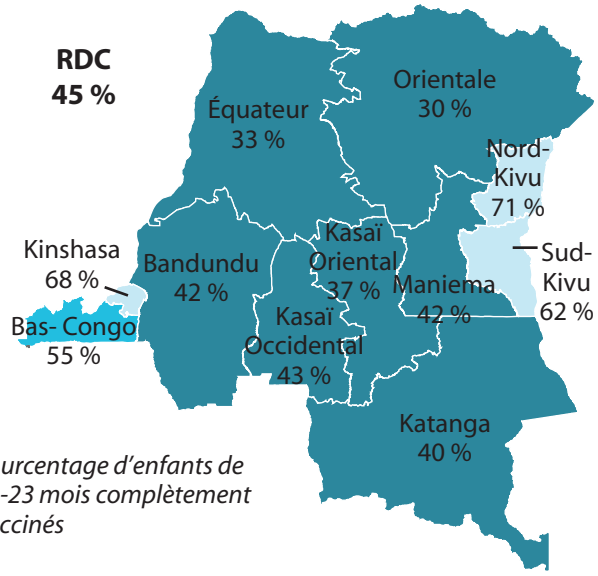
Santé de l'Enfant

Couverture vaccinale

Dans l'ensemble, 45 % des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins recommandés et 6 % n'ont reçu aucun vaccin. Un enfant est considéré comme étant complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG, trois doses de pentavalent, trois doses de vaccin contre la poliomyélite et une dose de vaccin contre la rougeole. Les résultats montrent que 83 % d'enfants de 12-23 mois ont reçu le vaccin du BCG, 61 % ont reçu les trois doses de pentavalent, 66 % ont reçu les trois doses de polio et 72 % ont été vaccinés contre la rougeole.

Le taux de couverture vaccinale varie selon les provinces. La province Orientale détient le taux de couverture vaccinale le plus faible du pays (30 %). À l'opposé, c'est au Nord-Kivu (71 %) que l'on observe la proportion la plus élevée d'enfants vaccinés. Le taux de couverture vaccinale est presque deux fois plus élevé parmi les enfants appartenant aux ménages du quintile le plus élevé que parmi ceux appartenant aux ménages du quintile le plus bas (65 % contre 36 %).

Vaccination des enfants par province



Pourcentage d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés

Maladies de l'enfance

Parmi les enfants de moins de cinq ans, 7 % avaient présenté des signes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Pour 42 % des enfants ayant présenté des signes d'IRA, des traitements ou des conseils ont été recherchés dans un établissement sanitaire ou auprès du personnel de santé.

Les résultats de l'enquête indiquent également que près d'un enfant de moins de cinq ans sur cinq (17 %) avait eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Les enfants de 6-11 mois ont été les plus affectés (33 %). Globalement, 42 % des enfants ayant eu la diarrhée ont bénéficié d'une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO), c'est-à-dire un sachet de SRO ou une solution maison ; 58 % d'enfants ont bénéficié d'une TRO ou d'une augmentation des quantités de liquides. Par contre, 15 % d'enfants n'ont reçu aucun traitement.

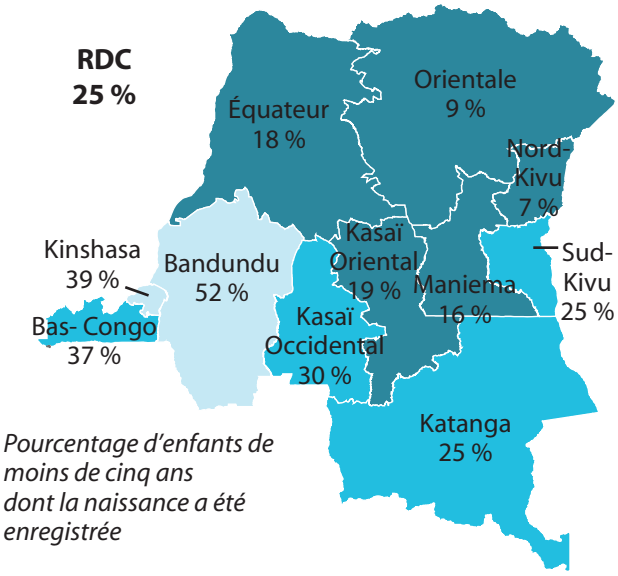
© Zahra Moloo/IRIN

Situation des Enfants

Enregistrement des naissances

Vingt-cinq pour cent d'enfants de moins de cinq ans a été enregistrés à l'état civil et 14 % ont un acte de naissance. C'est au Nord-Kivu que le taux d'enregistrement des naissances est le plus faible (7 %) et c'est au Bandundu qu'il est le plus élevé (52 %).

Enregistrement des naissances par province



Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dont la naissance a été enregistrée

Accès à l'instruction

Les résultats de l'EDS-RDC II indiquent que 80 % d'enfants d'âge scolaire du primaire fréquentent l'école primaire et seulement 43 % d'enfants d'âge scolaire du secondaire fréquentent l'école secondaire. Les filles fréquentent l'école primaire un peu moins que les garçons : l'indice de parité entre les sexes (IPS) au primaire est de 0,97. Au niveau de l'école secondaire, l'IPS est de 0,75, ce qui montre que les filles fréquentent l'école secondaire moins que les garçons. De plus, 7 % des enfants de 36-59 mois fréquentent un programme d'éducation préscolaire.

Travail des enfants

Plus d'un tiers des enfants de 5-11 ans (34 %) ont travaillé au cours de la semaine ayant précédé l'enquête. Pour ce groupe d'âges, le travail comprend une activité économique pour au moins une heure et/ou les travaux domestiques pour 28 heures ou plus durant la semaine ou le travail dans des conditions dangereuses. Plus de quatre enfants de 12-14 ans sur dix (43 %) ont travaillé au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, soit une activité économique pour 14 heures ou plus et/ou les travaux domestiques pour 28 heures ou plus durant la semaine ou le travail dans des conditions dangereuses. Près de la moitié des enfants de 15-17 ans (49 %) ont travaillé au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, soit une activité économique pour 43 heures ou plus et/ou les travaux domestiques pour 43 heures ou plus durant la semaine ou le travail dans des conditions dangereuses.

© Aubrey Graham/IRIN

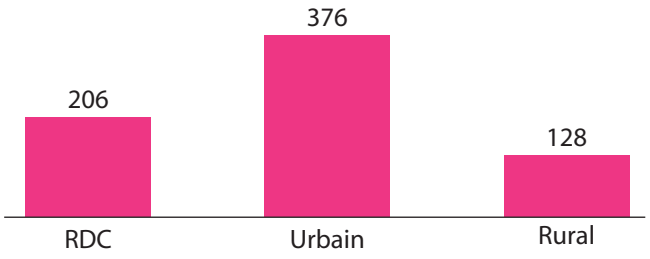
Dépenses de Santé

L'EDS-RDC II a collecté des données sur les dépenses de santé des habitants congolais. Les résultats montrent qu'un habitant dépense, en moyenne, 20 $ (US) annuellement pour les soins ambulatoires et 7 $ annuellement pour les hospitalisations. Les femmes dépensent en moyenne 31 $ pour les soins ambulatoires et les hospitalisations contre 24 $ chez les hommes.

De plus, l'EDS-RDC II 2013-2014 permet d'éstimer les dépenses de santé annuelles des ménages congolais. Les résultats montrent qu'un ménage dépense en moyenne 110 $ (US) annuellement pour les soins ambulatoires, 38 $ annuellement pour les hospitalisations et 58 $ pour d'autres dépenses de santé telles que des vitamines ou médicaments, des accessoires de santé tels que du sparadrap, un thermomètre, ou des appareils non prescrits au cours d'une consultation ou hospitalisation. Au total, un ménage dépense en moyenne 206 $ annuellement. Cette somme est presque trois fois plus élevée parmi les ménages en milieu urbain que ceux du milieu rural (376 $ contre 128 $).

Dépenses de santé annuelles moyennes par ménage

Dépenses annuelles moyennes par ménage pour les soins ambulatoires, les hospitalisations, et autres dépenses de santé en $ US



© 2009 Michel Nyembwe, avec la permission de Photoshare

Allaitement et Anémie

Allaitement et alimentation de complément

La quasi-totalité des enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête (98 %) ont été allaités. Plus de la moitié (52 %) ont été allaités dans l'heure qui a suivi la naissance et 11 % ont reçu des aliments avant le début de l'allaitement.

L'OMS et l'UNICEF recommandent que les enfants soient exclusivement nourris au sein jusqu'à 6 mois. À partir de six mois, tous les enfants devraient recevoir une alimentation de complément, car à partir de cet âge, le lait maternel seul n'est plus suffisant pour assurer une croissance optimale de l'enfant. Cependant, seulement 48 % des enfants de moins de six mois étaient exclusivement nourris au sein et 79 % des enfants de 6-9 mois avaient reçu des aliments de complément.

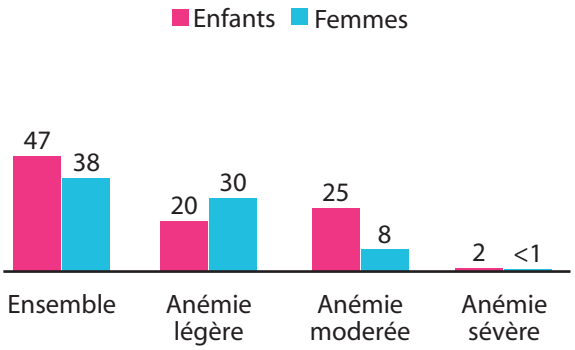
Il est recommandé que les enfants de 6-23 mois soient allaités et nourris avec au moins quatre groupes d'aliments différents et que les enfants allaités soient nourris un nombre minimum de fois par jour selon leur âge.* Les enfants de 6-23 mois non allaités devraient consommer du lait ou des produits laitiers chaque jour ainsi que quatre groupes d'aliments au moins quatre fois par jour. Les résultats indiquent que ces recommandations n'ont été appliquées que pour 9 % des enfants allaités et 2 % d'enfants non allaités.

Prévalence de l'anémie

Au cours de l'EDS-RDC II, un prélèvement de sang a été effectué dans la moitié des ménages. Les résultats montrent que près de la moitié des enfants de 6-59 mois (47 %) sont atteints d'anémie, la plupart sous une forme modérée. C'est au Kasaï Oriental que la proportion d'enfants anémiés est la plus élevée (60 %) et c'est au Nord-Kivu et au Sud-Kivu qu'elle est la plus faible (27 % chacune).

Prévalence de l'anémie

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois et de femmes de 15-49 ans considérés comme étant atteints d'anémie



Parmi les femmes de 15-49 ans, 38 % sont atteintes d'anémie, la grande majorité sous une forme légère (30 %). La prévalence de l'anémie varie selon la province, passant d'un minimum de 21 % au Nord-Kivu à un maximum de 55 % au Bas Congo. Chez les femmes enceintes, la proportion de celles qui sont anémiées est de 43 %.

© 2008 Paul Jeffrey,
avec la permission de Photoshare

*Au moins deux fois par jour pour les enfants allaités de 6-8 mois et, au moins, trois fois par jour pour les enfants allaités de 9-23 mois.

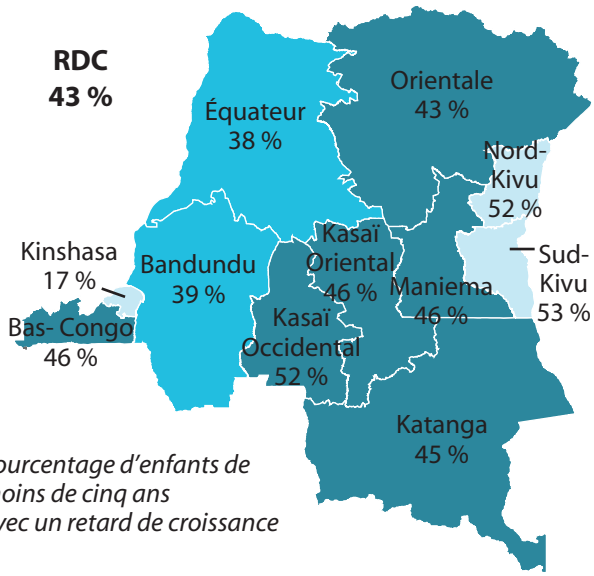
État Nutritionnel des Enfants et des Femmes

État nutritionnel des enfants

Parmi les enfants de moins de cinq ans, 43 % ont une taille trop petite par rapport à leur âge et accusent donc un retard de croissance ou souffrent de malnutrition chronique. Dans 23 % des cas, il s'agit d'un retard de croissance sous la forme sévère. La malnutrition chronique est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (47 % contre 33 %) et au Sud-Kivu (53 %), au Nord-Kivu (52 %) et au Kasaï Occidental (52 %) que dans les autres provinces. La prévalence du retard de croissance varie selon le niveau d'instruction de la mère (51 % des enfants dont la mère est sans aucun niveau d'instruction contre 13 % des enfants dont la mère a atteint un niveau supérieur).

Parmi les enfants de moins de cinq ans, 8 % souffrent de malnutrition aiguë. Ils sont trop maigres pour leur taille. Par ailleurs, 23 % des enfants de moins de cinq ans présentent une insuffisance pondérale.

Retard de croissance par province



Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans avec un retard de croissance

État nutritionnel des femmes

L'EDS-RDC II utilise l'indice de masse corporelle (IMC) pour déterminer l'état nutritionnel des femmes. L'IMC est défini par le poids en kilogrammes divisé par la taille, en mètre, élevée au carré. Dans l'ensemble, 14 % de femmes ont un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 et présentent donc une déficience énergétique chronique. La surcharge pondérale (IMC supérieur ou égal à 25) touche 16 % de femmes en âge de procréer. C'est parmi les femmes qui résident à Kinshasa que cette proportion est la plus élevée (32 %).

Micronutriments

Les micronutriments sont les vitamines et les sels minéraux essentiels pour garantir une bonne santé. La vitamine A, qui prévient la cécité et les infections, est particulièrement importante pour les enfants, les femmes enceintes et les jeunes mères. Sept enfants de 6-59 mois sur dix (70 %) avaient reçu des suppléments de vitamine A au cours des six mois ayant précédé l'enquête. De plus, 82 % des enfants de 6-23 mois avaient consommé des aliments riches en vitamine A au cours des dernières 24 heures. En outre, 27 % des mères ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années avaient reçu des suppléments de vitamine A après l'accouchement.

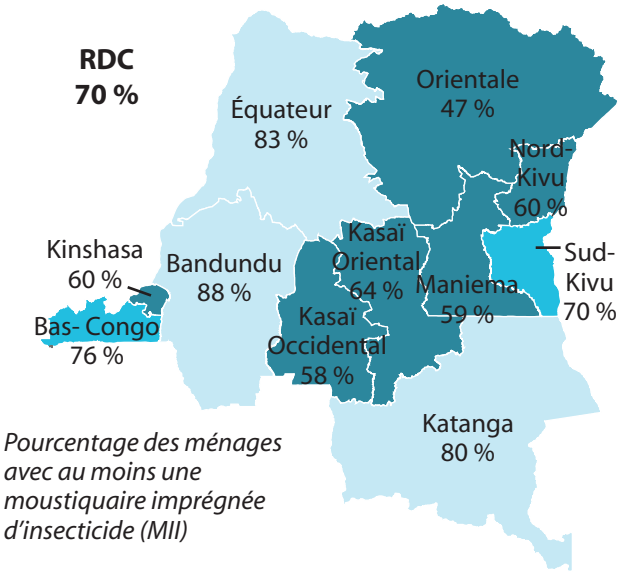
Plus de la moitié des enfants de 6-23 mois (52 %) ont consommé des aliments riches en fer dans les 24 heures qui ont précédé l'enquête. Globalement, 16 % des enfants de 6-59 mois avaient reçu des suppléments de fer au cours des sept jours précédant l'enquête. Il est recommandé que les femmes enceintes prennent du fer, sous forme de comprimés ou de sirop, au moins 90 jours pendant la grossesse. Une femme enceinte sur vingt (5 %) a pris du fer, sous forme de comprimés ou de sirop, au moins 90 jours durant la grossesse de leur dernière naissance.

Paludisme

Disponibilité des moustiquaires dans les ménages

En République Démocratique du Congo, 70 % des ménages possèdent au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Les différences entre les provinces sont importantes. C'est dans la province Orientale que cette proportion est la plus faible (47 %), contre 88 % au Bandundu. Près de la moitié de la population de fait des ménages (47 %) ont accès à une MII, c'est-à-dire qu'elle pourrait dormir sous une MII si chaque MII du ménage était utilisée par deux personnes au maximum.

Possession des MII par province



Pourcentage des ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)

Utilisation des moustiquaires par les enfants et les femmes enceintes

Dans l'ensemble, 56 % des enfants de moins de cinq ans ont dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête. Ce pourcentage varie d'un minimum de 36 % dans la province Oriental et au Kasaï Occidental à un maximum de 79 % au Bandundu. Trois femmes enceintes de 15-49 ans sur cinq (60 %) ont dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête.

Utilisation des médicaments antipaludiques

Le paludisme pendant la grossesse peut avoir comme conséquence la naissance d'enfants de faible poids. Il peut aussi faire courir aux enfants des risques accrus de décès. Il est donc recommandé que les femmes enceintes reçoivent au moins deux doses de SP/Fansidar comme traitement préventif intermittent (TPIg). Les résultats de l'EDS-RDC II indiquent que 33 % des femmes enceintes ayant eu une naissance vivante au cours des deux années ayant précédé l'enquête ont reçu de la SP/Fansidar au cours des consultations prénatales et seulement 14 % en ont reçu deux doses ou plus.

Trois enfants de moins de cinq ans sur dix (30 %) ont eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'enquête. Parmi ces enfants, des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 55 % et 6 % ont bénéficié d'une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA).

Tests du paludisme

Au cours de l'EDS-RDC II, les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour des tests du paludisme. Plus d'un enfant sur cinq (23 %) a été testé positif pour la parasitémie palustre selon les résultats des tests microscopiques des gouttes épaisses. Les enfants de 36-47 mois ont été les plus affectés (28 %). C'est dans la province Orientale (38 %) et au Maniema (34 %) que cette proportion est la plus élevée et c'est au Nord-Kivu (5 %) qu'elle est la plus faible .

Connaissance, Attitudes et Comportements Vis-à-Vis du VIH/SIDA

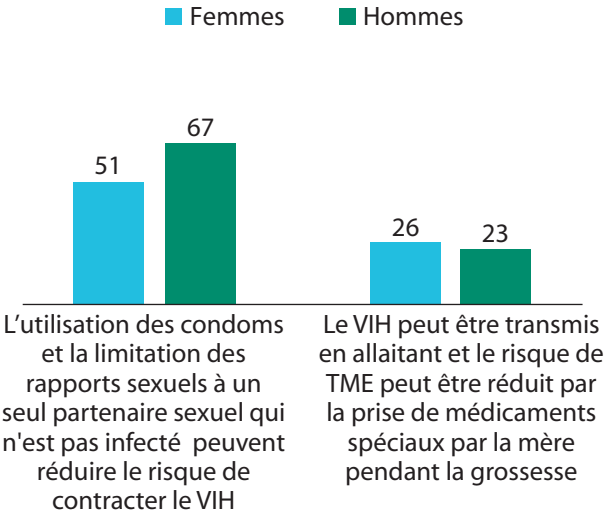
Connaissance

En République Démocratique du Congo, 94 % des femmes et 97 % d'hommes ont entendu parler du sida. La moitié des femmes (51 %) et 67 % d'hommes savent qu'utiliser des condoms et limiter les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel non infecté peuvent réduire les risques de contracter le VIH. C'est parmi les femmes au Kasaï Oriental et les hommes de la province Orientale que le niveau de connaissance de ces deux moyens de prévention du VIH est le plus faible (respectivement 39 % et 57 %).

Par ailleurs, 26 % de femmes et 23 % d'hommes savent que le VIH peut être transmis en allaitant et que le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux pendant la grossesse.

Connaissance du VIH/SIDA: Moyens de prévention et de transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME)

Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15-49 ans qui savent que :



Partenaires sexuels multiples

Au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, 3 % de femmes et 22 % d'hommes de 15-49 ans ont eu au moins deux partenaires sexuels. Parmi eux, seulement 12 % de femmes et 13 % d'hommes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels.

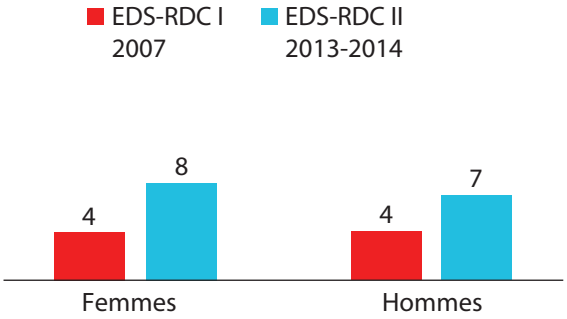
Test du VIH

Selon l'EDS-RDC II, 8 % de femmes et 7 % d'hommes ont reçu le résultat du dernier test du VIH qu'ils ont effectué au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Cette proportion a presque doublé depuis 2007. Par contre, près de huit femmes sur dix (78 %) et 84 % d'hommes n'ont jamais effectué de test du VIH.

En outre, 13 % de femmes enceintes ont reçu des conseils sur le VIH avant le test, ont effectué un test du VIH au cours d'une visite prénatale et ont reçu le résultat.

Tendances des tests du VIH/SIDA

Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15-49 ans qui ont effectué un test au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test



Prévalence du VIH

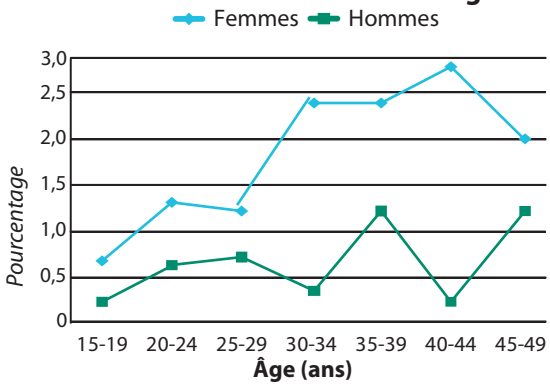
Au cours de l'EDS-RDC II, 18 604 hommes et femmes étaient éligibles pour le test du VIH. Parmi eux, 96 % des femmes de 15-49 ans et 94 % des hommes de 15-59 ans ont fourni les gouttes de sang qui ont été analysées.

Les résultats indiquent que la prévalence du VIH dans la population âgée de 15-49 ans est estimée à 1,2 %. La prévalence est de 1,6 % chez les femmes et de 0,6 % chez les hommes. Le taux d'infection des femmes et des hommes augmente rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum de 2,9 % à 40-44 ans chez les femmes et de 1,2 % chez les hommes de 35-39 et 45-49 ans.

La prévalence du VIH dans la population âgée de 15-49 ans n'a pas changé entre 2007 et 2013. Chez les femmes de 15-49 ans la prévalence du VIH est restée la même. Chez les hommes, elle est passée de 0,9 % en 2007 à 0,6 % en 2013, mais ce changement n'est pas statistiquement significatif.

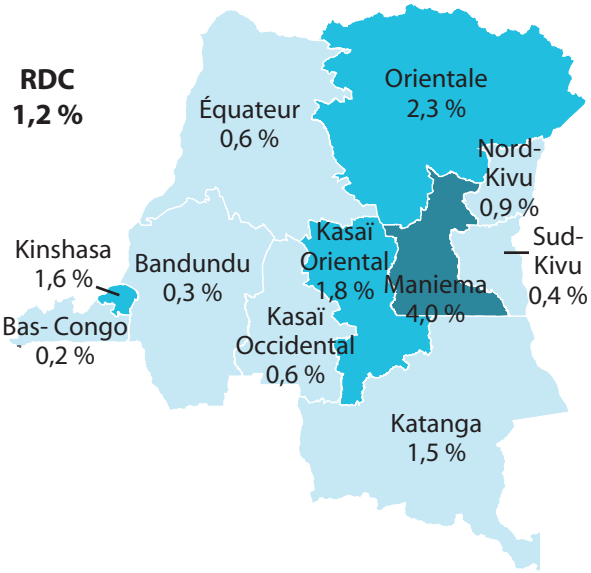
La prévalence du VIH varie selon la province. C'est au Maniema (4,0 %) que la prévalence est la plus élevée. À l'opposé, c'est au Bas-Congo (0,2 %) et au Bandundu (0,3 %) qu'elle est la plus faible. Ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

Prévalence du VIH selon l'âge



Prévalence du VIH par province

Pourcentage de la population de 15-49 ans VIH-positif



Pouvoir d'Action des Femmes

Activité économique

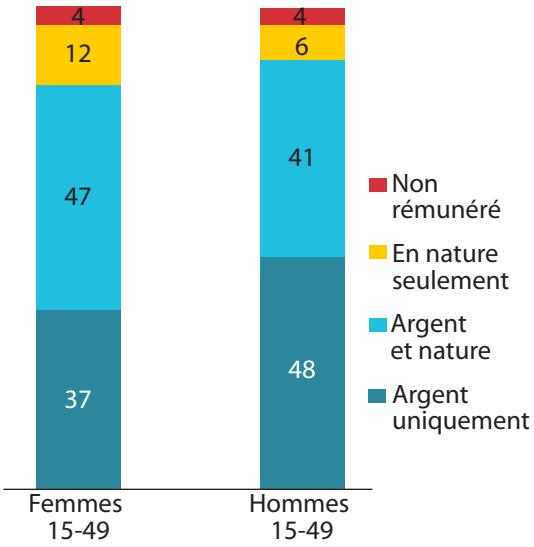
Les résultats de l'EDS-RDC II montrent que 81 % de femmes de 15-49 ans en union avaient travaillé au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête, contre 97 % d'hommes de 15-49 ans en union. Plus d'un tiers de femmes (37 %) et 48 % d'hommes ayant travaillé ont été payés exclusivement en espèces. Parmi les femmes et les hommes en union qui ont travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, 4 % n'ont pas été rémunérés pour le travail effectué. En outre, parmi les femmes en union ayant été rémunérées en argent pour leur travail, 72 % pensent qu'elles gagnent moins que leur mari/partenaire.

Participation des femmes dans la prise de décision

En République Démocratique du Congo, six femmes sur dix participent à la décision pour les achats importants du ménage, 54 % pour les visites à la famille ou aux parents de la femme, et 46 % pour leurs propres soins de santé. Plus d'un quart de femmes (26 %) ont déclaré qu'elles n'ont participé à aucune des trois décisions mentionnées ci-dessus.

Type de rémunération

Répartition (en %) des enquêtés actuellement en union et ayant travaillé au cours des 12 derniers mois, par type de rémunération



© 2012 Felix Masi, avec la permission de Photoshare

Violence Domestique

Violence physique

Plus de la moitié des femmes (52 %) ont déclaré avoir subi des violences physiques à un moment quelconque de leur vie depuis l'âge de 15 ans. Plus d'un quart des femmes (27 %) ont subi des actes de violence au cours des 12 derniers mois. C'est parmi les femmes vivant au Kasaï Occidental que cette proportion est la plus élevée (35 %).

Violence sexuelle

Dans l'ensemble, 27 % de femmes ont subi des violences sexuelles à un moment quelconque et 16 % au cours des 12 derniers mois. C'est parmi celles vivant au Kasaï Occidental que cette proportion est la plus élevée (24 %).

Violence conjugale

Pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans non célibataires, 57 % ont déclaré avoir subi des violences conjugales (émotionnelles, physiques ou sexuelles) de la part de leur mari/partenaire actuel ou le plus récent. C'est au Kasaï Occidental (68 %) que cette proportion est la plus élevée.

© Kate Holt/IRIN

© Guy Oliver/IRIN

Principaux Indicateurs

	RDC	Milieu de résidence	
		Urbain	Rural
Fécondité			
Indice synthétique de fécondité	6,6	5,4	7,3
Femmes de 15-19 ans qui sont déjà mères ou enceintes (%)	27	20	32
Âge médian aux premiers rapports sexuels : femmes 20-49	16,8	17,3	16,5
Âge médian à la première union : femmes 25-49	18,7	19,6	18,3
Âge médian à la première naissance : femmes 25-49	19,9	20,5	19,7
Planification familiale (femmes en union de 15-49 ans)			
Utilisant une méthode (%)	20	31	15
Utilisant une méthode moderne (%)	8	15	5
Ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale[1]	28	28	27
Santé de la mère et de l'enfant			
Santé de la mère			
Ayant reçu des soins prénatals auprès d'un professionnel de la santé formé[2] (%)	88	94	86
Accouchements effectués dans un établissement de santé (%)	80	93	74
Accouchements effectués avec l'assistance d'un professionnel de la santé formé[2] (%)	80	94	74
Santé de l'enfant			
Enfants de 12-23 mois qui ont reçu tous les vaccins[3] (%)	45	53	42
Nutrition			
Enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance (%)	43	33	47
Enfants de moins de 5 ans émaciés (%)	8	5	9
Enfants de moins de 5 ans accusant une insuffisance pondérale (%)	23	14	26
Enfants de 6-59 mois anémiés (%)	47	46	47
Femmes de 15-49 ans anémiées (%)	38	41	37
Hommes de 15-49 ans anémiés (%)	23	21	24
Paludisme			
Ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) (%)	70	71	70
Enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête (%)	56	54	57
Femmes enceintes ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête (%)	60	58	61
Enfants de 6-59 ayant testés positifs pour le paludisme selon la goutte épaisse (%)	23	20	24
Mortalité des enfants (décès pour 1 000 naissances)[4]			
Mortalité infantile	*58*	59	68
Mortalité infanto-juvénile	*104*	96	118
VIH/Sida			
Connaissance des moyens de prévention du VIH (femmes et hommes de 15-49 ans)			
Utilisation des condoms et limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel non infecté [femmes/hommes] (%)	51/67	63/72	43/64
Prévalence du VIH pour les femmes de 15-49 ans (%)	1,6	2,3	1,2
Prévalence du VIH pour les hommes de 15-49 ans (%)	0,6	0,7	0,5
Violence Domestique			
Femmes de 15-49 ans ayant subi des violences physiques à un moment quelconque de leur vie depuis l'âge de 15 ans (%)	52	52	52
Femmes de 15-49 ans ayant subi des violences sexuelles à un moment quelconque (%)	27	22	30

[1]Les femmes en union non utilisatrices de méthodes contraceptives qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (elles désirent donc limiter leurs naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance (elles souhaitent espacer leurs naissances) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (PF). [2]Les médecins, les infirmières/infirmiers ou les accoucheuses sont considérés ici

Province										
Kinshasa	Bas-Congo	Bandundu	Équateur	Oriental	Nord-Kivu	Sud-Kivu	Maniema	Katanga	Kasaï Oriental	Kasaï Occidental
4,2	6,0	6,3	7,0	5,9	6,5	7,7	6,9	7,8	7,3	8,2
13	37	27	39	41	18	21	35	31	24	24
17,8	16,7	16,5	15,9	15,8	17,8	17,7	16,6	17,1	16,9	18,0
22,7	19,6	18,9	18,3	18,3	19,7	18,3	18,1	18,0	17,5	17,7
22,1	19,9	20,4	19,6	19,7	20,1	19,6	19,9	19,2	19,3	19,5
45	38	26	17	11	16	13	18	13	12	24
19	17	8	4	5	12	8	8	4	4	7
23	28	29	34	30	38	22	30	27	23	19
96	95	90	83	89	97	96	92	79	81	89
98	94	84	60	83	92	93	88	63	72	84
97	95	83	64	86	92	92	87	64	70	83
68	55	42	33	30	71	62	42	40	37	43
17	46	39	38	43	52	53	46	45	46	52
4	11	10	6	7	5	7	23	8	8	7
6	27	25	19	20	21	26	32	20	26	31
44	52	47	49	56	27	27	53	42	60	57
47	55	38	35	37	21	23	50	43	41	47
18	34	23	25	27	10	14	35	21	25	31
60	76	88	83	47	60	70	59	80	64	58
48	68	79	65	36	39	58	45	61	50	36
38	66	79	71	44	46	62	55	65	55	45
18	24	14	19	38	5	10	34	32	29	32
50	81	57	65	69	41	92	62	72	63	72
83	124	89	132	112	65	139	105	121	122	135
64/75	62/90	53/70	47/64	42/57	61/76	62/69	42/60	41/58	39/58	46/71=
2,6	0,3	0,5	0,7	3,9	1,5	0,8	4,0	1,6	2,4	0,8
0,3	0,1	0,1	0,6	0,5	<0,1	<0,1	3,9	1,3	1,1	0,2
57	47	54	59	48	26	48	58	49	57	62
16	16	31	27	24	28	35	34	23	31	36

comme des prestataires formés. [3] BCG, rougeole, les trois doses de Penta et les trois doses de polio (non-compris la dose de polio donnée à la naissance). [4] Pour les 10 ans avant l'enquête, sauf le taux national, en italique, qui correspond aux 5 années avant l'enquête.