

République Démocratique du Congo
Ministère du Plan et de la Révolution de la Modernité



INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
PROFIL DE LA PROVINCE DU SUD-KIVU



Lancement de la campagne de supplémentation en Vitamine A

Décembre 2015



Carte administrative du SUD-KIVU



PREFACE

Consciente de son rôle dans une société aux multiples défis de développement et du besoin de plus en plus accru des données chiffrées pour une Gouvernance proactive enquête des résultats. La Direction Provinciale de l'Institut National de la Statistique, organe technique des Statistiques dans la Province du Sud-Kivu sous la coordination du Ministère du Plan espère, à travers la publication de ce document, rendre disponible les statistiques de base de la province.

En dépit de la complexité de l'information qu'il contient, ce document dénommé Profil de la Province du Sud-Kivu n'a aucune prétention de se substituer aux autres publications de l'Institut National de la Statistique. Il se propose d'offrir aux utilisateurs une information rapide, sélective et synthétique sur des différents aspects géographiques, socio-économiques, démographiques et sanitaires de la province du Sud-Kivu.

L'exploitation de cet outil permettra une meilleure programmation budgétaire, une sélection efficace des actions prioritaires et un meilleur ciblage des investissements dans la province du Sud-Kivu. Sous cet angle-il, est destiné en premier lieu aux décideurs provinciaux.

Il devra aussi constituer un instrument privilégié de travail et d'appui aux secteurs sociaux pour une réduction de la pauvreté dans cette province. C'est dans cette dernière perspective qu'il intéresse les Organisations Non Gouvernementales de Développement (ONGD), les Chercheurs, les Organisations de la Société civile, les Organismes Internationaux d'appui au développement et toutes les personnes soucieuses du bien-être de l'enfant et de la mère au SUD-KIVU.

Nous remercions, à juste titre, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, en sigle UNICEF, pour son plein engagement dans l'amélioration des conditions de vie de l'enfant et de la mère en République Démocratique du Congo en général et au Sud-Kivu en particulier et surtout pour avoir accepté de financer la publication de ce document « PROFIL DE LA PROVINCE DU SUD-KIVU »

Prof Dr Patrick Mzee SOMORA

Ministre Provincial du Plan, Budget et
Suivi de la mise en œuvre de la révolution

Avant-Propos

Le Profil de la Province du Sud Kivu est résultat de l'engagement résolu de quelques personnes morales et physiques qui n'ont ménagé d'aucun effort physique, matériel, financier, et intellectuel pour sa conception, son élaboration et sa publication. Le bon sens exige qu'elles soient remerciées chacune pour son apport et citées nommément.

Il s'agit de (du) :

- Ministère Provincial du Plan, Budget et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité.
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF),
- Innocent Kadekere
- CIZA BATUMIKE Olivier, Chef de Division de l'INS/Sud-Kivu
- MULAMBA Flavien, Administrateur UNICEF/Kinshasa
- TSHIBANGU Pyter, GIS UNICEF ZE/RDC
- BEDHOS MUSHIMBE, Admin PME UNICEF/Bukavu
- Martin CIRAKARULA, cadre à l'INS/Sud-Kivu
- Emile BAHATI, cadre à la Division de Planification de l'EPSP/Sud-Kivu
- Janvier ITONGWA, cadre à la Division Provinciale du Plan/Sud-Kivu
- Justin BENGHYA, Chef de Bureau de l'Information sanitaire à la DPS/Sud-Kivu
- Dr Crispin MUTWEDU, cadre du Bureau de l'Information sanitaire à la DPS/Sud-Kivu

La Direction Provinciale de l'Institut National du Sud Kivu ne cessera de compter sur vous pour mieux accomplir sa mission de service technique des statistiques en Province.

A tous les futurs utilisateurs du présent outil, nous vous serions reconnaissant et promettons de considérer les observations sur la forme et fond que vous pourrez adresser à ces adresses :

ins_dpsk@yahoo.fr, kakwin01@gmail.com

Le Directeur Provincial de l'INS-Sud Kivu.
Jean MUNGANGA Botende

Liste des Tableaux, des Graphiques et des cartes

Les tableaux

- Tableau n° 1 : Subdivision administrative du sud-kivu
- Tableau n°2 : Structure de la population par âge
- Tableau n°3 : Quelques indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement :
- Tableau n°4 : Pauvreté des ménages par sexe et par zone géographique
- Tableau n° 5 : Revenu mensuel moyen par secteur en 2012 en RDC
- Tableau n° 6 : Consommation annuelle moyenne des ménages au sud-kivu en FC
- Tableau n° 7 : Quintiles de bien-être économique
- Tableau n°8 : Caractéristique des emplois par secteur institutionnel en RDC.
- Tableau n° 9 : taux d'activité par tranche d'âge en RDC
- Tableau n° 10 : Violence basée sur le genre
- Tableau n° 11 : Principaux indicateurs par secteurs
- Tableau n° 12 : Types d'actes de violences commis par le mari ou le partenaire

Les graphiques

- Graphique 1 : Pyramide des âges (Sources estimations des populations INS sud Kivu 2014)
- Graphique n° 2 : Incidence de la pauvreté en RDC selon les Provinces en 2005 et 2012 (en %)
- Graphique n° 3 : Nombre d'élèves par manuel
- Graphique n°4 : Taux net de fréquentation à l'école primaire
- Graphique n° 5 : Répartition (en %) des enfants 5-17 ans vivant dans la rue selon le lieu de résidence et le lieu de naissance
- Graphique n°6 : Evolution de la proportion (en %)des enfants de 5-17 ans en dehors de l'école par province.
- Graphique n° 7 Proportion (en%) d'enfants de 5-17 ans en dehors de l'école par sexe et selon la province
- Graphique n° 8 : Indicateurs de couverture, par niveau d'enseignement, par province, 2011/12 (*% et nb. d'apprenants*)
- Graphique n° 9 : Poids des régimes de gestion dans les effectifs scolarisés, par niveau d'enseignement 2011/12 (%)
- Graphique n° 10 : Indice de parité au primaire et au secondaire de 2010-2011 à 2013-2014
- Graphique n° 11 : Nombres des écoles au primaire et au secondaire de 2010-2011 à 2013-2014
- Graphique n° 12 : Effectifs des élèves des élèves de 2010-2011 à 2013-2014
- Graphique n° 13 Ratio élèves-classe 2010-2011 à 2013-2014
- Graphique n° 14 : Ratio élève- enseignants e 2010-2011 à 2013-2014
- Graphique n° 15 : Niveau d'instruction de parents
- Graphique n° 16 : Taux net de fréquentation
- Graphique n° 17 : Accès des femmes à l'éducation
- Graphique n° 18 : Répartition (en %) des hommes et de femmes de 15-49 ans ayant achevé le niveau primaire complet
- Graphique n° 19 : Contrôle de l'utilisation de l'argent par les femmes dans le ménage
- Graphique n° 20 : Participation des femmes dans la prise de décision dans le ménage
- Graphique n° 21 : Pourcentage de femmes selon le type de violence subie
- Graphique n° 22 : Evolution des cas VVS de 2010-2014
- Graphique n° 23 : Poids et grosseur à la naissance au sud-kivu
- Graphique n° 24 : Mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)
- Graphique n° 25 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant un symptôme de maladie

Graphique n°26 : Maladie des enfants de moins de 5 ans (IRA, Diarrhée, paludisme)
Graphique n° 27 : Utilisation des moustiquaires EDS-RDCI, MICS 2010 et EDS-RDCII 2013-2014 au sud-kivu
Graphique n° 28 : Traitement du paludisme à l'ACT et au Fansidar
Graphique n° 29 : Traitement du paludisme aux ACT
Graphique n° 30 : Vaccination des enfants de 12-23 mois au sud-kivu (EDS)
Graphique n° 31 Vaccination des enfants de 12-23 mois selon EDS-RDCI2007, MICS 2010 et EDS-RDCII 2013-2014 au sud-kivu
Graphique n° 32 Evolution de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans au sud-kivu selon EDS-RDCI2007, MICS 2010 et EDS-RDCII 2013-2014 au sud-kivu
Graphique n° 33 : Enfants souffrant de malnutrition chronique (en %)
Graphique n° 34 : Taux d'insuffisance pondérale
Graphique n° 35 : Allaitement initial des derniers-nés
Graphique n° 36 : Durée médiane de l'allaitement
Graphique n° 37 : Indice synthétique de fécondité
Graphique n° 38 : Intervalle inter-génésiq
Graphique n° 39 : Pourcentage de femmes de 15-19 ans
Graphique n° 40 : Age médian à la première naissance des femmes de 25-49 ans
Graphique n° 41 : Age médian à la première union
Graphique n° 42 : Age médian au premier rapport sexuel an révolu-total
Graphique n° 43 : Besoin non satisfait en matière de planification familiale
Graphique n° 44 : Utilisation actuelle de la contraception pour cent femmes 15-49 ans
Graphique n° 45 : Santé maternelle des femmes de 15-49 ans
Graphique n° 46 : Soins prénatal
Graphique n° 47 : Pourcentage de naissances vivantes survenues
Graphique n° 48 : Assistance lors de l'accouchement
Graphique n° 49 : Type de prestataire qui a dispensé les premiers soins post natal au nouveau-né
Graphique n° 50 : Prévalence du VIH chez les hommes et les femmes par province
Graphique n° 51 : Connaissance du sida, des moyens de prévention du VIH et des moyens de transmission du VIH de la mère à l'enfant chez les hommes et femmes de 15-45 ans
Graphique n° 52 : Connaissance approfondie du VIH SIDA chez les femmes et hommes de 15-45 ans
Graphique n° 53 : Enfant de moins de 5 ans dont la naissance a été déclarée à l'état civil au sud-kivu
Graphique n°54 : pourcentage d'enfants de 5-17 ans ayant participé à des activités économiques
Graphique n° 55 : Accès à l'eau potable
Graphique n° 56 : Répartition en % de la population selon l'approvisionnement en eau
Graphique n° 57 : Accès aux toilettes améliorées

Les Cartes

Carte 1 : ratio élèves-maitre

Carte 2 : Prévalence du paludisme chez les enfants

Carte 3 : Enregistrement des naissances

ACRONYMES

CIM : Classification Internationale de Maladie
CTA : Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisine
CTB : Coopération Technique Belge
DPS : Division Provinciale de la Santé
EADE : Enfant et Adolescent en Dehors de l'Ecole
EDS : Enquête Démographique et de Santé
EPSP : Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel
IRA : Infection Respiratoire Aigue
INS : Institut National de la Statistique
MICS : Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
ODD : Objectifs de Développement Durable
OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONGD : Organisation Non Gouvernementale de Développement
PIB : Produit Intérieur Brut
PNLP : Programme National de Lutte Contre le Paludisme
REM : Ratio-Elève-Maître
RESEN : Rapport d'Etat du Système Educatif National
SIGE : Système d'Information de Gestion de l'Education
TDR : Test de Diagnostic Rapide
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VVS : Victime de Violence Sexuelle

TABLE DE MATIERE

Carte administrative de la Province du Sud-Kivu.....	1
Préface	2
Avant-propos.....	3
Table des matières.....	4
Liste de tableau, graphique et carte.....	5
Acronymes	8
INTRODUCTION.....	9
CHAP 1. APERCU MONOGRAPHIQUE DU SUD KIVU.....	10
1.1. Situation géographique.....	10
1.2. Organisation politique et administrative.....	10
1.3. Caractéristiques démographiques.....	12
1.4. Contexte économique.....	13
1.5. Les conditions de vie.....	15
1.6. Quelques indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement.....	16
CHAPITRE 2. PAUVRETÉ ET EMPLOIS	17
2.1. Indice de la Pauvreté monétaire.....	17
2.2. Rapport entre pauvreté et le sexe du Chef de ménage	17
2.3. Pourquoi ces familles sont-elles en situation de pauvreté ?.....	18
2.4. Consommation annuelle moyenne des ménages.....	19
2.5. Quintiles de bien-être économique	19
2.6. Emploi	20
CHAPITRE 3. ACCÈS À L'ÉDUCATION DE BASE.....	21
3.1. Revue des facteurs qui favorisent la réalisation des objectifs d'éducation pour tous.....	21
3.2. Les indicateurs de résultats : Position de la province par rapport à l'atteinte de l'OMD 2	22
3.3. Equilibre de sexes au primaire et au secondaire.....	26
3.4. Infrastructures scolaires au Sud-Kivu.....	27
3.5. Effectifs des Elèves du Sud Kivu.....	27
3.6. Ratio Elève- classe, Elève –Enseignant.....	27
3.7. Niveau d'instruction des parents.	28
CHAPITRE 4. GENRE.....	29
4.1. Taux net de fréquentation.....	29
4.2. Accès des femmes à l'éducation.....	30
4.3. Contrôle de l'utilisation de l'argent par les femmes dans le ménage.....	31
4.4. Participation des femmes dans la prise de décision dans le ménage.....	31
4.5. Violence domestique.....	32
4.6. Violence basée sur le genre.....	33
CHAPITRE 5. SANTE DE L'ENFANT ET DE LA MERE.....	34
5.1. SANTE DE L'ENFANT	34
5.2. SANTE DE LA MERE.....	42
5.3. SANTE DE LA REPRODUCTION.....	46
5.4. VIH/SIDA.....	48
5.5. AUTRES MALADIES SPECIFIQUES.....	49
CHAPITRE 6. PROTECTION DE L'ENFANT.....	51
6.1. Enregistrement des naissances d'enfants de moins de 5 ans.....	51
6.2. Travail des enfants	52
CHAPITRE 7. ENVIRONNEMENT DURABLE.....	53
7.1. Accès à l'eau potable	53
7.2. . Approvisionnement en eau potable.....	53
7.3. Accès aux toilettes améliorées	54
CONCLUSION GENERALE.....	55
ANNEXE	

INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo est en pleine mutation. Ces réformes institutionnelles ont comme base institutionnelles la constitution du 18 Février 2006 tel que modifié par la loi n°11/002 du janvier 2011 portant révision de certains articles de la constitution de la République démocratique du 18 février 2006 la décentralisation comme mode de gestion de l'Etat congolais. Par cette option, la prestation et la gestion des services sociaux de base relevant désormais de la province et des entités territoriales décentralisées sous la tutelle du Gouvernement de Provincial.

Le présent document intitulé « PROFIL DE LA PROVINCE DU SUD-KIVU » se situe dans ce contexte où comme toutes les autres provinces de la RDC, le SUD-KIVU est appelé à prendre des décisions réalistes en vue d'améliorer l'accès aux services sociaux de base. Il s'agit d'un document analytique qui présente la situation quantitative des conditions de vie de la population dans la province du SUD-KIVU. Il est à la fois un outil de prévision et un outil d'évaluation des performances des politiques provinciales visant l'amélioration des conditions de vie, le respect des droits de l'enfant et de la mère.

Cette analyse qui s'inscrit dans le cadre du Programme de Coopération entre le Gouvernement de la RDC et l'UNICEF vise à mettre à la disposition des décideurs un document qui montre le niveau des progrès réalisés par la Province en termes de développement humain et spécifiquement en faveur des enfants et des mères du Sud Kivu. En plus, l'analyse met en évidence les domaines et les aspects sociaux dans lesquels persistent des défis à relever en vue de réduire les disparités et les inégalités entre les catégories des populations et d'améliorer le bien-être des plus vulnérables

Le contenu de ce profil se fonde sur une revue documentaire et sur l'exploitation des données de grandes enquêtes conduites en RDC notamment : l'Enquête sur l'emploi, le secteur informel et la consommation des ménages (Enquête 1-2-3 de 2005 et de 2012), l'Enquête par grappes à Indicateurs Multiples (MICS 2010), l'Enquête Démographique et de Santé (EDS de 2007 et de 2013-2014), les résultats des études tel que le Rapport d'Etat du Système Educatif (RESEN 2014), Enfants et Adolescents en dehors du Milieu Scolaire (2012), Annuaire statistiques de l'EPSP (2010-2011, 2011-2012, 2013-2014) et le rapport annuel de la Division Provinciale du Genre (2014) ainsi que le rapport annuel de l'Institut National de la Statistique Direction Provinciale du Sud Kivu..

L'analyse fait une comparaison dans le temps au sein de la Province et une comparaison dans l'espace avec le niveau national et quelques autres Provinces. De façon plus spécifique, il s'agira de fournir des détails sur les huit domaines clés ci-après : Pauvreté et Emploi ; Education ; Genre ; Santé de l'enfant ; Santé de la mère ; VIH ; Eau, Hygiène et Assainissement ; Protection et situation des enfants en vue de susciter des discussions sur les Politiques et leur mise en œuvre pour arriver à prioriser les secteurs sociaux dans les allocations et exécutions budgétaires afin de réduire le niveau de pauvreté des enfants et des femmes dans la Province du Sud Kivu.

CHAP1. APERCU MONOGRAPHIQUE DU SUD KIVU

1.7. Situation géographique

Le Sud-Kivu est situé à l'Est de la République Démocratique du Congo, approximativement entre 1°36' de latitude sud et 5° de latitude sud d'une part et 26°47' de longitude Est et 29°20' de longitude Est d'autre part. Elle a une superficie de 69.130 Km² soit 3% de la superficie totale du pays. Elle est limitée à l'Est par le Rwanda, le Burundi, et la Tanzanie, au Nord par le Nord Kivu, à l'Ouest par le Maniema et au Sud par le Maniema et la Province du Tanganyika démembrée de l'ex Province du Katanga

- Relief.

Le relief, il est très varié. L'Est très montagneux s'oppose au Centre et à l'Ouest de la province où l'on rencontre respectivement des hauts plateaux et des bas plateaux. Cette diversité physique est l'origine de l'appellation du Kivu montagneux à l'Est et qui diffère des contrées occidentales moins élevées. Le haut relief de l'Est est sans doute la prolongation de la chaîne de Mitumba excédant parfois 3.000 mètres d'altitude. Toutefois, un bas-relief s'observe dans la plaine de la Ruzizi depuis Uvira jusqu'à Kamanyola.

- Le Climat.

Le climat : Les facteurs principaux qui déterminent les climats du Sud-Kivu sont la latitude et l'altitude. Le Kivu montagneux, c'est-à-dire l'Est de la province jouit d'un climat de montagne aux températures douces où la saison sèche dure 3 à 4 mois de juin à septembre. A titre d'exemple Bukavu et Goma connaissent une température moyenne annuelle de 19°C, quant aux hauts plateaux de Minembwe, Mulenge, Kalonge et les montagnes de Kahuzi-Biega sont encore plus frais. Dans ces contrées poussent une végétation montagnarde étagée et à prédominance herbeuse.

Par contre, le centre et surtout l'Ouest du Sud-Kivu, en particulier les territoires de Shabunda et celui de Mwenga connaissent un climat équatorial, domaine de la forêt dense équatoriale, car il y pleut abondamment et presque toute l'année.

Cependant la plaine de la Ruzizi connaît un micro-climat, un climat tropical à tendance sèche et où les pluies sont quelque peu faibles (± 1.000 mm /an), la végétation étant une savane herbeuse à épines parsemée des cactus cièrges. C'est ainsi que la riche flore du Sud-Kivu héberge l'un de meilleurs parcs du monde, celui de Kahuzi-Biega où l'on rencontre les gorilles de montagne et une luxuriante forêt des bambous.

- Hydrographie.

Le Sud Kivu dispose d'une hydrographie abondante. On y rencontre deux lacs de montagne ; le lac Kivu (1.470 m). Il est le plus profond de l'Afrique et le 2^e du monde après le lac Baïkal (1.741 m) et le lac Tanganyika (773 m). Ils sont reliés par la rivière Ruzizi. Le lac Tanganyika est très poissonneux. Quant au lac Kivu, il est très peu poissonneux suite à la présence des gaz carbonique et méthane.

Les cours d'eau du Sud-Kivu appartiennent au bassin hydrographique du fleuve Congo. La plupart de ces cours d'eau prennent leur source dans les montagnes de l'Est et coulent pour la plupart vers l'Ouest où ils débouchent dans le fleuve Congo, d'autres se jettent dans les lacs.

1.8. Organisation politique et administrative

Créé en 1988 par l'ordonnance loi n°88-031 du 20 juillet 1988 modifiant et complétant l'ordonnance loi n°82-006 du 15 février 1982 portant organisation territoriale, politique et administrative de République Démocratique du Congo ayant consacré le démembrement de l'ex Province du Kivu en 3 Provinces (Maniema, Nord Kivu et Sud Kivu) la province du Sud Kivu a une ville, 8 territoires, 3 communes, 5 Secteurs et 18 Chefferies. Il s'agit de la ville de Bukavu, des territoires de Fizi, Idjwi, Kabare, Kalehe, Mwenga, Shabunda, Uvira et Walungu ; des secteurs d'Itombwe, Lulenge, Mutambala, Ngandja et Tanganyika ; des Chafferries de Bifuluru, Bahavu, Bakisi, Basile, Bavira, Buloho, Burhinyi, Kabare, Kaziba, Luhwinja, Lwindi, Ninja, Ngweshe, Ntambuka, Plaine de la Ruzizi, Rubenga,

Wakabango 1^{er} , Wamuzimu. Les communes sont subdivisées en quartiers ceux-ci en avenues ou rues. Les Secteurs et les Chefferies sont subdiviés en groupement et ceux-ci en villages.

Tableau n° 1: Subdivision Administrative du Sud Kivu

Unité Administrative	District	Ville	Territoires	Communes	Secteurs	Chefferies
Ville		Bukavu	-	Bagira, Kadutu, Ibanda	-	-
Territoire	-	-	Fizi	-	Lulenge, Mutambala, Ngandja, Tanganyika	-
	-	-	Idjwi	-	-	tambuka, Rubenga
	-	-	Kalehe	-	-	Buhavu Buloho
	-	-	Kabare	-	-	Kabare, Nindja
	-	-	Mwenga	-	Itombwe	Basile, Burhinyi, Luhwinja, Lwindi, Wamuzimu
	-	-	Shabunda	-	-	Bakisi, Wakabango
	-	-	Uvira	-	-	Bafulero, Bavira, Plaine de Ruzizi
	-	-	Walungu	-	-	Kaziba, Ngweshe

A l'instar des autres provinces du pays, elle a à sa tête deux organes : une Assemblée provinciale et un gouvernement provincial.

- L'Assemblée Provinciale est l'organe délibérant de la Province. Elle est composée de 36 députés élus au suffrage universel direct et représentant les Territoires et les communes où ils ont été élus et 3 sont coptés parmi les chefs coutumiers. Elle est dirigée par un bureau permanent comprenant un Président, un vice-président, un secrétaire rapporteur, un secrétaire rapporteur adjoint et un questeur. Le travail dans l'Assemblée se fait en commission notamment

- Le gouvernement provincial est l'organe exécutif de la province. Il est composé du gouverneur de province assisté d'un vice-gouverneur élus par l'Assemblée provinciale, et 10 ministres nommés par le gouverneur en tenant compte du poids politique des partis politiques et de la représentation provinciale. Chaque ministre conduit les affaires de son ministère sous la supervision du gouverneur de province. Il s'agit des ministres suivant : (i)Intérieur, de la sécurité, des Entités Territoriales Décentralisées et chargé des questions des Grands Lacs, Porte-parole du Gouvernement ; (ii) Justice, des Droits Humains, de la Fonction publique et des relations avec la Société civile ; (iii)Travaux Publics, des Infrastructures, de l'Urbanisme et de l'Habitat et chargé des Relation avec l'Assemblée Provinciale ; (iv) Finances, Economie, Commerce et Industrie, (v) Plan, du Budget et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, (vi) Transport, voies de communication et Tourisme, (vii) Mines, Ressources Hydraulique, Electricité et Hydrocarbures; (viii) Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel, Sports et Loisirs, Cultures, Arts et de l'Information ; (ix) Santé, Genre, Famille et Affaires humanitaires ; (x) Agriculture, Affaires foncières, Développement rural et Environnement.

L'Assemblée provinciale, dirigée par un Président secondé par un Vice-Président, tous deux élus par leurs pairs, est composée de 36 députés provinciaux. Le parlement travaille en commission (6) selon différentes thématiques

La ville de Bukavu, composée de trois communes à savoir la commune de Bagira, la commune de Kadutu et celle d'Ibanda. Elle est située au Sud du lac Kivu est le chef-lieu de la Province du Sud-Kivu. Elle est gérée par un Maire assisté d'un Maire Adjoint chargé de l'administration et Finance. Elle subit un exode rural accentué surtout par les troubles politiques dus aux rébellions et groupes armés dans le pays depuis 1996

A la tête de chaque territoire, il y a un Administrateur du Territoire et deux Administrateurs du Territoire Assistants. A la tête de chaque commune, il y a un Bourgmestre assisté d'un bourgmestre adjoint ; à la tête de chaque secteur, il y a un chef de secteur; à la tête de chaque quartier, il y a un chef de quartier.

A côté de l'autorité administrative, il y a les autorités coutumières. Ainsi à la tête de chaque chefferie, il y a un chef de chefferie, communément appelé Mwami (roi). Celui-ci est le garant de la coutume et la succession à la tête de la chefferie se fait de père en fils. Bien que travaillant avec l'autorité administrative, les chefs coutumiers ont une certaine indépendance vis-à-vis d'elle.

A la tête de chaque groupement, il y a un chef de groupement souvent issu de la famille régnante directement ou indirectement. Chaque groupement est formé de plusieurs villages avec à sa tête un chef du village nommé et révoqué par la coutume

Les autorités coutumières sont donc très respectées considérées comme garant des valeurs traditionnelles et de la cohésion sociale. Elles sont souvent plus écoutées que l'autorité politico-administrative. La ville, les communes, les secteurs et les chefferies sont des entités décentralisées et jouissent de l'autonomie administrative et financière. Les autres entités à l'intérieur de la province sont déconcentrées et dépourvue de l'autonomie administrative et financière.

1.9. Caractéristiques démographiques

La province du Sud-Kivu est un brassage ethnico-culturel très important sur une vague d'une forte tendance à l'union mais entravée par les crises qui ont secoués la province et les pays voisins pendant ces 20 ans de guerres. Parmi ces ethnies nous pouvons vous citer :

- Les BASHI : en territoire de Walungu, Kabare, Kalehe, Mwenga
- Les BAREGA : Mwenga, Shabunda, Fizi
- Les BAHAVU : Kalehe, Idjwi,
- Les BAVIRA : Uvira,
- Les BAFULERO : Uvira
- Les BARUNDI : Uvira
- Les BABEMBE : Fizi
- Les BANYINDU : Walungu, Mwenga
- Les BATWA : Kalehe, Idjwi, Kabare

La province comptait 6 240 239 habitants en 2014 sur une superficie de 69 130 Km² soit une densité moyenne de 90,3hab/Km². Le taux de féminité est estimé à 51,27% tandis que le rapport de féminité est de 1,03.

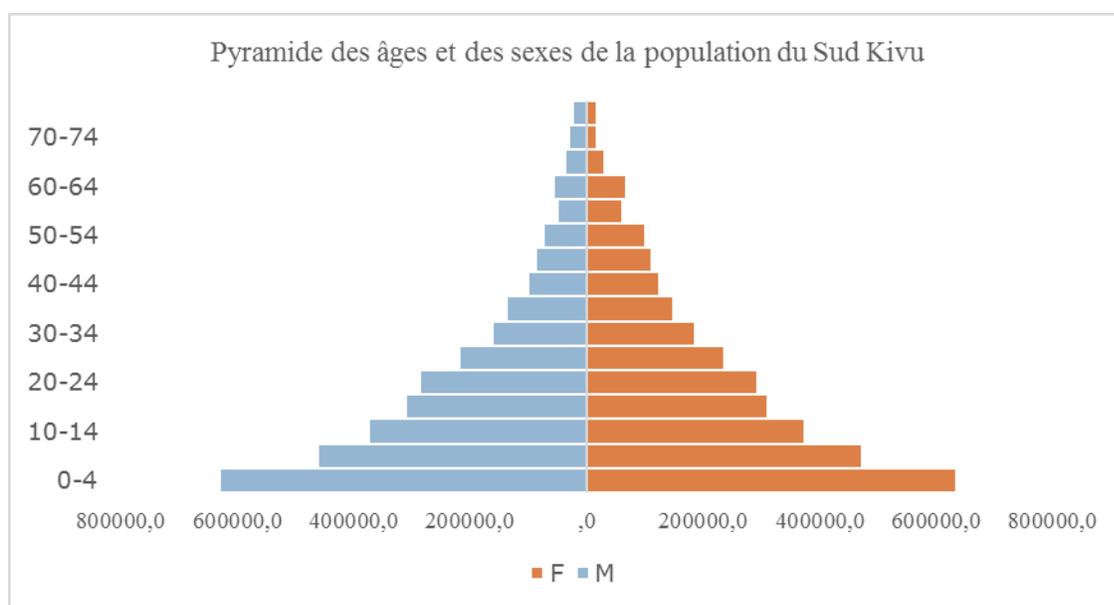
En RDC, les principales caractéristiques démographiques sont similaires dans tous les milieux de résidence, dans le milieu urbain l'âge médian 18 ans et dans le milieu rural il est de 16 ans ; la classe des actifs (15-59 ans) représente 52,9% dans les milieux urbains et 47,7% dans les milieux ruraux. La proportion de femmes est de 51,2% dans les milieux urbains et 50,6% dans les milieux ruraux.

Tableau n°2 Structure de la population par âge

	Milieu Urbain	Milieu rural	National
	38,8	61,2	100
<i>Structure de la population par âge (%)</i>			
<i>De 0 – 14 ans</i>	42,6	47,6	45,7
<i>De 15 – 59 ans</i>	52,9	47,7	49,7
<i>De 60 ans et plus</i>	4,3	4,5	4,4
<i>Age moyen</i>	22,3	21,3	21,6
<i>Age Médian</i>	18	16	16
<i>% de femmes</i>	51,2	50,6	50,8

Source: Rapport Global Final de l'Enquête 1-2-3, INS, 2012.

Graphique 2 : Pyramide des âges (Sources estimations des populations INS sud Kivu 2014)



1.10. Contexte économique

- Les infrastructures de transport

Un des problèmes de la province du Sud Kivu, en particulier et de la RDC, en général, est l'insuffisance et l'état de délabrement avancé des infrastructures de transport qui rend difficile la circulation des personnes et des biens.

- La province dispose de 1.041 Km de Routes Nationales dont 222 Km bitumées, 813 km des Routes Provinciales et 2.301 km des routes de desserte agricole. La plupart de ces routes sont en très mauvais état et n'ont pas été entretenues pendant une longue période, notamment durant la longue période de guerre et de conflits armés que connaît l'Est du pays. Il convient de signaler que la route nationale n°2 sur les tronçons Goma-Bukavu et Bukavu-Mwenga ne fait pas exception et l'axe routier Bukavu-Uvira(via les escarpements de NGOMO) est en réhabilitation et la plupart des véhicules passent par le Rwanda. Le projet de la route Bukavu-Shabunda est en arrêt. Un effort était fait pour macadamiser quelques tronçons urbains.

- Le Sud-Kivu compte un aéroport à Kavumu à plus ou moins 40Km de la ville de Bukavu en projet d'agrandissement depuis 2002 et quelques pistes d'atterrissage (nbre), la plupart en mauvais état.

- La province a comme principales voies navigables les lacs Kivu et Tanganyika qui offrent d'énormes possibilités pour l'évacuation des produits agricoles en toutes saisons mais qui nécessitent un balisage pour éviter les abordages. Sur ce trafic, les bateaux ont amélioré ces dernières années leurs services et assurent le transport inter provinces des biens et des personnes dans d'assez bonnes conditions.
- La province du Sud Kivu ne dispose plus de chemins de fer sur son territoire.

- L'agriculture.

L'économie du Sud-Kivu est essentiellement tournée vers l'agriculture, l'élevage, le commerce et les services. L'agriculture est surtout pratiquée par des ménages agricoles pas suffisamment encadrés sur de petites étendues, avec des outils rudimentaires, des semences non améliorées et des techniques culturales obsolètes. Néanmoins, ces dernières années, on constate une augmentation sensible d'organisations paysannes grâce aux ONGD qui leur offrent des intrants sélectionnés, des crédits et un encadrement approprié malheureusement éphémère car la continuité n'est pas assurée. Les exploitations de type moderne sont rares. Elles sont tournées essentiellement vers la culture d'exploitation industrielle notamment le café, le thé, la canne à sucre le coton, le palmier à huile et le quinquina. Mais la plupart ont disparu en raison notamment des pillages perpétrés par les belligérants, de l'insécurité, de la baisse des cours des produits agricoles, du vieillissement des plantations par manque d'entretien, du mauvais état des routes de desserte agricole, de l'insuffisance d'engrais, etc. La non relance des grandes entreprises comme la Sucrierie de Kiliba, la laiterie du Bushi, le carrelage de Birava, bloque farouchement la croissance économique dans la province. L'élevage (de gros et petits bétails et de volailles) et la pêche, bien que pratiqués de façon traditionnelle, sont très prospères dans la Province.

La production agricole a été influée par plusieurs facteurs dont:

1. Les guerres :
 - La population rurale était en déplacement perpétuel, fuyant vers les centres- villes ou dans les forêts pour chercher asile contre les violences.
 - Les usines de transformation de certains produits agricoles ont été détruites ou tout simplement emportées en pièces détachées. Ce qui est à la base de l'abandon de certaines cultures comme le coton et la canne à sucre.

2. Détérioration de l'infrastructure routière

L'impraticabilité des routes perturbe le circuit commercial des produits agricoles et l'accessibilité aux marchés. Actuellement l'huile de palme produite à Shabunda arrive à Bukavu par avion. D'où la hausse vertigineuse du prix de cette denrée sur les marchés urbains.

3. Manque d'intrants et d'outillages agricoles

- Le paysan a difficile à s'approvisionner en semences de bonne qualité et en quantité suffisante.
- Insuffisance du personnel technique d'encadrement. 107 agents techniciens pour 426.369 ménages agricoles soit 1 technicien pour 3984 ménages agricoles au lieu de 400 prévus. En outre la plupart de ces techniciens sont fatigués et attendent leur mise en retraite.

Cultures vivrières sont : Manioc, Pomme de terre, Patate douce, Banane, Colocase, Igname, Arachide, Haricot, Petit pois, Soja, Maïs, Paddy, Sorgho.

Cultures industrielles, Caféier (Robusta et Arabica), Thé, Tabac, Palmier à huile, Canne à sucre, coton, Quinquina

- Exploitation minière.

En ce qui concerne les mines : l'étain, le wolframite, la monazite, le diamant, l'or, le colombo tantalite (coltan), le calcaire, le gaz méthane, les eaux thermales et la cassitérite sont exploités actuellement surtout de façon artisanale mais aussi par quelques entreprises modernes (BANRO, CIMENKI, ...). Ce secteur connaît une fraude massive de la part d'exploitants d'origines diverses.

- **L'industrie Locale.**

L'industrie locale est très peu développée et beaucoup d'entreprises qui ont jadis fait la fierté de la province ont fermé. Il s'agit notamment d'une cimenterie, d'une sucrière, des huileries et savonneries, des industries de transformation du café et de production du thé, du quinquina, du tabac et des boissons.

- **Le Commerce.**

Il convient de signaler une présence significative des institutions de microfinance qui sont très répandues dans la Province et octroient des crédits aux opérateurs du secteur commercial et à la population leur permettant ainsi d'améliorer leurs activités économiques et leurs revenus.

- **Le Tourisme.**

Le Sud-Kivu dispose d'un riche potentiel touristique avec le parc national de Kahuzi-Biega et 13 aires protégées qui regorgent de montagnes, d'une flore et d'une faune très rares, notamment les gorilles de montagne, pouvant attirer beaucoup de touristes. L'insécurité due à la guerre et à la mauvaise gouvernance font que la plupart de ces sites ne sont pratiquement plus opérationnels.

Enfin, le taux de croissance du PIB est passé de 8.1% en 2014 à 10.5% en 2015 avec un déflateur de 3.28 % dans un environnement avec un taux d'inflation annuel moyen de 3.6%. Le produit intérieur brut PIB a atteint 36 325,2 milliards de FC avec un budget provincial d'environ 128 milliards de Francs congolais en 2015.

1.11. Les conditions de vie

Avec un taux de pauvreté de 84,7%, le Sud-Kivu compte parmi les provinces qui ont une incidence de la pauvreté plus forte que la moyenne nationale (60.2% de la population vit avec moins d'un dollars par jour). Sa population est très jeune puisque 55,2 % ont moins de 18 ans. Le chômage en milieu urbain y est très élevé (22,2%). Le taux net de fréquentation scolaire au primaire est de 80%. Le secteur informel agricole fournit près de 7 emplois sur dix. Le taux d'emploi global est de 52.3%. Cette province présente un faible taux net de scolarisation au primaire de 53,3%. Le taux de mortalité infantile est en baisse mais reste élevé (92‰); le Taux d'utilisation d'installation sanitaire améliorée est de 23% et le taux de desserte en électricité de 7,9 %). Les services de santé sont très insuffisants : 16 lits pour 100.000 habitants et on compte 1 médecin pour 14.000 habitants, en dessous de la norme de l'OMS qui est de 1 médecin pour 10.000 habitants. Quant à l'assainissement, 99,5% des ménages ne bénéficient pas des services de voirie pour l'évacuation des ordures et le taux de couverture en assainissement s'élève à 32%. La Province est confrontée à deux problèmes majeurs : le Taux de prévalence de la malnutrition chronique élevé à 53.3% et le taux de mortalité infanto-juvénile de 139‰, des taux les plus élevés de la RD Congo. Ces statistiques démontrent les mauvaises conditions de vie des Sud-Kivu tiens.

1.12. *Quelques indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement.*

Tableau n°3 Quelques indicateurs des objectifs du millénaire pour le développement

	Unite	EDS 2007	MICS 2010	EDS 2013-14
1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim				
1.4 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale	pourcentage	30,8	27,4	26,0
2. Assurer l'éducation primaire pour tous				
2.6.Taux net de fréquentation scolaire dans le primaire ¹	pourcentage		72,8	80
2.8 Taux d'alphabétisation de 15-24 ans ²	Pourcentage	ND	48	ND
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes				
3.9 a Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire ³	ratio	0,71	0,91	0,92
3.9 b Rapport /garçons dans l'enseignement secondaire ³	ratio	ND	0,69	ND
3.10 Taux d'alphabétisation des femmes 15-24 ans par rapport aux hommes.	Pourcentage	ND	48	ND
4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans				
4.13. Taux de mortalité d'enfant de moins de 5 ans	Pour Mille	188	166	139
4.14. Taux de mortalité infantile ⁴	Pour mille	126	101	92
4.15. Pourcentage d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole	Pour mille	88	88,3	95,6
5. Améliorer la santé maternelle				
5.16. Taux de mortalité maternelle	Pourcentage	ND	ND	ND
5.17. Proportion d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié	Pourcentage	84,6	81,7	92,4
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies				
6.18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15_24 ans	pourcentage	1,3	ND	0,45
6.19. Taux d'utilisation des préservatifs parmi les utilisateurs de contraception.	pourcentage	ND	ND	ND
6.21. Taux de prévalence du paludisme	pourcentage	33,4	35,7	37,7
6.22. a. Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui dorment sous MII	Pourcentage	12,3	36	58
6. 22. b .Proportion de femmes enceintes qui dorment sous MII	pourcentage	ND	57	ND
7. Assurer un environnement durable				
7.30. Proportion de la population urbaine et rurale ayant accès durable à une source d'eau améliorée ¹²	pourcentage	ND	61	ND
7.31. Proportion de la population de la population utilisant les toilettes améliorées ¹³	pourcentage	ND	23	82,7
7.32. a. Proportion des ménages ayant accès à la sécurité d'occupation de logement en tant que propriétaire	Pourcentage	ND	ND	ND
7.32. b. Proportion des ménages ayant accès à la sécurité d'occupation de logement en tant que locataire	pourcentage	ND	ND	ND

CHAPITRE 2. PAUVRETÉ ET EMPLOIS

2.7. Indice de la Pauvreté monétaire

OMD 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim

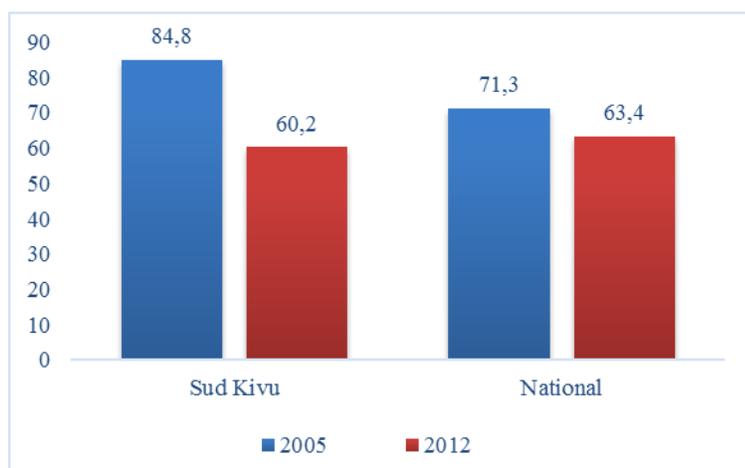
Définition :

La pauvreté étant un phénomène multidimensionnel, elle va être analysé dans les lignes suivantes sous les trois dimensions ci-après : monétaire, non monétaire ou en conditions de vie et subjective.

Le seuil de pauvreté monétaire couvre les besoins essentiels d'un individu aussi bien en alimentaires qu'en d'autres biens et services. Le seuil de pauvreté alimentaire est évalué à partir de la consommation calorique, en d'autres termes, ce seuil correspond à la dépense devant être réalisée pour satisfaire un besoin journalier de 2.300 calories par adulte.

Par contre, le seuil de pauvreté non alimentaire correspond au minimum que doit avoir un adulte pour couvrir d'autres besoins essentiels non alimentaires et équivaut au renoncement à la consommation alimentaire additionnelle.

Graphique n°2 : Incidence de la pauvreté en RDC selon les Provinces en 2005 et 2012 (en %)



Source : Rapport Global final de l'Enquête 1-2-3, 2005 et 2012

L'incidence de la pauvreté montre que 84,8% de la population dans la Province du Sud-Kivu étaient pauvre en 2005. Comparée à la situation de 2012, on note une amélioration de la pauvreté qui affecte 60,2% de la population soit environ 3756624 hab en 2014. Néanmoins, ce chiffre cache une disparité notamment au sein des groupes socioéconomique, des secteurs institutionnels des ménages et des milieux de résidence.

La pauvreté monétaire affecte principalement :

- les ménages dont le chef de ménage est inactif, chômeur ou retraité
- les ménages dont ce dernier travail dans l'informel (Non agricole et agricole).

2.8. Rapport entre pauvreté et le sexe du Chef de ménage

L'incidence de la pauvreté affecte différemment les ménages en fonction du sexe du chef de ménage. Des disparités sont observées selon que le ménage est dirigé par un homme (53,7%) ou par une femme (51,9%). Du point de vue individuel, la situation est légèrement médiocre à celle des ménages, on note pour les hommes (59,8,%) contre (62,4%) pour les ménages dirigés par les femmes. Cette situation reste la même au niveau national.

Dans l'ensemble des deux sexes, l'incidence de la pauvreté au Sud Kivu (53,4%) est inférieure à la moyenne nationale (54,2%), la même situation est observée au niveau individuel.

Tableau n°4: Pauvreté des ménages par sexe et zone géographique

Zone	Sexe du chef de ménage	Ménages	Individus
Sud-Kivu	Hommes	53,7	59,8
	Femmes	51,9	62,4
	Total	53,4	60,2
RDC	Hommes	56,0	64,0
	Femmes	49,0	60,3
	Total	54,2	63,4

Source : Rapport Global final de l'Enquête 1-2-3, 2012

2.9. Pourquoi ces familles sont-elles en situation de pauvreté ?

La taille moyenne des ménages est un facteur déterminant des conditions de vie des ménages. Plus la taille du ménage est faible, moins celui-ci est exposé à la pauvreté monétaire et vice versa. Le niveau d'instruction est un facteur discriminant du niveau de vie : plus le niveau d'instruction du chef de ménage est élevé, plus le ménage a plus de chance d'échapper à la pauvreté. Ainsi, l'incidence de la pauvreté s'élève à ...% chez les ménages dont le chef a atteint au plus le niveau primaire pour décroître progressivement vers% chez les ménages dont le chef est de niveau universitaire. Le niveau d'instruction détermine également le secteur dans lequel le chef de ménage pourra travailler, ainsi nous nous rendrons compte que les secteurs qui demande un niveau d'instruction élevé sont celle qui ont un revenu moyen élevé.

Parmi les actifs occupés, près d'un tiers gagnent moins du SMIG (1 USD par jour) en 2012.

Tableau n°5 : Revenu mensuel moyen par secteur en 2012 en RDC

	Revenu moyen	Revenu médian
	Secteur institutionnel	
<i>Administration</i>	113,667	75,000
<i>Parapublic</i>	249,386	164,597
<i>Privé formel</i>	166,738	139,011
<i>Informel non agricole</i>	83,409	50,000
<i>Informel agricole</i>	67,569	48,184
	Secteur d'activité	
<i>Agriculture</i>	70,226	50,000
<i>Industrie</i>	125,596	78,200
<i>Commerce</i>	74,182	48,955
<i>Service</i>	134,308	83,720
<i>Tous secteurs</i>	112,264	72,000

Source : Rapport Global final de l'Enquête 1-2-3, 2012

2.10. Consommation annuelle moyenne des ménages.

La consommation annuelle moyenne par ménage au Sud Kivu s'élève à **1 762 826 FC**, dont 1 232 014 FC (soit 69,9%) sont affectées à la consommation alimentaire. Les plus faibles dépenses sont observées dans la fonction Hôtels et Restaurants (13 041FC, soit 0,7%).

Tableau n°6: Consommation annuelle moyenne des ménages au Sud Kivu en FC, en 2012					
N°	Fonctions de consommation	Sud Kivu		RDC	
		Dépenses en FC	%	Dépenses en FC	%
1	Alimentation et boissons non alcoolisées	1 232 014	69,9	1115767	66,41
2	Boissons et tabacs	32 287	1,8	29606	1,76
3	Habillement et chaussures	54 886	3,1	46326	2,76
4	Logement, eau, électricité, gaz (loyers fictifs)	187 604	10,6	245911	14,64
5	Meubles, équipement et entretien de maison	53 520	3,0	51 369	3,06
6	Santé	31 860	1,8	25 978	1,55
7	Transports	40 156	2,3	46 053	2,74
8	Communication	19 486	1,1	22 699	1,35
9	Loisir et Culture (fournitures scolaires)	13 041	0,7	14 356	0,85
10	Service d'enseignement (non compris fournitures non scolaires)	36 665	2,1	30 265	1,80
11	Hôtels et restaurants	16 599	0,9	16 930	1,01
12	Biens et services divers	44 708	2,5	34 790	2,07
Total		1 762 826	100,00	1 680 050	100,00

Source : Rapport Global final de l'Enquête 1-2-3, 2012

2.11. Quintiles de bien-être économique

Tableau n°7 : Quintiles de bien-être économique

Province	Poorest	Poorer	Middle	Richer	Richest
Kinshasa			.0%	1.3%	44.2%
Bandundu	17.9%	26.5%	19.6%	13.2%	2.2%
Bas-Congo	1.2%	2.9%	5.6%	7.1%	5.1%
Equateur	26.3%	16.6%	14.5%	8.9%	2.1%
Kasai-Occidental	10.4%	7.4%	6.1%	7.0%	2.5%
Kasai-Oriental	10.7%	10.0%	10.1%	12.7%	8.1%
Katanga	8.3%	8.3%	9.2%	9.1%	17.0%
Maniema	3.5%	3.6%	5.6%	3.5%	.7%
Nord-Kivu	5.7%	7.3%	8.3%	11.5%	9.7%
Oriental	13.0%	12.1%	11.3%	9.3%	4.6%
Sud-Kivu	3.0%	5.1%	9.8%	16.4%	3.8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Rapport de la deuxième Enquête Démographique et de Santé, 2013- 2014

3,8% de la population du Sud Kivu sont classés dans le quintile le plus élevé et 3,0% classés dans le quintile le plus pauvre.

2.12. Emploi

Le **taux d'activité** désigne ainsi le rapport entre la population active et la population potentiellement active, c'est-à-dire en âge de travailler.

Tableau n°8 : Caractéristique des emplois par secteur institutionnel en RDC.

	Répartition des emplois %	Âge moyen	Proportion de femmes %	Années d'étude réussies	Ancienneté dans l'entreprise (en années)
<i>Public</i>	8,7	42,9	21,8	12,0	11,9
<i>Privé formel</i>	2,8	39,7	21,0	12,2	8,3
<i>Informel non agricole</i>	28,9	35,6	53,0	6,9	8,3
<i>Informel agricole</i>	59,7	38,2	53,3	4,2	15,4
<i>Ensemble</i>	100	37,9	49,6	5,8	12,8

Source : Rapport Global final de l'Enquête 1-2-3, 2012

Tableau n°9 : Taux d'activité par tranche d'âge en RDC.

<i>Hommes 10 ans et plus</i>	49.9
<i>Hommes 15 ans et plus</i>	59.4
<i>Femmes 10 ans et plus</i>	32.2
<i>Femmes 15 ans et plus</i>	37.9
<i>Ensemble 10 ans et plus</i>	40.3
<i>Ensemble 15 ans et plus</i>	47.8

L'emploi est principalement contrôlé par le secteur informel, la moyenne d'âge des actifs reste relativement élevée ce qui implique une faible intégration des jeunes dans les différents secteurs d'activités. La femme reste également marginalisée mais on note une certaine progression par rapport à 2005. L'ancienneté dans l'entreprise reste relativement haut ce qui note également un faible niveau de

Source : Rapport Global final de l'Enquête 1-2-3, 2012

CHAPITRE 3. ACCÈS À L'ÉDUCATION DE BASE

3.8. Revue des facteurs qui favorisent la réalisation des objectifs d'éducation pour tous

3.8.1. Gestion des ressources éducatives (humaines et matérielles)

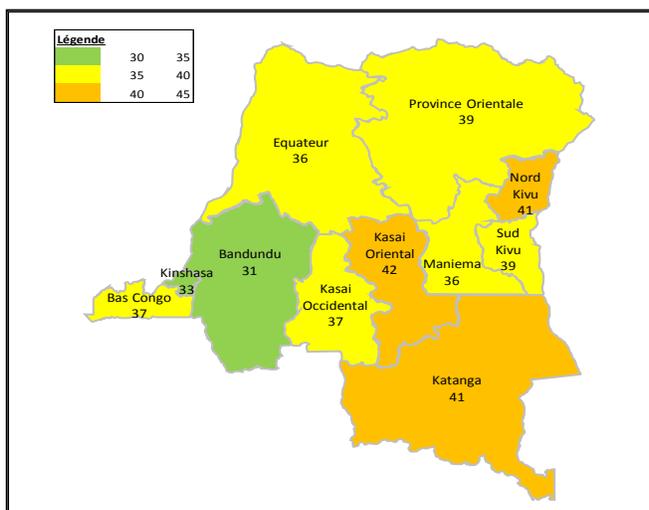
Un système de gestion efficace est un système qui alloue de manière optimale ses intrants aux écoles en vue d'une transformation de ces ressources par ces dernières en résultats d'apprentissage. Le RESEN a centré son analyse du système des ressources éducatives sur la gestion des deux intrants majeurs de la gestion éducative qui sont : **les enseignants** et les **manuels scolaires**.

- **L'enseignant.** Selon le RESEN, un aspect central de la gestion des enseignants est qu'ils soient alloués là où ils devraient l'être et que les enfants bénéficient d'un encadrement pédagogique adéquat ; ceci pour des raisons d'efficience (on optimise les conditions favorisant la transformation des inputs en apprentissage) mais également d'équité (on s'assure que les zones plus difficiles bénéficient d'un niveau d'encadrement adéquat en lien avec les besoins).

Les besoins en enseignants sont identifiés au niveau de l'école, sur la base d'un enseignant par classe au primaire, et 1,5 enseignants par classe au secondaire et une taille moyenne de classe ne devant pas dépasser 55 élèves.

C'est ainsi que l'analyse des ratios élèves-maitre (REM) nous permette d'appréhender le niveau de besoin en enseignants dans les différentes provinces, les données de routine issues du système d'information et de gestion de l'éducation (SIGE) montrent que pour la Province du Sud-Kivu le ratio reste le moins élevé du pays avec 33 élèves pour un enseignant contre une moyenne nationale de 36,8 pour 1 au primaire. De façon générale, cette situation favorable trouve son origine dans le fait qu'un nombre important d'enseignants sont en fait directement pris en charge par les parents d'élèves (42 % au primaire) et également grâce à la forte offre du secteur privé avec une grande compétitivité favorable à un meilleur encadrement des élèves.

Carte 1 : ratio élèves-maitre



Bien que le ratio élèves-maitre reste bon, la cohérence dans l'allocation des enseignants au niveau des établissements est faible. Il est important d'assurer que les enseignants sont adéquatement alloués aux écoles, et ce pour des raisons d'efficience mais également d'équité. L'analyse se base sur le postulat qu'il existe une relation plus ou moins linéaire entre le nombre d'enseignants et le nombre d'élèves dans une école.

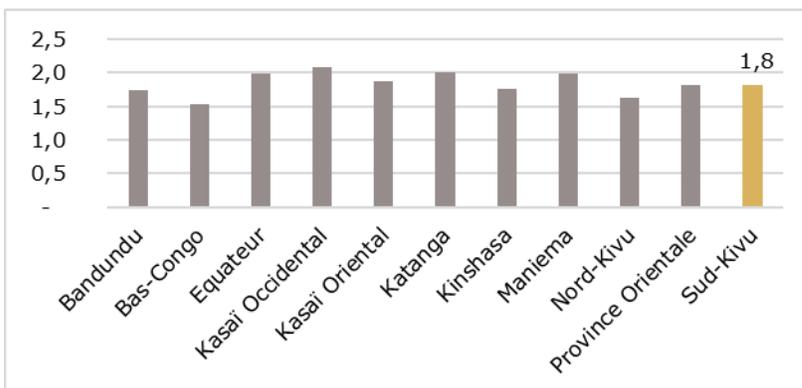
Une analyse au niveau des provinces met en exergue de fortes variations interprovinciales, avec des allocations des enseignants particulièrement aléatoires dans les provinces de

Kinshasa, du Kasai Occidental, du Bandundu et de l'Equateur. Le degré d'aléa dans l'allocation des enseignants au niveau des établissements publics primaire pour la Province du Sud-Kivu est de 39.

- **Le manuel scolaire.** La disponibilité et l'usage des manuels scolaires en classe et à la maison a été démontré comme étant un facteur reconnu sur la qualité de l'apprentissage.

Aujourd'hui, la RDC ne dispose pas encore de politique nationale du livre bien établie mais de gros efforts dans la distribution des manuels ont été faits au cours des dernières années, appuyés par les partenaires comme la Coopération Technique Belge (CTB) et la Banque Mondiale¹.

Graphique n°3 : Nombre d'élèves par manuel



Il ressort de ce graphique que 1,8 élèves au Sud-Kivu partagent un manuel alors que la norme est d'au moins un manuel de français et de mathématiques par élève.

L'analyse des données du SIGE de 2011/12 montre que de nombreux élèves n'ont pas de manuels scolaires. Pour la Province du Sud-Kivu en moyenne on compte 1.8 élèves pour un manuel, en français, comme en mathématiques.

3.9. Les indicateurs de résultats : Position de la province par rapport à l'atteinte de l'OMD 2

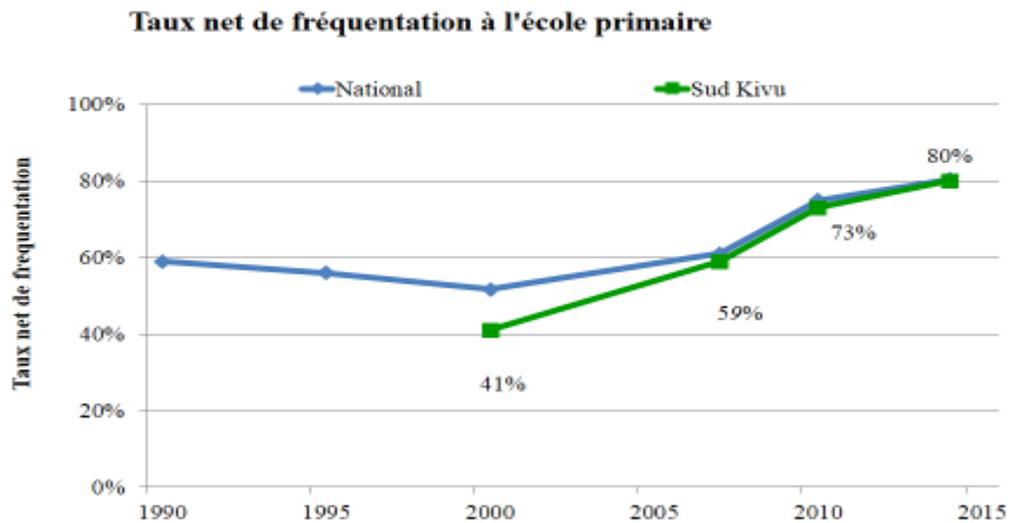
OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous

Ce deuxième objectif du millénaire visait à ce que tous les enfants, sans distinction de genre, de milieu, de race, de groupe ethnique, etc. puissent bénéficier d'ici 2015 d'un cycle complet d'études primaires. Cette question de l'éducation ne peut être occultée dès lors qu'on aborde les questions de la réduction de la pauvreté et des inégalités.

¹ La CTB et la Banque mondiale via le projet PARSE et le partenariat mondial pour l'Éducation via le PROSEB ont appuyé la distribution de manuels scolaires de mathématiques et de français pour l'ensemble des niveaux et élèves du primaire. La Banque mondiale a ainsi appuyé la distribution de manuels de première et deuxième année (distribution effective depuis 2010) et la CTB les 4 autres niveaux (5^{ème} et 6^{ème} année entre 2004-2007 ; 3^{ème} et 4^{ème} année en 2009-2010).

Graphique n°4 : Taux de fréquentation à l'école primaire

OMD 2: Assurer l'éducation primaire pour tous
Cible 3 : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires

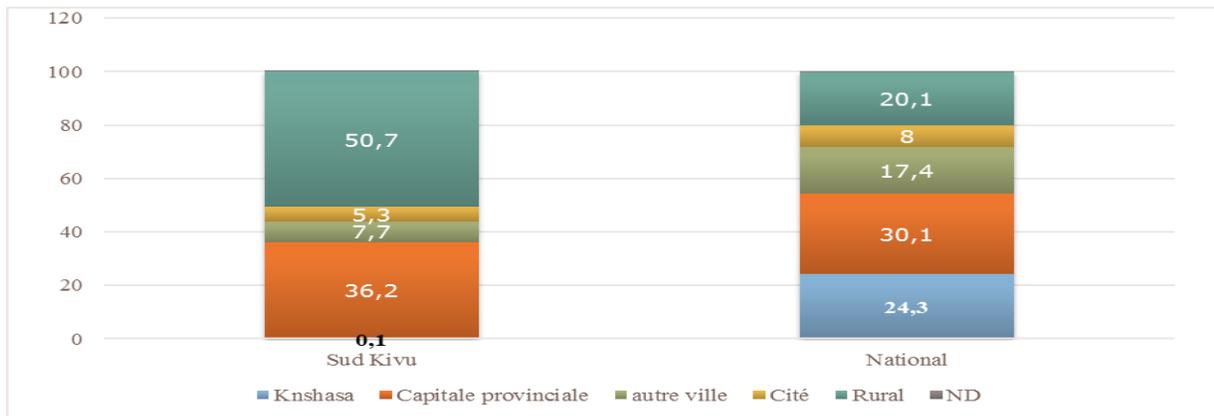


Ce graphique indique que 80% d'enfants fréquente l'école primaire au Sud-Kivu. Ce résultat de l'EDS 2013/2014 est en progression depuis 2001(MICS), ce qui démontre que des efforts louables ont été consentis pour relever cette situation surtout au travers le programme de Coopération RDC-UNICEF.

Au regard de ces résultats, il se remarque le taux de fréquentation au primaire en 2001 au Sud-Kivu était de 41% (MICS). Il est passé à 59% en 2007(EDS), puis à 73% en 2010(MICS2) et selon EDS 2013, ce taux a progressé jusqu'à 80%. Il s'observe une progression de l'ordre de 39 points en 13 ans. Cela dénote des efforts combien de fois louables ont été consentis au niveau de la Province du Sud-Kivu pour relever cette situation surtout au travers le programme de Coopération RDC-UNICEF

A l'issue de l'enquête EADE, trois principales raisons de non fréquentation scolaire ressortent : le mariage ou la grossesse, la recherche du travail et le manque de moyens financiers. Ces motivations diffèrent d'une région à l'autre. Par ordre d'importance, le mariage ou la grossesse est majoritairement évoqué par les populations de la province.

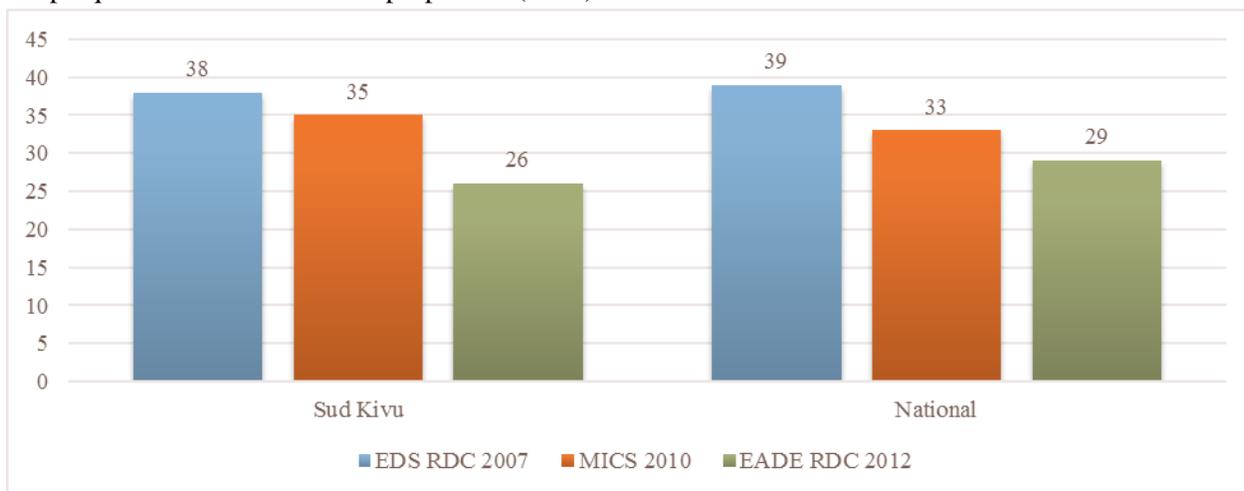
Tableau n°5 : Répartition (en %) des enfants 5-17 ans vivant dans la rue selon le lieu de résidence et le lieu de naissance



Source : Données du recensement des enfants de la rue, EADE-RDC 2012

L'examen de l'évolution par province (Graphique 5) révèle que c'est dans la province du Bas-Congo que la baisse de la proportion des EADE en termes relatifs a été plus importante (40,9 % de baisse), suivie de Kinshasa (39,6 %) et du Bandundu (36,5 %). A l'opposé, le Katanga qui a connu une hausse du phénomène en 2010, connaît une baisse relativement faible sur la période des cinq ans (9,0 %). Cependant, la baisse relative la plus faible est observée dans la Province orientale (6,2 %).

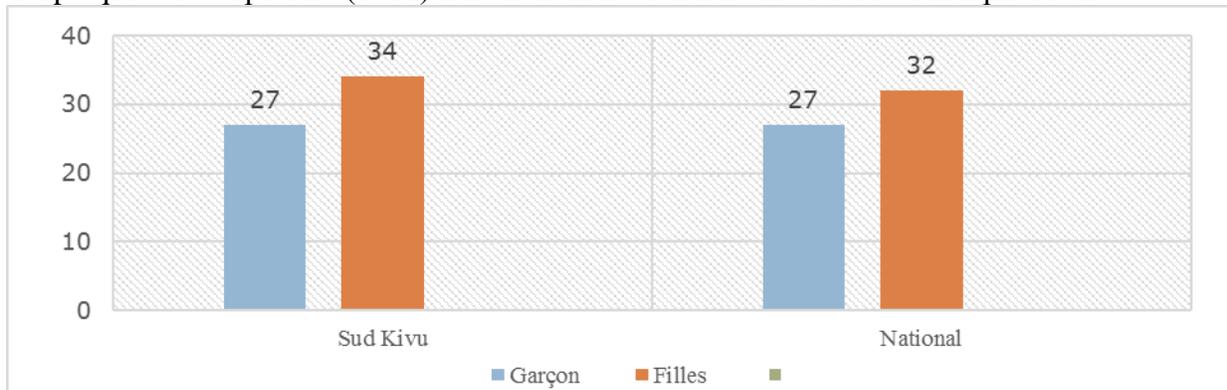
Graphique n°6 : Evolution de la proportion (en %) des enfants de 5-17 ans en dehors de l'école.



Source : Enquête nationale sur les Enfants et Adolescents en dehors de l'Ecole, Rapport, 2012.

Comme l'indique ce graphique la proportion EADE est en général en baisse dans plusieurs provinces de la RDC, c'est le cas du Sud-Kivu où c'est passé de 38% à 26% de 2007 en 2012.

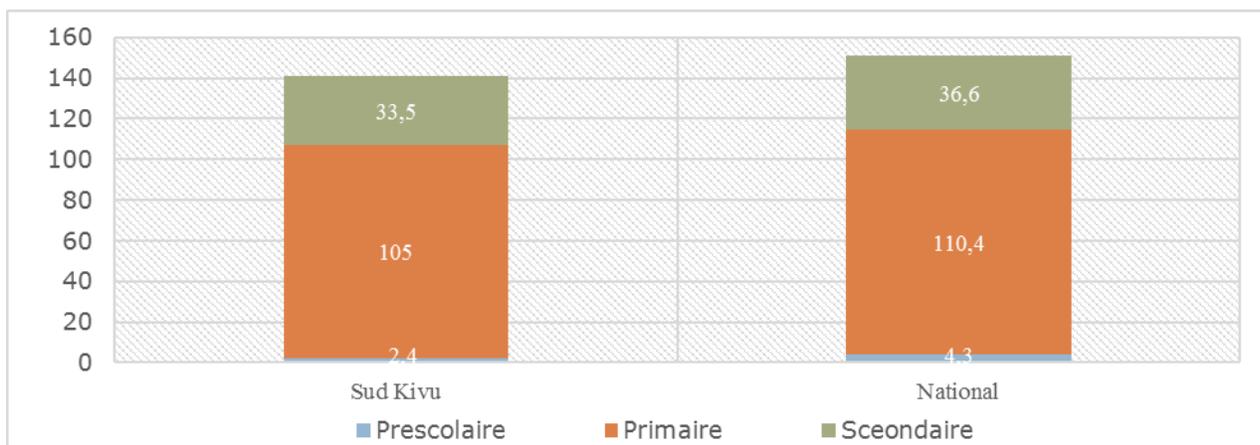
Graphique n°7 Proportion (en %) d'enfants de 5-17 ans en dehors de l'école par sexe.



Source : Enquête nationale sur les Enfants et Adolescents en dehors de l'Ecole, Rapport, 2012

Excepté la ville province de Kinshasa (où il n'y a pas de différence entre garçons et filles), dans toutes les autres provinces, les filles sont proportionnellement plus nombreuses à être en dehors de l'école comparées aux garçons (graphique 6). C'est dans le Kasai Oriental et le Kasai Occidental que l'écart entre garçons et filles est la plus forte. Les écarts entre sexes sont par contre faibles dans le Bandundu, le Maniema et la Province Orientale. Au Sud-Kivu cette différence est de 7 filles de plus en dehors de l'école que les garçons qui représentent une proportion de 27%.

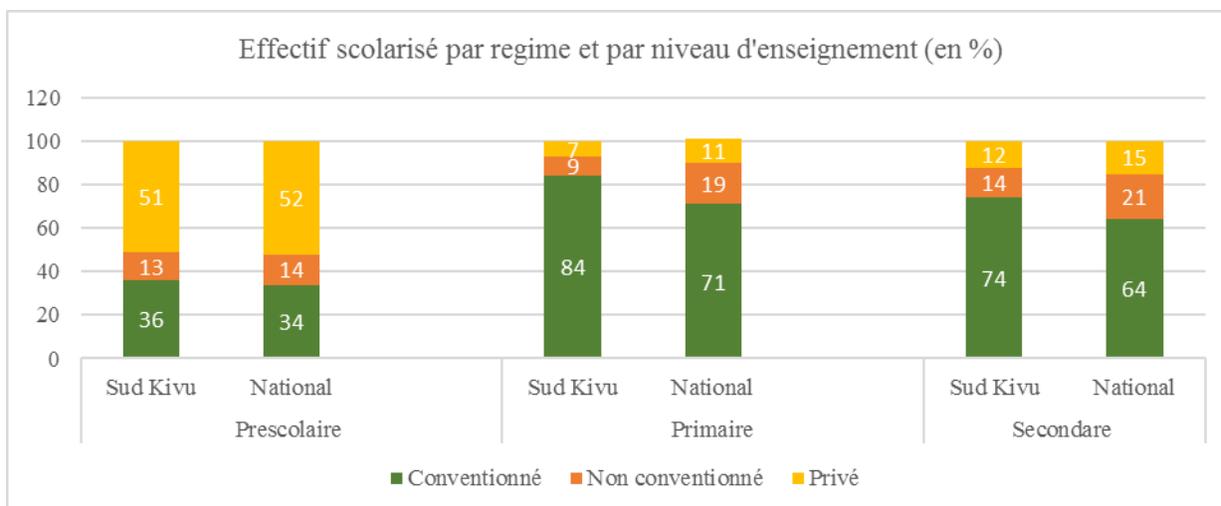
Tableau n°8 : Indicateurs de couverture, par niveau d'enseignement, 2011/12 (% et nb. d'apprenants pour 100 000 hab.)



Source : Rapport d'état du système éducatif, Résumé Exécutif, 2014.

Au Sud-Kivu, pour 100.000 hab. par rapport au niveau national, le taux d'apprenants au préscolaire était de 2,4% l'année scolaire 2011/2012, de 105% au primaire alors qu'il était de 49,8% au 1^{er} cycle du secondaire. Le taux de couverture totale était de 33,5% et, pour le niveau technique de 25%. Quant à l'éducation et formation technique professionnelle, le nombre total d'apprenants était de 814 alors qu'il était de 364 pour la formation technique non formelle.

Tableau n°9 Poids des régimes de gestion dans les effectifs scolarisés, par niveau d'enseignement 2011/12 (%)



Source : Rapport d'état du système éducatif, Résumé Exécutif, 2014.

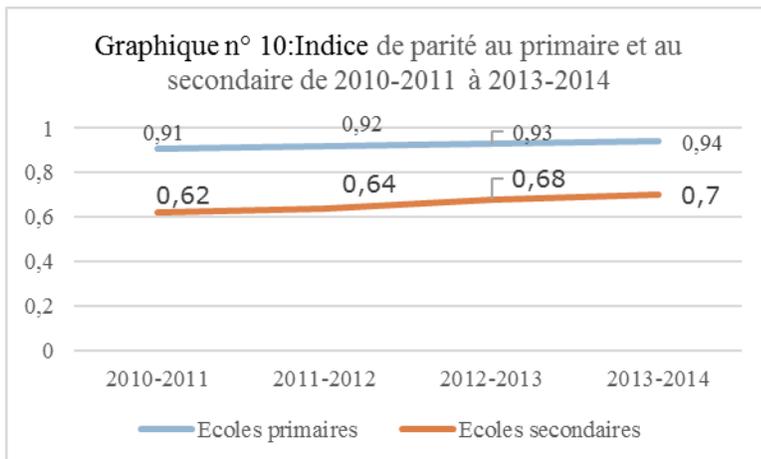
La taille des effectifs inscrits en 2011/2012 par régime de gestion et par niveau d'enseignement au Sud-Kivu, il sied de noter que l'écart n'est pas tellement énorme car il approche la moyenne nationale. Au primaire seul au secteur conventionné qu'on observe un écart >13 % par rapport à la moyenne nationale et un écart <10 du Secteur Non conventionné et de 2 % du Secteur Privé.

Enfin au niveau du Secondaire, seul au secteur conventionné qu'on observe un écart >10 % par rapport à la moyenne nationale et un écart <7 du Secteur Non conventionné et de 3 % du Secteur Privé.

3.10. *Equilibre de sexes au primaire et au secondaire*

Les campagnes de sensibilisation pour l'inscription des enfants en 1^{ère} année primaire, consistent à faire le plaidoyer auprès des autorités politico administratives et à sensibiliser les parents sur la nécessité d'envoyer leurs enfants en âge scolaire à l'école.

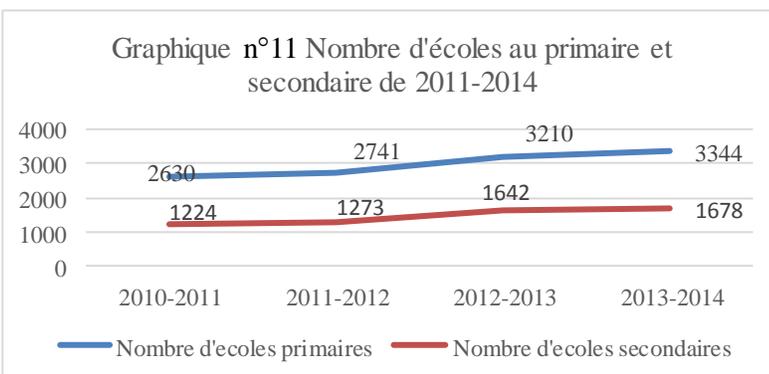
Sans distinction de sexe au cours de ces 4 dernières années on observe une amélioration de 0,03 au niveau du Primaire et de 0,08 au Secondaire.



Source : Division Provinciale de l'EPSP, Rapport annuel de 2010-2011 à 2013-2014

3.11. *Infrastructures scolaires au Sud Kivu*

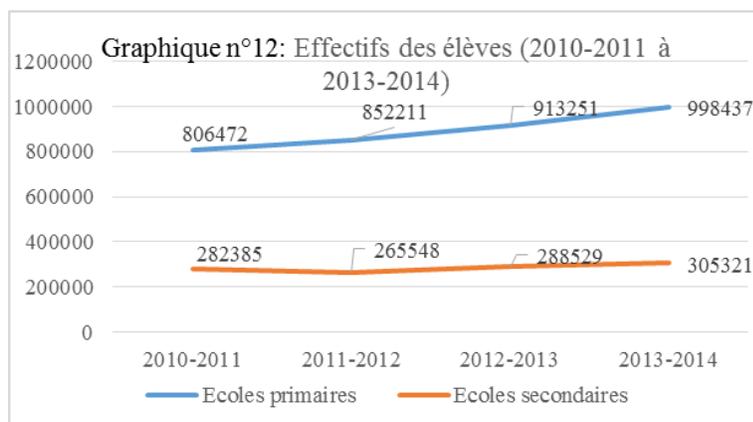
Le nombre d'écoles a connu une hausse de 2010-2011 à 2013-2014. En effet, dans l'ensemble 714 écoles de plus ont été enregistrées à l'école primaire soit un taux d'accroissement de 27,1% et 454 écoles au secondaire soit un taux d'accroissement de 37,1%. La capacité d'accueil et l'état des infrastructures jouent un rôle prépondérant dans l'accroissement des effectifs d'élèves



Source : Division Provinciale de l'EPSP, Rapport annuel de 2010-2011 à 2013-2014

3.12. *Effectifs des Elèves du Sud Kivu*

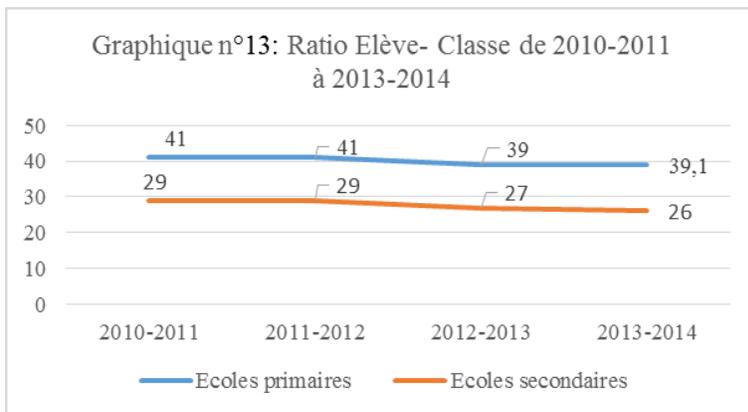
Les effectifs des élèves ont augmenté au même rythme que l'augmentation du nombre d'écoles. De 2011 à 2014 au primaire on a enregistré un effectif élève de 191.965 soit un taux d'accroissement de 23,8 % et au secondaire un effectif élève de 22.936 soit un taux d'accroissement de 8,1 %.



Source : Division Provinciale de l'EPSP, Rapport annuel de 2010-2011- 2013-2014

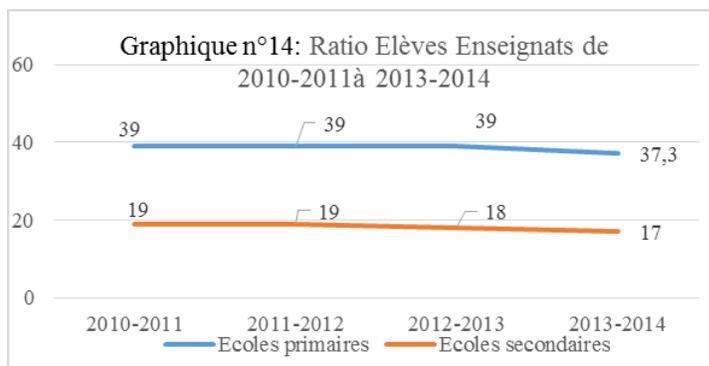
3.13. Ratio Elève- classe, Elève –Enseignant.

Le ratio élèves-classe à l'école primaire au Sud Kivu est en moyenne de 40 au secondaire il est de 27,7. La norme exigée est de 25 au minimum et de 55 élèves au maximum par classe.



Source : Division Provinciale de l'EPSP, Rapport annuel de 2010-2011- à 2013-2014

On note une légère stabilité du ratio élèves Enseignant.au primaire comme au secondaire. La norme nationale étant de 55 élèves par enseignant au primaire etau secondaire. La Province a des ratios inferieurs inférieur à la norme nationale. Notons cependant l'existence des certaines disparités liées au milieu de résidence.



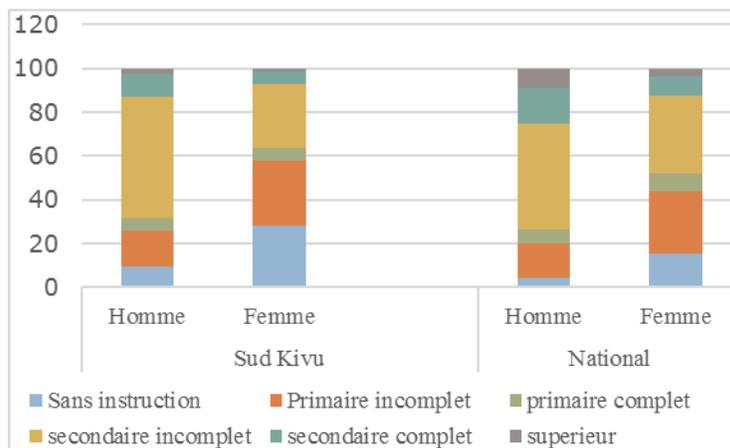
Source : Division Provinciale de l'EPSP, Rapport annuel de 2010-2011- à 2013-2014

Graphique n°15 : Niveau d'instruction des parents.

3.14. Niveau d'instruction des parents.

Ce tableau fait remarquer qu'à tous les niveaux la proportion d'homme l'emporte sur celle des femmes.

La majorité d'hommes (10,6%) ont un niveau secondaire complet tandis que la majorité de femmes sont sans instruction. Il est à signaler que le milieu de résidence introduit des disparités du niveau d'instruction des parents.



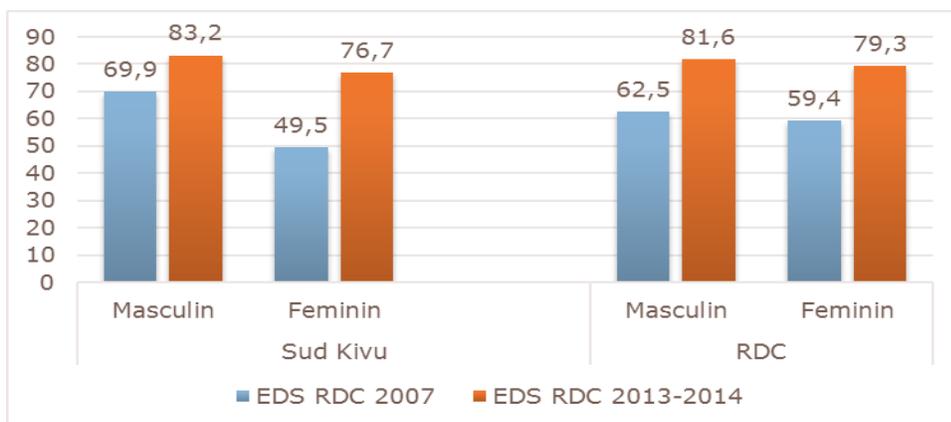
CHAPITRE 4. GENRE

OMD 3: Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

Cible 4 : Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaires et secondaires d'ici 2015 si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.

4.1. Taux net de fréquentation

Graphique n°16 : Taux net de fréquentation

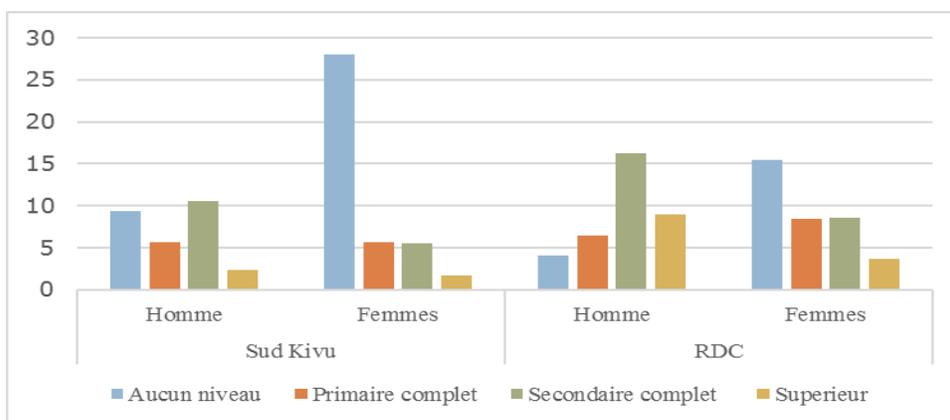


Un progrès a été observé entre 2007 et 2013-2014 pour aussi bien le sexe masculin que féminin tant au niveau provincial que national avec les scores 19,3 pour les hommes et 27,2 pour les femmes.

Notons que ces taux sont supérieurs à aux moyennes nationales.

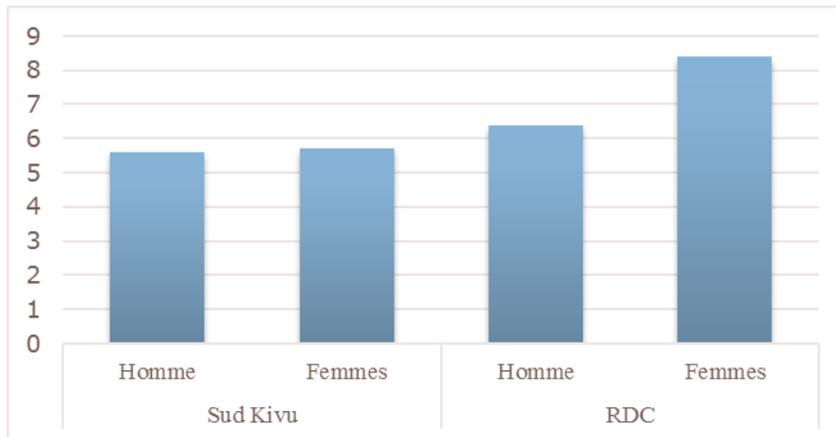
4.2. Accès des femmes à l'éducation

Graphique n°17 : Accès à l'éducation.



La proportion des femmes sans niveau (28,0) est la plus élevée de celle des hommes (9,3%) au Sud Kivu ces valeurs provinciale sont supérieures à la moyenne nationale 15,5% pour les femmes et 4,1% pour les hommes soit un écart de 12,5%.

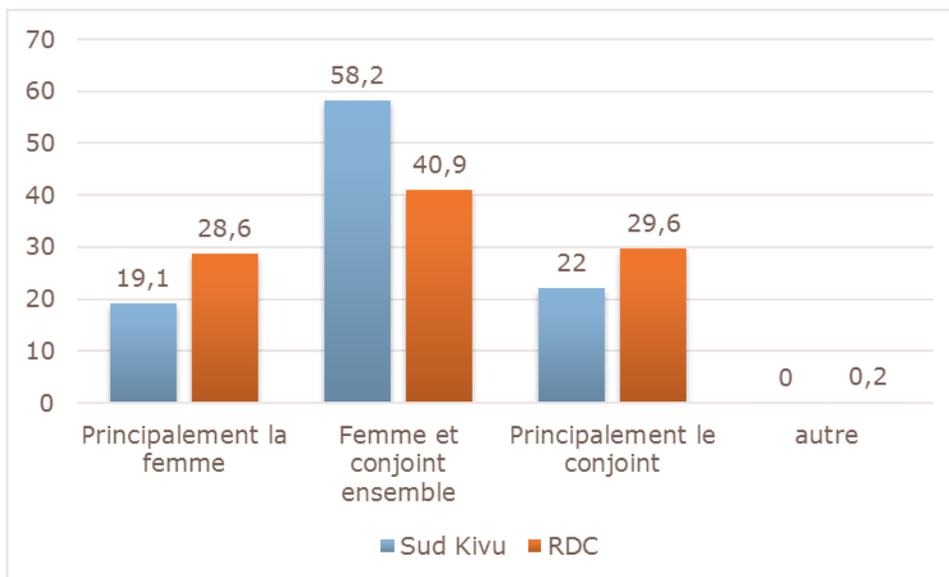
Graphique n°18 : Répartition (en %) des hommes et des femmes de 15-49 ans ayant achevé le niveau primaire complet



La proportion des femmes le niveau d'étude primaire complet (5,7%) est légèrement élevée que celle des hommes (5,6%) au Sud Kivu mais inférieure à la moyenne nationale (8,4%) soit un écart de 2,8%

4.3. Contrôle de l'utilisation de l'argent par les femmes dans le ménage

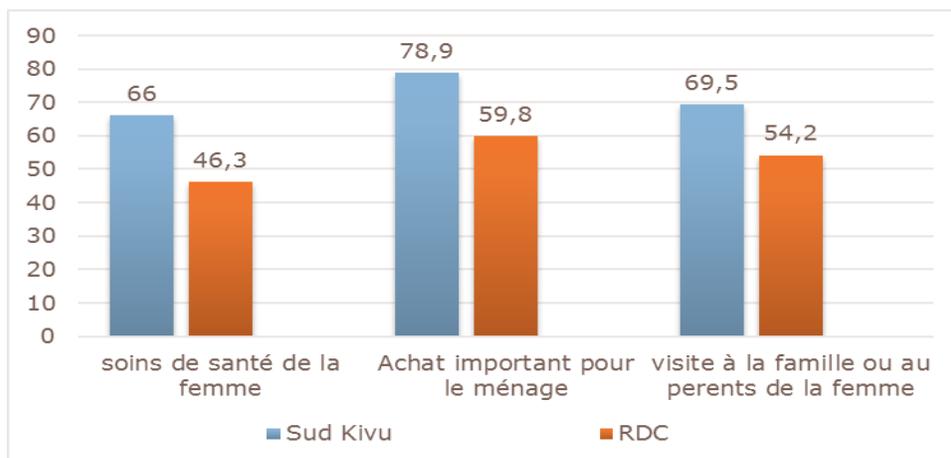
Graphique n°19 : Contrôle de l'utilisation de l'argent par les femmes dans le ménage



L'utilisation de l'argent dans le ménage est le fruit d'une décision concertée à 58,2% entre l'homme et la femme au Sud Kivu. Cette valeur est supérieure à la moyenne nationale de la décision concertée (40,9%) soit 17,3% de plus.

4.4. Participation des femmes dans la prise de décision dans le ménage

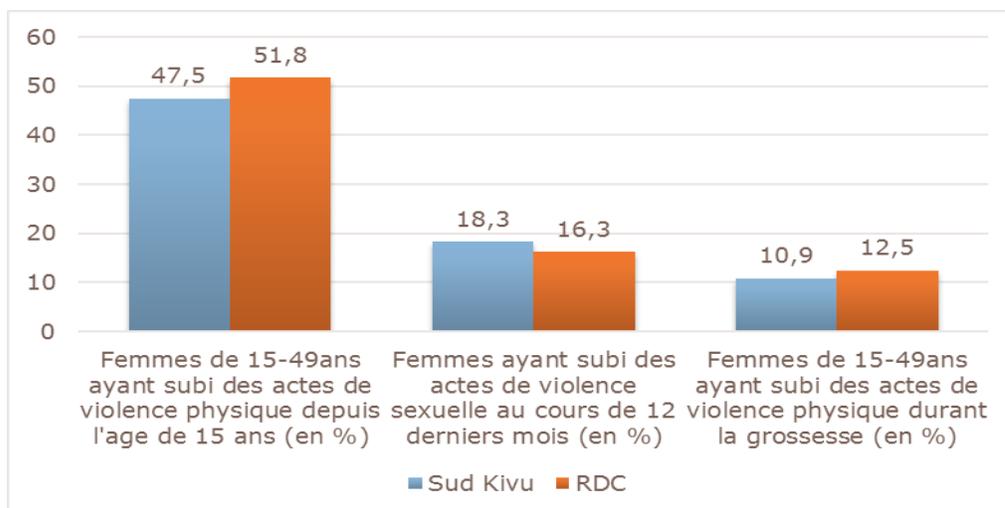
Graphique n°20 : Type de décision auxquelles participent les femmes dans le ménage (en % de femme)



La participation des femmes dans la prise de décision dans le ménage au sud-kivu, intervient principalement lorsqu'il y a achat important car elle y participe à 78.9%, pour ses soins de santé à 66% et la visite de ses parents à 69.5%. Tandis qu'en RDC, la femme intervient à 59.8% dans l'achat important pour le ménage, à 46.3% pour ses soins de santé et 54.2% pour sa visite à la famille. Au vu de ce résultat nous constatons que la femme s'intéresse moins sur les soins de santé.

4.5. Violence domestique

Graphique n°21 : Pourcentage de femmes selon le type de violence subie

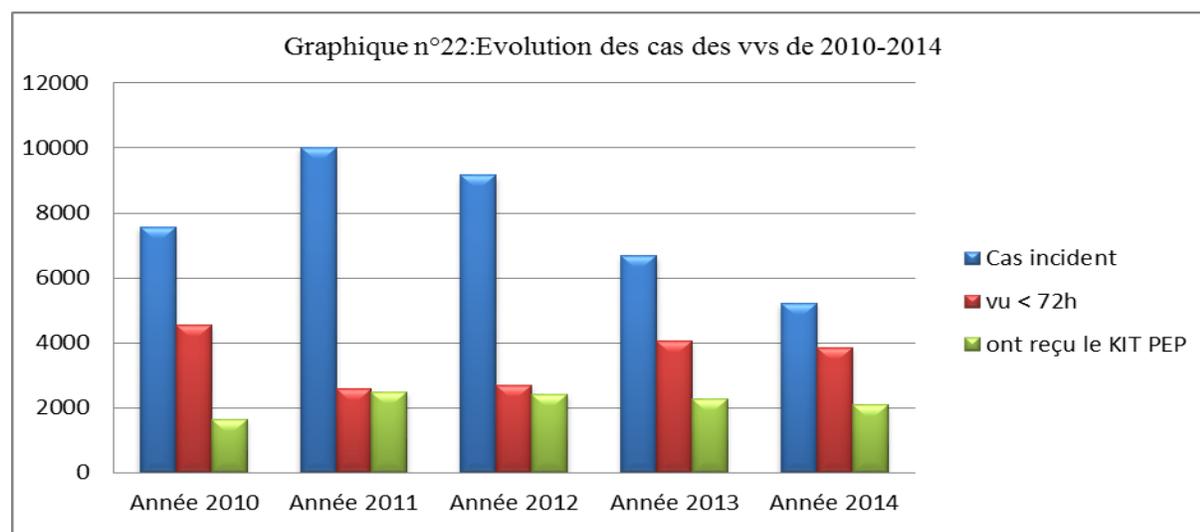


Depuis l'âge de 15 ans près de 47.5% de femmes subissent des violences physiques au sud-Kivu, contre 51.8% en RDC ; au cours de 12 derniers mois 18.3% ont subi des actes de violence sexuelle au Sud-Kivu contre 16.3% en RDC et 10.9% des femmes ayant des grossesses ont subi des actes de violence physique contre 12.5% en RDC.

4.6. Violence basée sur le genre

Indicateurs /Territoire	ND	Hors province	Buka vu	Walun gu	Kaba re	Mwen ga	Kale he	Idjwi	Uvi ra	Fizi	Shabu nda	Tot SK
Nombre de cas rapportés	31	24	192	479	543	83	420	28	151	477	33	2461
Nombre de cas incidents	31	24	178	266	347	39	274	18	86	241	19	1523
Profil des auteurs présumés												
Civils	29	22	188	417	503	71	327	30	124	437	40	2188
FARDC/PNC	1	1	4	33	15	3	11	2	6	43	2	121
Miliciens	3	3	1	58	39	21	95	7	41	53	8	329
Proportion de survivant(e)s reçu(e)s dans les structures d'offre des services par volet de prise en charge												
Prise en charge médicale	33	26	199	431	530	86	352	31	129	438	41	2296
Accompagnement psychosocial	27	6	39	322	376	79	216	21	99	379	26	1590
Assistance Juridique / Judiciaire	1		1	47	92	2	18	8	2	1	1	189
Réinsertion Socioéconomique / Scolaire	7		0		1							

Source : Division provinciale du Genre, Famille et Enfant, rapport annuel, 2015.



Les cas incidents de victime de violence sexuelle étaient très élevés en 2011 avec 10000 cas et revu en baisse en 2014 à 5200 cas ; 4550 cas ont été vu dans 72 heures en 2010 ; contre 3800 cas en 2014. Les personnes ayant reçu le kit PEP en 2010 étaient 1600 contre 2100 en 2014.

CHAPITRE 5. SANTE DE L'ENFANT ET DE LA MERE

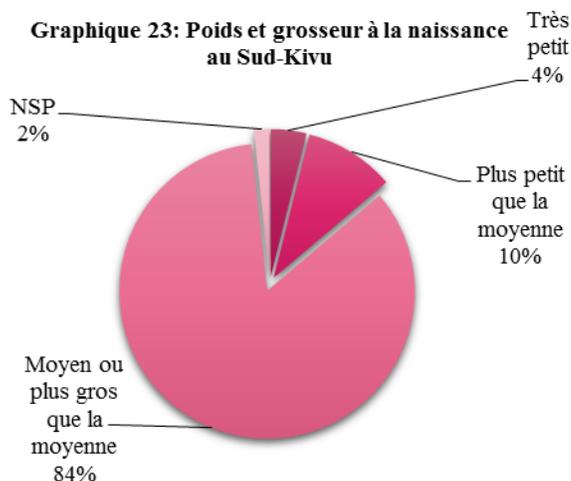
5.6. SANTE DE L'ENFANT

OMD 4: Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Cible 5 : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

5.6.1. Poids et grosseur à la naissance

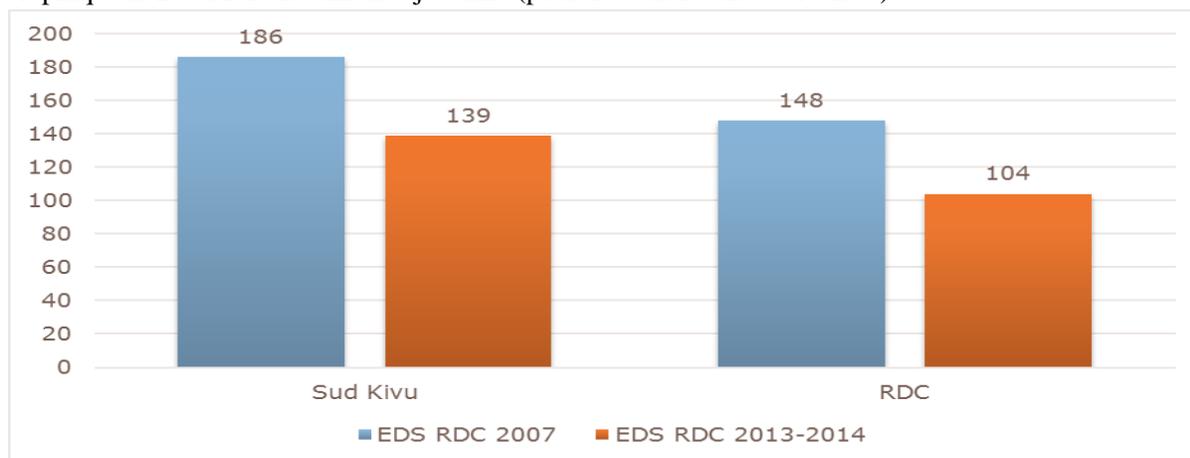
Au Sud-Kivu, les proportions sont du très petit, plus petit que la moyenne et moyen ou plus gros sont supérieures aux moyennes nationales successivement de 3,9% ; 9,9% et 84,5%. Les résultats montrent aussi que des 92,5% des toutes les naissances, dont le poids a été déclaré à la naissance, 11% d'enfants ont eu un poids inférieur à 2, kg5.



Le poids de l'enfant à la naissance est un déterminant important de l'état de santé du nouveau-né ainsi que du niveau de la mortalité des enfants. Un nouveau-né qui pèse moins de 2,5 kg à la naissance court plus de risques de mourir dans la première enfance ou de présenter des séquelles psychomotrices plus tard que les enfants dont le poids à la naissance est normal. Le suivi des femmes enceintes au cours des consultations prénatales permet de prévenir les risques de mortalité du nouveau-né ainsi que de la mère.

5.6.2. Mortalité infanto-juvénile

Graphique n°24 : Mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)



Malgré une baisse de 47% entre 2007(186‰, derrière la Province du Maniema) et 2013-2014, le Sud Kivu a le taux de mortalité Infanto juvénile le plus élevé du pays (139‰).

En d'autres termes, au Sud Kivu, près d'un enfant et demie sur dix meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans

La mortalité néonatales (Cause 28.5 % de la mortalité infanto-juvénile)

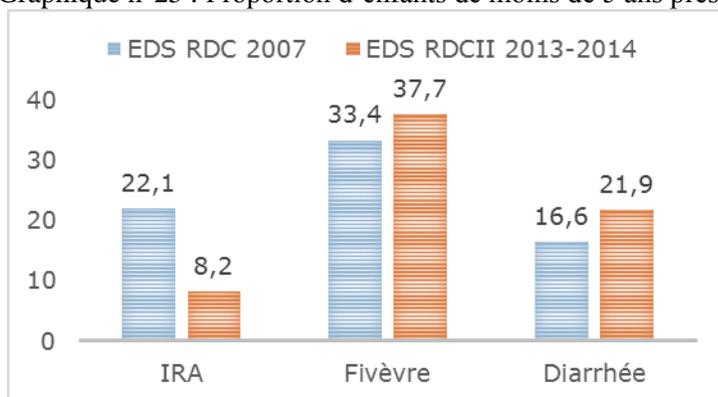
Quels sont les principales maladies des enfants, déterminant de la mortalité infanto-juvénile ?

La **mortalité néonatale** est l'ensemble des enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28e jour de vie. On distingue la « mortalité néonatale précoce », pour les décès durant la première semaine, de la « mortalité néonatale tardive », pour ceux des trois semaines suivantes.

5.6.3. Maladies des enfants

5.6.3.1. IRA, Fièvre, Diarrhée – Cause de plus 17.5 % de la mortalité infanto-juvénile

Graphique n°25 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant un symptôme de maladie.

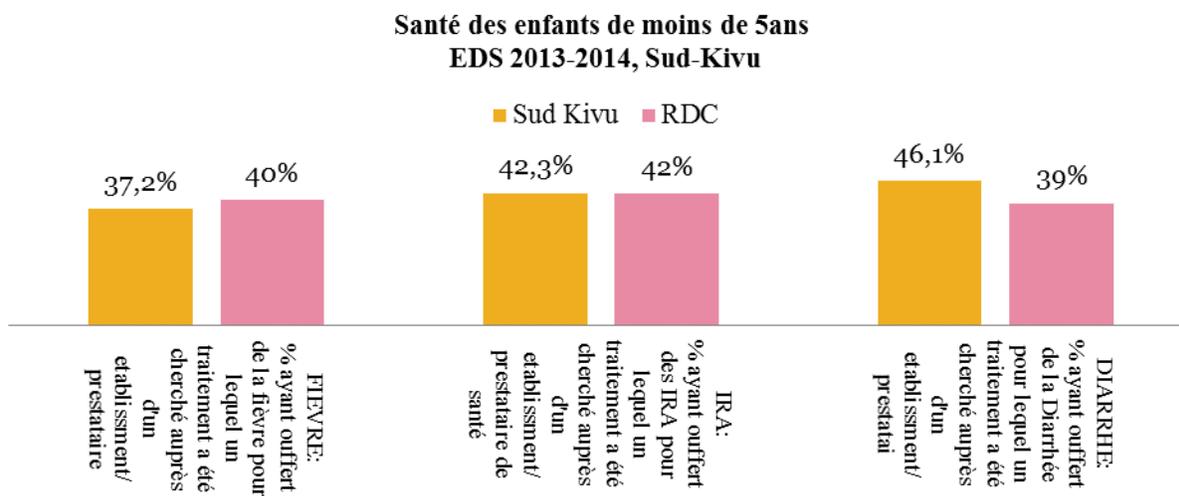


Hormis les IRA qui ont baissé de 13,9%, la tendance des différentes maladies tueuses de l'enfant est à la hausse successivement de 4,3% pour la fièvre et 5,3% pour la Diarrhée entre 2007 et 2013.

Parmi les enfants de moins de cinq ans au Sud Kivu : 8,2% de ceux qui ont présenté des symptômes d'Infection Respiratoire Aiguë IRA, 37,7% ont eu de la fièvre et 21,9% ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.

5.6.3.1.1. Traitement des maladies des enfants (IRA, Fièvre, Diarrhée)

Graphique 26 : Maladies des enfants de moins de 5 ans (IRA, Diarrhée, paludisme)



Ce graphique montre que la pathologie dominante chez les enfants de moins de 5 ans reste la diarrhée pour le Sud-Kivu. Ce qui s'explique par le fait que c'est dans cette tranche d'âge que la malnutrition est accrue

Le Sud-Kivu a atteint des proportions d'enfants (parmi les 37,7% avec fièvre) ayant recherché des conseils ou un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé, inférieures à la moyenne nationale et parmi les plus faibles(37,2). Cette prévalence de la fièvre a baissé de 16 points entre 2007 (53,2%) et 2013-2014.

Pour ce qui est des IRA, la proportion d'enfants (parmi le 8.2% avec symptômes d'IRA) ayant recherché un traitement auprès d'un prestataire de santé (42,3%) est l'une des plus élevée de la RDC, elle est presque égale à la moyenne nationale. Cette prévalence n'a pas variée au cours de la période allant de 2007 à 2013-2014.

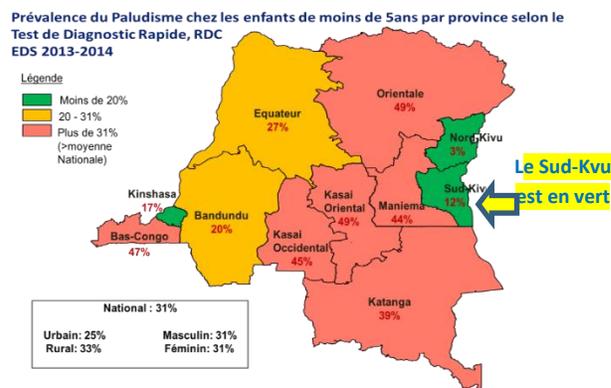
Quant à la Diarrhée, la proportion d'enfant avec diarrhée ayant recherché le traitement auprès d'un prestataire de santé (46,1%) est également l'une des plus élevée de la RDC (la 2^{ème} après celle du Maniema 70,3%), elle est au-delà de la moyenne nationale. Elle a connu une hausse de 13,9 points entre 2007 et 2013-2014.

5.6.3.2. Le Paludisme (Cause 17.5 % de la mortalité infanto-juvénile)

5.6.3.2.1. Prévalence du Paludisme Carte n°2 : Prévalence du Paludisme chez les enfants

Les résultats du TDR et de l'examen de la goutte épaisse indiquent que 31 % d'enfants de 6-59 mois ont été trouvés positifs en RDC. Au Sud-Kivu, cette proportion est de 12,0 %.

La prévalence du paludisme établie à partir de l'examen microscopique de la goutte épaisse est plus faible (23 %) en RDC contre 9,9% au Sud-Kivu.



5.6.3.2.2. Prévention du paludisme

La **grande stratégie** adoptée par le **PNLP** pour **lutter** contre les vecteurs du **paludisme** en attendant que le pays dispose des moyens conséquents pour entamer les grands travaux de voirie et d'aménagement de l'habitat partout en RDC, consiste en l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à large échelle.

La proportion d'enfants ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une MII est de 58 %. Cette proportion est peu différente entre milieu de résidence : 55 % en urbain et 57 % en milieu rural. Dans les ménages ayant une MII, la proportion d'enfants de moins de 5ans qui ont dormi sous MII la nuit ayant précédé l'enquête est de 77,5% : ainsi les enfants sont privilégiés en cas du nombre insuffisant de MII dans le ménage. D'autre part, on constate que parmi les femmes enceintes, trois sur cinq se sont protégées ont dormi sous MII soit 61,9%.

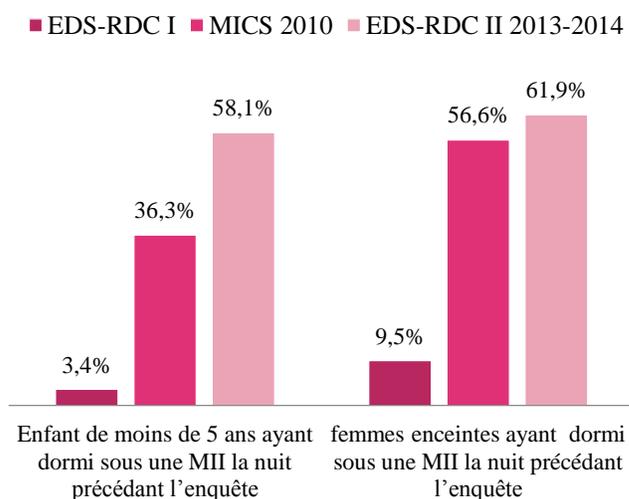
Dans les ménages ayant une MII, la proportion de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous MII la nuit ayant précédé l'enquête s'établit à 80,5%. L'utilisation de MII est en nette progression probablement amélioré après la campagne de distribution de MII en 2012.

5.6.3.2.3. Traitement du paludisme

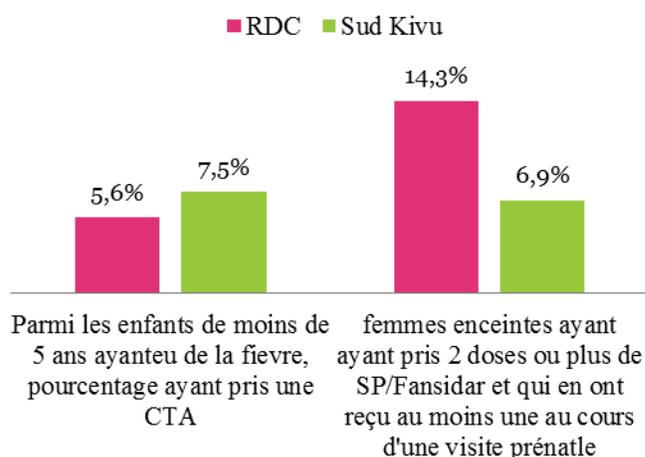
EDS-RDCII fait observer que seulement 14,3% de femmes ont pris plus de 2 doses de Fansidar en RDC et seulement 6,9% au Sud-Kivu. Cette proportion est l'une des plus faibles de la RDC après celles du Kasai Orientale 6,3%.

Tandis que parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre seul en moyenne 5,6% ont pris de la CTA sur toute l'étendue de la RDC ; 7,5% pour la Province du Sud-Kivu. Cette proportion est l'une des plus élevée du pays (la 2^{ème} après celle du Maniema 12,0%).

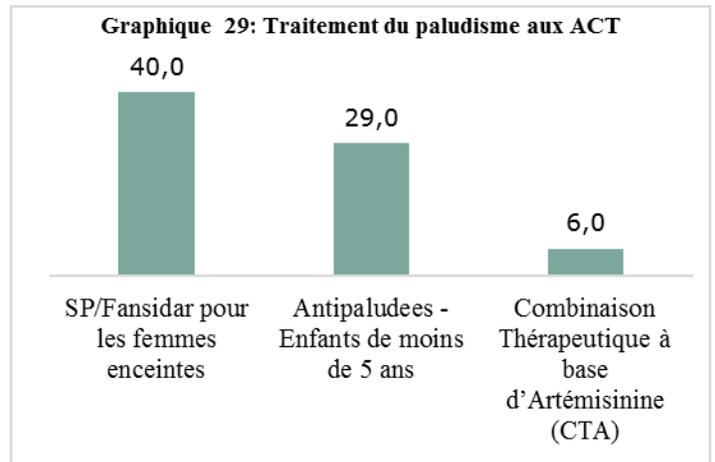
Graphique 27: Utilisation des moustiquaires EDS-RDCI, MICS 2010 et EDS-RDCII 2013-2014 au Sud-Kivu



Graphique 28: Traitement du paludisme a l'ACT et au Fansidar



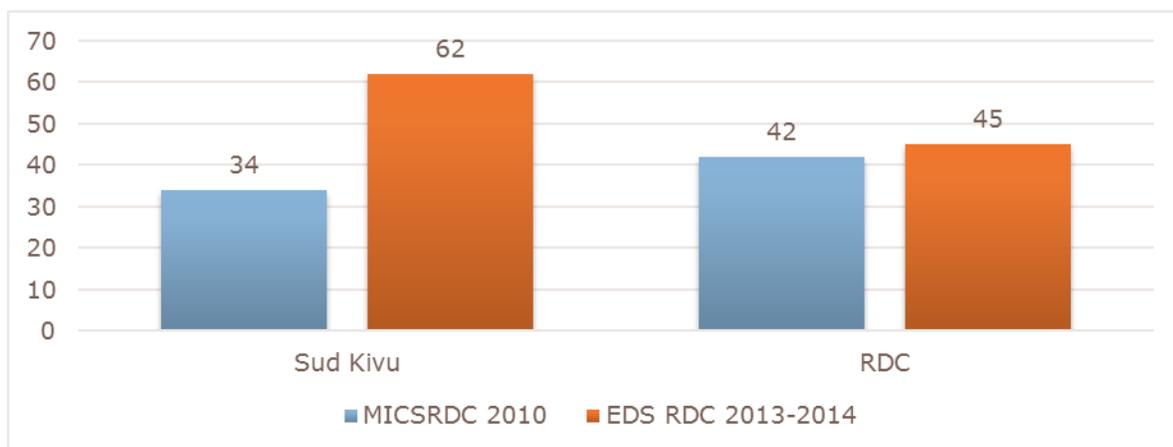
Parmi les enfants de moins de cinq ans qui avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, près de trois sur dix (29 %) ont été traités avec des antipaludéens, mais 6 % seulement avec une Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA). Trois enfants sur dix (31 %) ont été testés positifs au Test de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme et 23 % à la goutte épaisse.



Il est recommandé que les femmes enceintes prennent, à titre préventif, 2 doses de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) /Fansidar comme traitement préventif intermittent (TPIg)

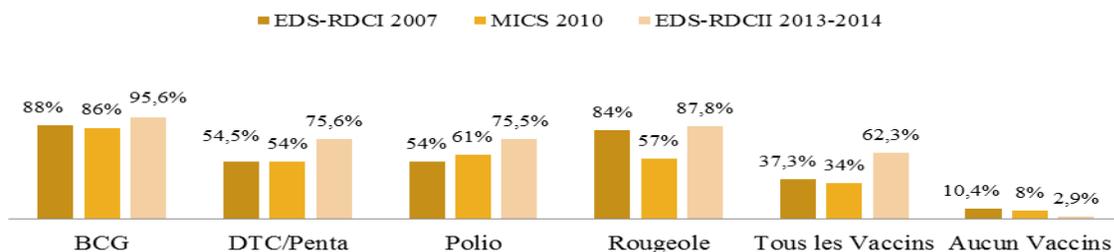
5.6.4. Vaccination des enfants

Graphique n°30 : Enfant de 12-23 mois complètement vaccinés : ayant reçu tous les vaccins (en %)



Ce graphique montre que la proportion des enfants de 12 à 23 mois qui ont achevés leur calendrier vaccinal (vaccination complète des enfants de 12 à 23 mois) est en nette progression de presque double en moins de 4 ans. Cette couverture devrait être au-delà de ce chiffre ni été une période de rupture de vaccin qu'à connue la RD Congo

Graphique 31: Vaccination des enfants de 12-23 mois selon EDS-RDCI 2007, MICS 2010 et EDS-RDCII 2013-2014 au Sud-Kivu

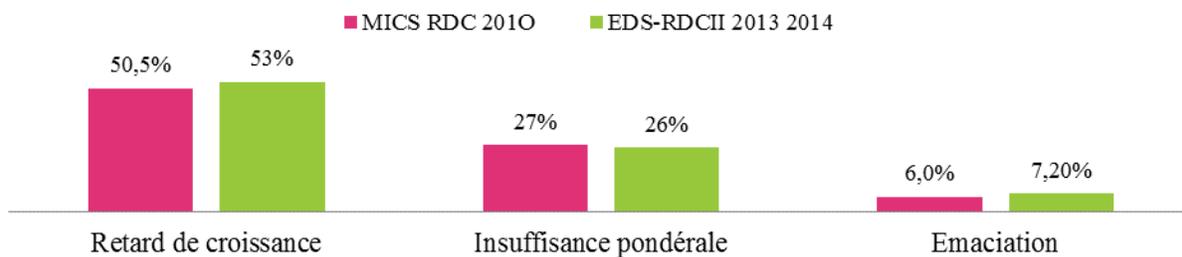


Les résultats montrent que 95,6 % des enfants de 12-23 mois au Sud-Kivu ont reçu le vaccin du BCG, 75,6 % ont reçu les trois doses de pentavalent, 75,5 % ont reçu trois doses de vaccin contre la poliomyélite et 87,8% ont été vacciné contre la rougeole.

5.6.5. Nutrition

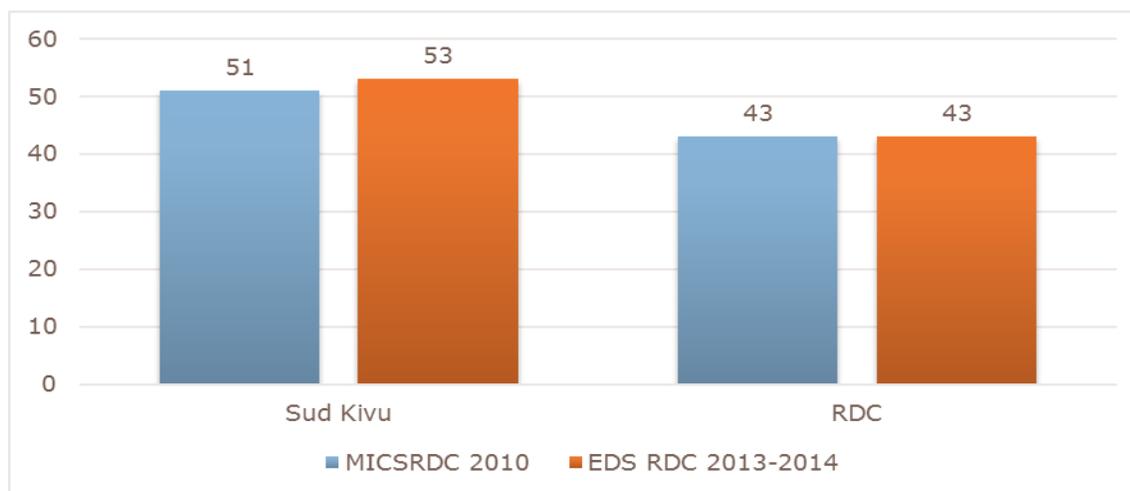
L'état nutritionnel des enfants est mesuré par le pourcentage des enfants de moins de 5 ans considérés comme atteints de malnutrition selon trois indices anthropométriques : taille en fonction de l'âge, poids en fonction de la taille et poids en fonction de l'âge.

Graphique n°32: Evolution de la Malnutrition des enfants de moins de 5 ans au Sud-Kivu selon MICS RDC 2010 et EDS-RDCII 2013 2014



Selon le graphique ci-joints, au Sud Kivu, parmi les enfants de moins de 5 ans, 53% ont une taille trop petite par rapport à leur âge et accusent donc un retard de croissance ou souffrent de malnutrition chronique, Il ressort que 7,2% d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'une malnutrition aiguë ou ils sont trop maigres pour leurs tailles et 26% des enfants de moins de 5 ans présentent une insuffisance pondérale ou ils sont trop maigres par rapport à leurs âges

Graphique n°33 : Enfants souffrant de Malnutrition chronique : retard de croissance (en %)

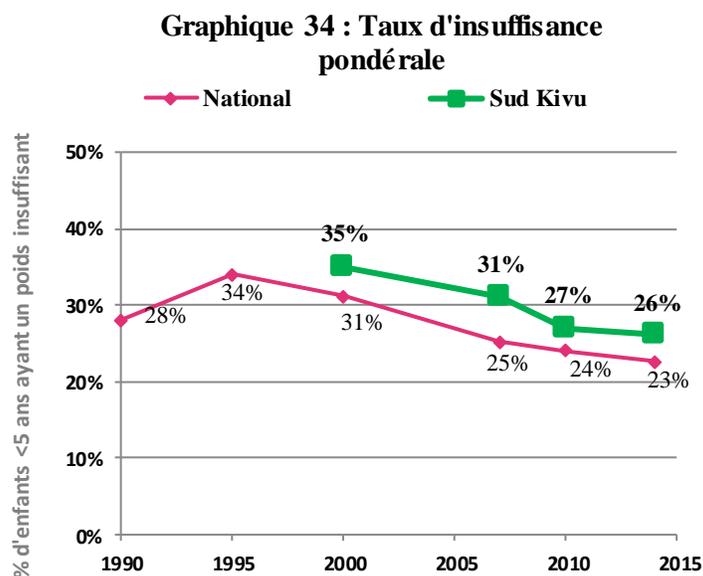


Au Sud Kivu, 53% d'enfants de moins de 5 ans souffrent de la malnutrition chronique, une proportion largement supérieure à la moyenne nationale (43%). Elle est la plus élevée du pays et a augmentée de 2,7% entre 2013-2014. Cela s'explique par le fait que dans plusieurs coins de la province, règne une insécurité ce qui fait qu'il y a une instabilité de la population en plus du fait que plusieurs partenaires qui appuient le volet nutrition ce sont retirés.

5.6.6. Allaitement et alimentation de complément

L'insuffisance pondérale augmente le risque de maladies diverses parmi lesquelles on peut citer plusieurs infections mais peut également être le symptôme de certaines d'entre elles.

Ce graphique démontre que l'insuffisance pondérale demeure un problème au Sud-Kivu avec 26% et la Province n'atteindra pas cet objectif en 2015, la baisse étant très lente (de 5 points de 2007 à 2013-2014). L'objectif étant d'éliminer l'extrême pauvreté et la faim avec comme cible réduire de moitié, entre 1990 et 2015 la proportion de la population qui souffre de la faim soit atteindre 14%. Le Sud-Kivu reste parmi les Provinces ayant les taux les plus élevés de la RDC (la 4^{ème}) derrière le Maniema, le Kasai Occidental et le Bas-Congo.



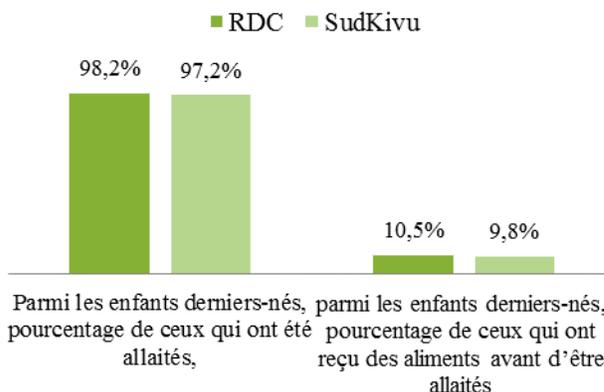
Au Sud-Kivu, 97,2% d'enfants derniers-nés de moins de 2 ans ont été allaités dont 54% dans l'heure qui a suivi la naissance et 9,8 ont reçu des aliments avant l'allaitement, des pourcentages proches de ceux du niveau national.

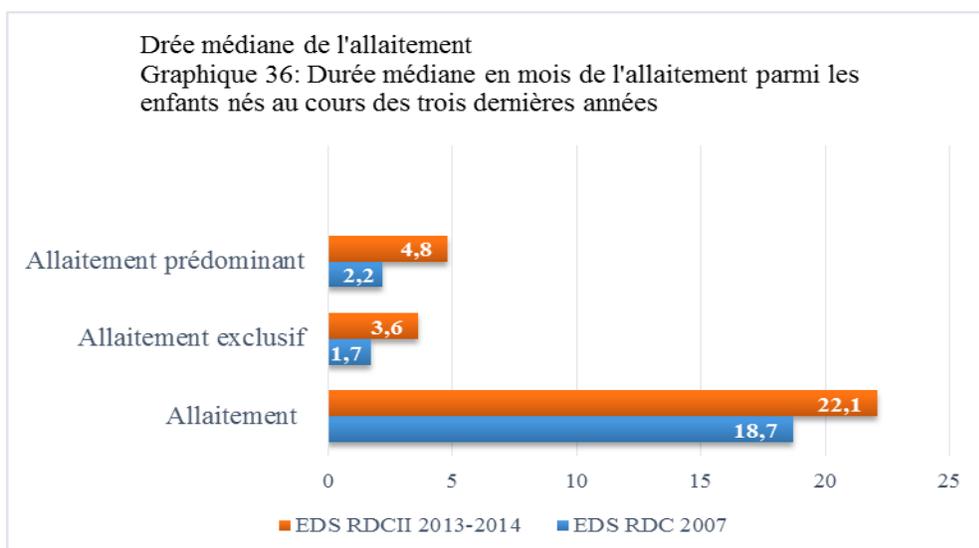
Pour ce qui concerne la durée et la fréquence, la moitié d'enfants de moins de 3 ans sont allaités pour une durée de 22,1 mois, cependant en ce qui concerne l'allaitement maternel exclusif, la durée médiane est de 4,6 mois, 3,6 mois au Sud-Kivu et celle de l'allaitement prédominant est estimée à 5,6 mois ; au Sud-Kivu 4,8 mois.

Cette durée diminue au fur et à mesure que le niveau de vie du ménage augmente.

Les pratiques d'alimentation constituent les facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui, à son tour, affecte la morbidité et la mortalité de ces enfants. Parmi ces pratiques, celles concernant l'allaitement revêtent une importance particulière. L'allaitement exclusif les 6 premiers mois est recommandée car elle évite d'exposer les enfants aux agents pathogènes et ainsi diminue le risque de contracter des maladies infectieuses, en particulier la diarrhée

Graphique 35: Allaitement initial des derniers-nés





5.7. SANTE DE LA MERE

5.7.1. La Mortalité maternelle

OMD 5: Améliorer la santé maternelle

Cible 6: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

Le terme « **mortalité maternelle** » utilisé dans ce chapitre (et dans l'EDS), correspond à la notion de « mortalité liée à la grossesse » telle que définie dans la dernière Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Selon la CIM-10, un décès lié à la grossesse est défini comme étant le décès d'une femme pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quelle que soit la cause du décès (OMS, 2004)

Quelle est le niveau de mortalité maternelle en RDC ?

- Le rapport de mortalité maternelle est estimé à 846 décès pour 100 000 naissances vivantes pour les sept années précédant l'EDS-RDC II.
 - Selon EDS-RDC II, les femmes courent un risque de 1 sur 18 de décéder de cause maternelle pendant les âges de procréation.
 - Selon EDS-RDC II, les décès maternels représentent 35 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans.
 - Les données de la mortalité maternelles ne peuvent pas être désagrégées au niveau provinciale ;
- L'amélioration de la santé maternelle par la diminution des risques à l'accouchement et la mise en place de programmes visant à développer chez les adolescents et les jeunes des comportements, des attitudes et des pratiques favorables à une sexualité responsable et au bien-être constituent l'un des objectifs du Ministère de la Santé Publique.

Quelles sont les causes de ces décès liés à la grossesse ?

Les informations disponibles montrent de façon non explicite que les principales causes de la mortalité maternelle sont :

1. Liés à la fécondité :
 - a. les grossesses trop précoces,
 - b. les grossesses trop tardives,
 - c. les grossesses trop rapprochées
 - d. les grossesses trop nombreuses
2. Liés aux soins apportés à la mère avant, pendant et après l'accouchement

5.7.1.1. La Fécondité.

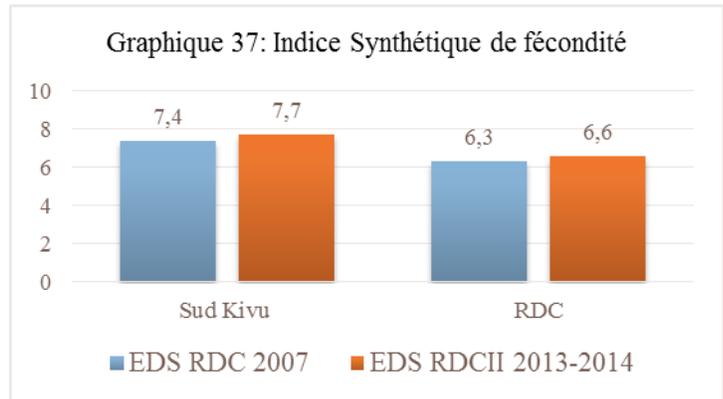
Quels sont les risques liés à la fécondité ?

1. Grossesses trop nombreuses ou trop rapprochées ?

Niveau de la fécondité

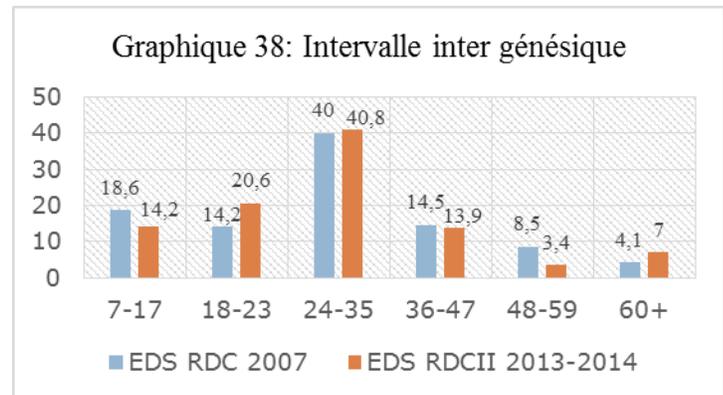
Au Sud-Kivu, le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 7,4 en 2007 (EDS-RDCI 2007) à 7,7 en 2014 (EDS-RDC II 2013-2014).

Avec cette moyenne le Sud-Kivu, est légèrement au-dessus de la moyenne nationale. Cette proportion classe le Sud-Kivu en troisième position en RDC après le Kasai Occidental (8,2) et le Katanga (7,8).



Intervalle inter génésique

L'intervalle de temps qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur l'état de santé de la mère et sur celui de l'enfant. L'EDS note également que le nombre médian de mois depuis la naissance précédente est 27,8 en 2007 et 27,3 en 2013-2014.

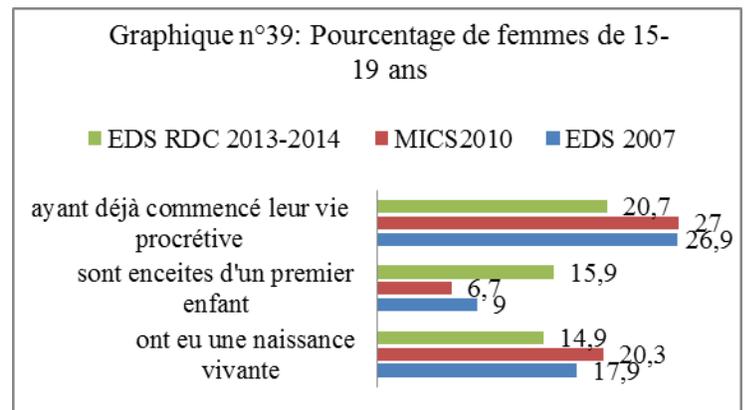


Grossesses trop précoces ou trop tardives ?

Fécondité des adolescents

Au Sud-Kivu, la fécondité des adolescents a baissé de 6,3% comparativement à 2010 et de 5,8% comparativement à 2007.

En effet, les résultats de l'EDS-RDCII 2013-2014 montrent qu'une jeune fille de 15 -19 ans sur cinq (20,7%) a déjà commencé sa vie féconde, 14,9% sont déjà mères et 15,9% sont actuellement enceintes pour la première fois.



Age à la première naissance

Est l'âge auquel les femmes ont leur première naissance. C'est-à dire l'âge auquel 50 % de femmes ont déjà eu leur premier enfant. Au Sud-Kivu il est estimé 19,6 ans pour celle de 25-49 ans. L'âge médian à la première naissance des femmes présente des variations importantes selon le niveau d'instruction, le statut économique du ménage, le milieu et la province de résidence des femmes

Age à la première union

Est l'âge auquel une personne a commencé à vivre avec son premier époux/épouse/partenaire. L'âge d'entrée en union des femmes et des hommes au Sud Kivu est assez précoce. Il est de 18,3 ans pour les femmes âgées de 25 à 49 ans et 23,6 ans pour les hommes de 25 à 49 ans. l'âge à la première union a connu une baisse légère entre 2007 et 2013-2014 pour les 2 sexes. L'âge médian à la première union varie selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et les quintiles de bien-être économique.

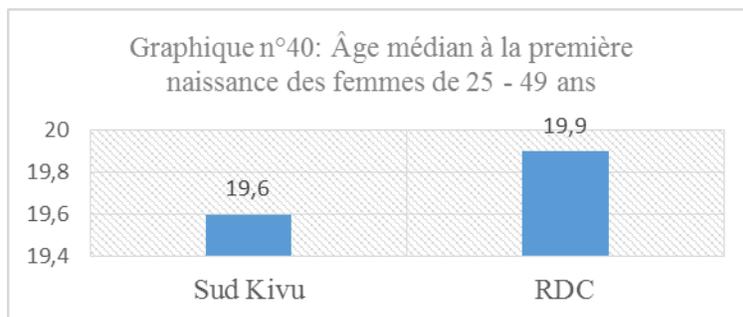
Agés aux premiers rapports sexuels

Est l'âge qu'avait une personne lors de ses premiers rapports sexuels. Au Sud-Kivu les résultats de l'EDS 2013-2014 montrent que chez les femmes comme chez les hommes, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est antérieur à celui de la première union. 17,7 ans contre 18,3 ans pour les femmes de 25-49 ans et 18 ans contre 23,6 ans pour les hommes de la même tranche d'âge.

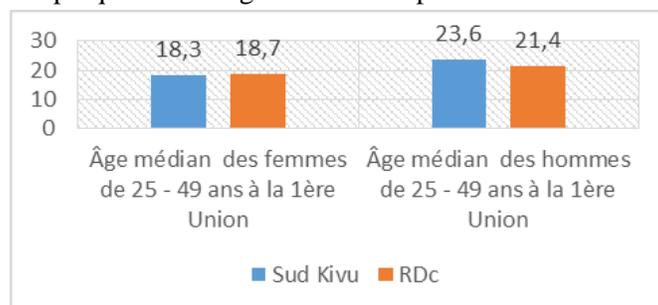
5.7.1.2. La planification Familiale.

Quelles est le besoin en matière de planification familiale et les moyens en place ?

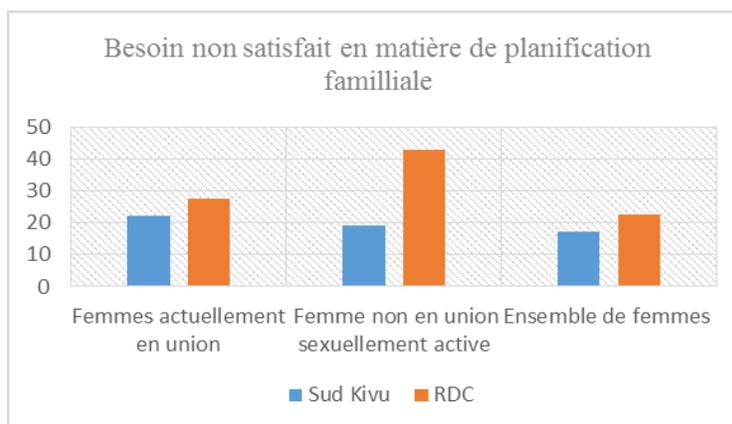
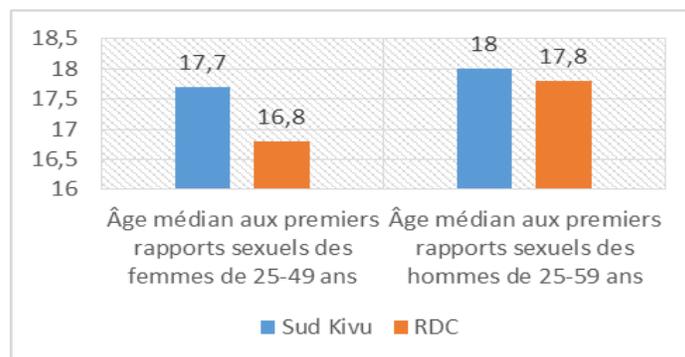
Au Sud Kivu, la proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est estimée à 22,1 %, dont la grande majorité aurait davantage besoin d'utiliser la contraception pour espacer (18%) que pour limiter (4,1%) les naissances. celle de femmes non en union sexuellement actives ayant des besoins est estimée à 19%. non satisfaits en matière de planification familiale



Graphique n°41 : Age médian à la première union



Graphique n°42 : Age médian aux 1ers rapports sexuels



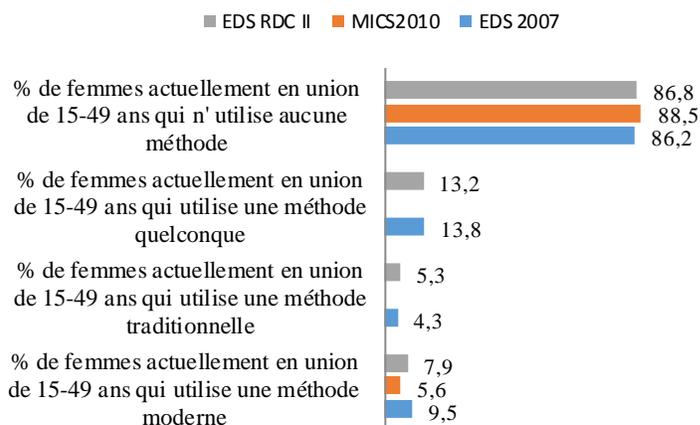
Utilisation actuelle de la contraception

86,8% de femmes actuellement en union n'utilise aucune méthode contraceptive, 13,2% utilise une méthode quelconque, 5,3% une méthode traditionnellement 7,9% une méthode moderne. L'utilisation de la méthode moderne a augmenté de 2,3%, entre 2010 et 2013-2014.

Notons également que la proportion de femmes en union qui n'utilise aucune méthode a baissé de 1,7% entre 2010 et 2013-2014.

L'utilisation des méthodes contraceptives est influencée par le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique du ménage.

Graphique n°44: Utilisation actuelle de la contraception pour cent-femme 15-49 ans



5.8. SANTE DE LA REPRODUCTION

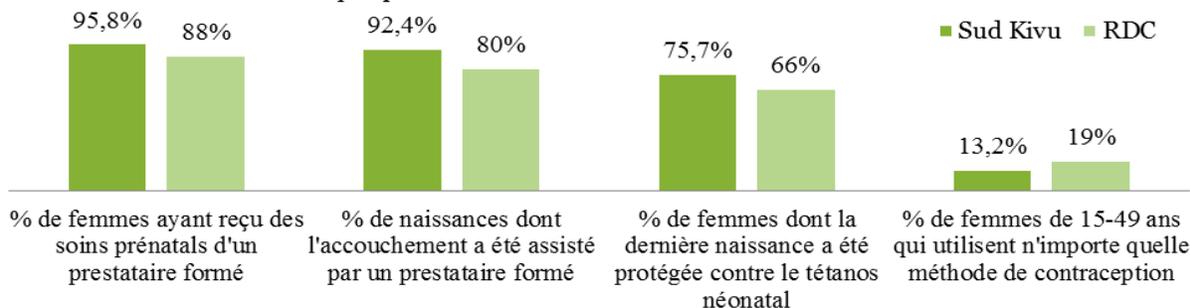
Quelles sont les risques liés aux soins apportés à la mère avant, pendant et après l'accouchement ?

Les soins de santé qu'une mère reçoit au cours de sa grossesse, au moment de l'accouchement et après l'accouchement sont très importants, non seulement pour sa survie et son bien-être, mais aussi pour celui de l'enfant.

La réduction de la mortalité des enfants est due à des causes évitables, l'amélioration de la santé maternelle par la diminution des risques à l'accouchement et la mise en place des programmes visant à développer chez les adolescents et les jeunes des comportements, des attitudes et des pratiques favorables à une sexualité responsable et au bien-être constituent l'un des piliers de la lutte contre la mortalité des enfants.

5.8.1. Soins prénatals

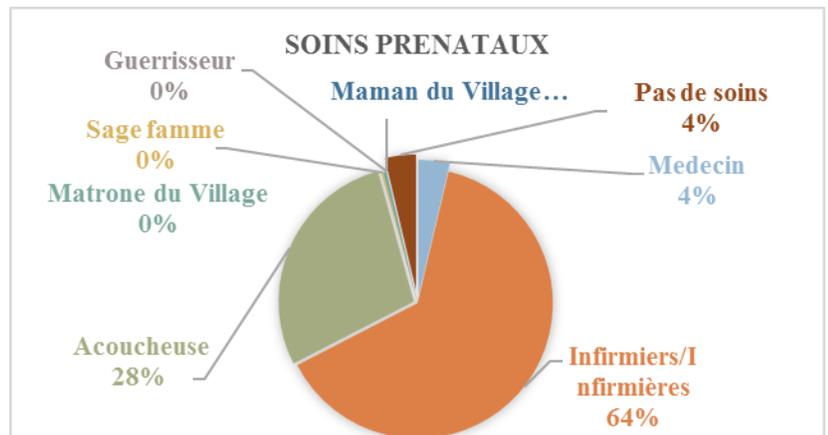
Graphique 45: Santé maternelle des femmes de 15-49 ans



Pour les naissances survenues dans les 5 années ayant précédé l'enquête, dans l'ensemble de la RDC 88,4% de mères ont reçu des soins prénatals par un personnel formé.

Au Sud-Kivu, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals dispensés par du personnel formé est de 95,8% (63,8 par des infirmières et infirmiers ; 28,3 par des accoucheuses, 4,2 par les aides accoucheuses et 3,7 par des médecins). Ce pourcentage est supérieur à la moyenne nationale. Comparée à l'EDS-RDC de 2007, on observe une amélioration de la couverture en soins prénatals passant de 79,4% à 95,8%.

Graphique n° 46 : Soins prénatal



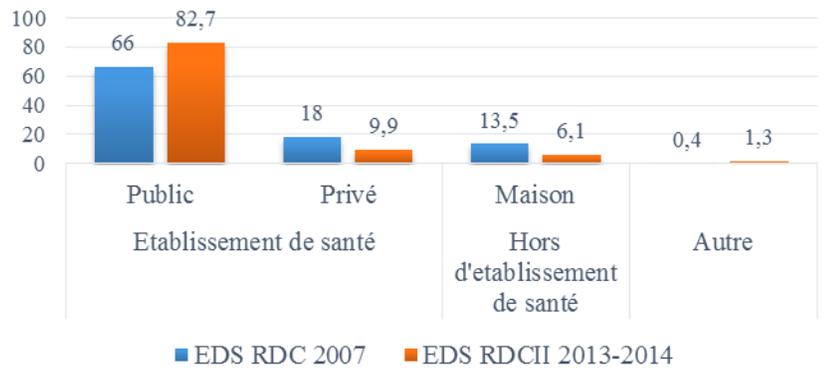
5.8.2. Accouchement (lieu et assistance)

Au Sud-Kivu, 92,6% de naissances se sont déroulées dans un établissement de santé soit une proportion supérieure à la moyenne nationale, dont 82,7% dans le secteur public et 9,9% dans le secteur privé. 92,4% d'accouchement ont été assistés par un prestataire formé.

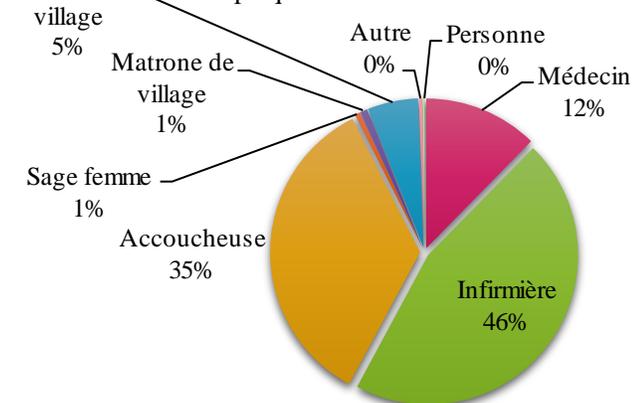
Comparées avec les données de 2007, la proportion de femmes ayant accouché à domicile a diminué, passant de 13,5 % à 6,1 % en 2013/2014; dans la même période, la proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement sanitaire est passée de 70 % à 92,6 %.

Le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le niveau de bien-être du ménage influent sur le lieu d'accouchement des femmes.

Graphique 47: Lieu d'accouchement
Pourcentage de naissance vivantes survenus

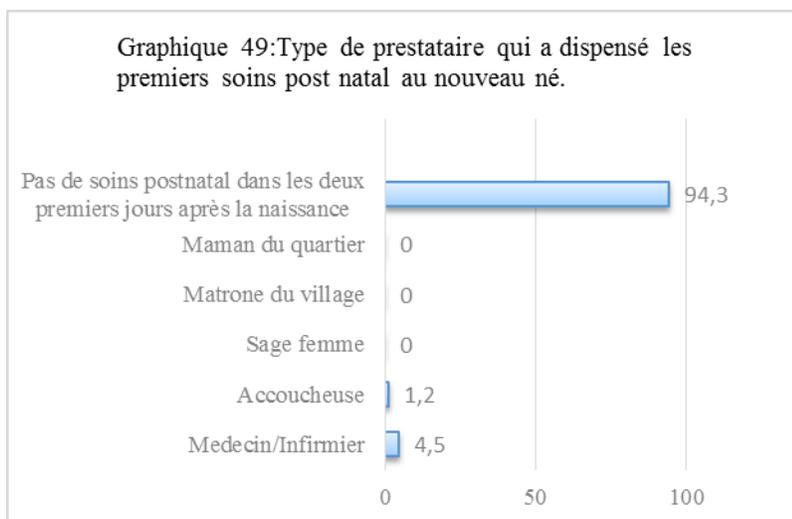


Graphique n°48: Assistance lors de l'accouchement



5.8.3. Soins postnatals

Au Sud-Kivu, 94,3% d'enfants n'ont pas reçu de soins post natal. Ce sont surtout les médecins/infirmières pour 4,5% des cas et les accoucheuses pour 1,2% des cas qui ont dispensé les premiers soins dans les 48 heures après la naissance.



5.9. VIH/SIDA

OMD 6: Combattre le VIH/SIDA et le paludisme

Cible 7 : D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle

5.9.1. Taux de prévalence du VIH/SIDA

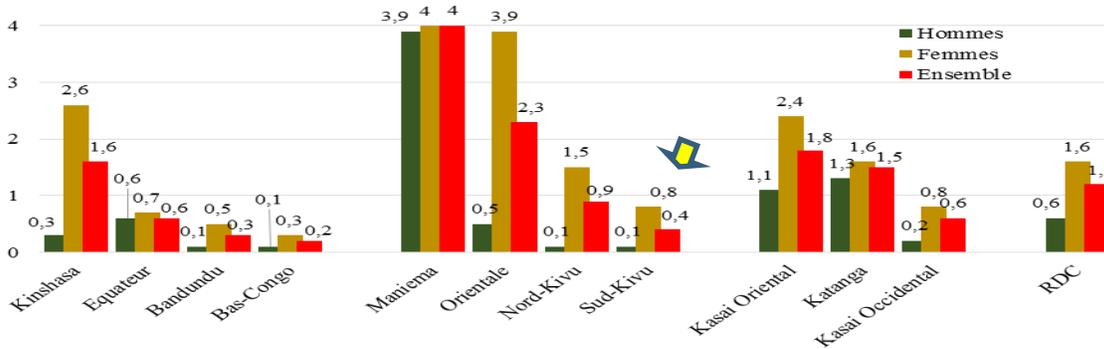
Les résultats de l'EDS-RDC II montrent que 1,2 % des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs, un taux qui était à 1.3% en 2007. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans (1,6 %) est près de trois fois plus élevé que celui estimé chez les hommes du même âge (0,6 %). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes d'environ 2,7 ; en d'autres termes, il y a 267 femmes infectées pour 100 hommes.

Au Sud-Kivu la prévalence se situe à 0,8%, ce qui est en bas de la moyenne nationale et classe la province parmi celles ayant un taux bas ; peut-être par le fait que 28% des femmes et 32,6% d'hommes ont une connaissance approfondie du VIH/SIDA une moyenne supérieure au national respectivement de 19% et 29%.

L'épidémie du VIH ne touche pas uniformément les différentes provinces de la RDC. Que ce soit chez les femmes ou les hommes.

L'enquête EDS, montre qu'au Sud-Kivu le virus du Sida infecte aujourd'hui 0.8 % de femmes et 0.1 % d'hommes

Graphique 50: Prévalence du VIH chez les hommes et les femmes par province./2014

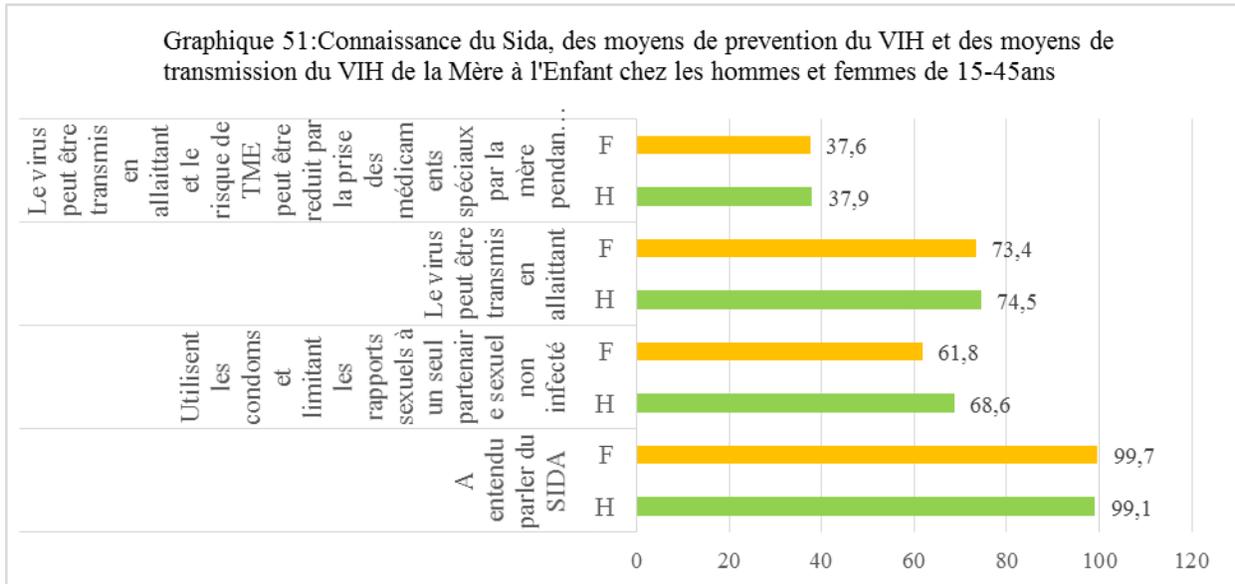


5.4.2. Connaissance et attitude/comportement vis-à-vis du VIH-SIDA.

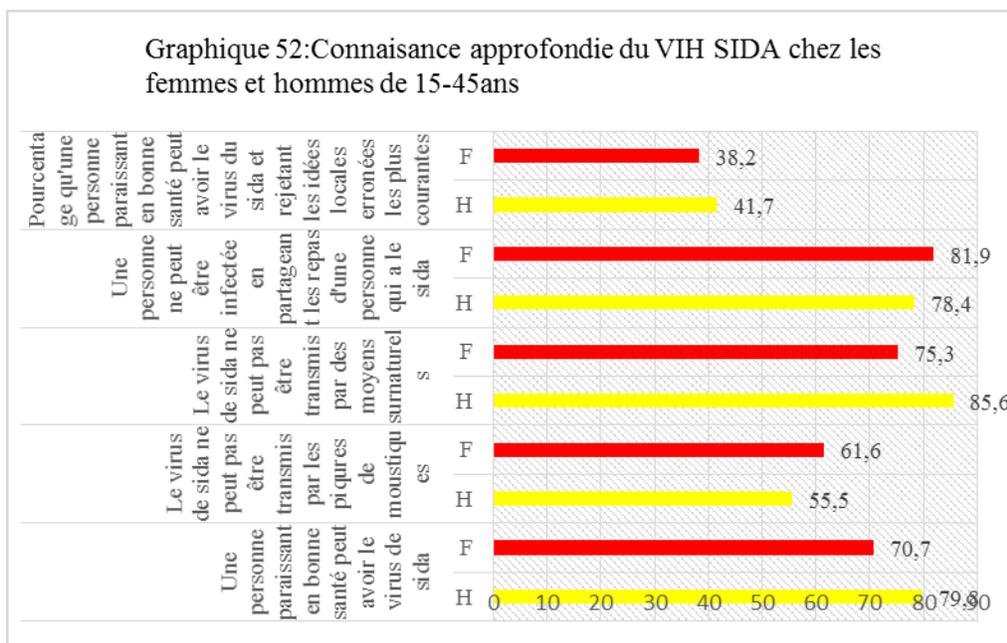
La population du Sud Kivu connaît-elle le VIH/SIDA et les attitudes/comportements pour prévenir les risques d'exposition ? Le programme de lutte contre le VIH SIDA est implanté dans toutes les 34 zones de santé de la Province du Sud Kivu. Le personnel soignant des différentes structures de santé et les relais communautaires sont outillés et font la sensibilisation dans la communauté dans la lutte contre le VIH SIDA. A Kinshasa la quasi-totalité des femmes (99 %) et des hommes (99 %) de 15-49 ans ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida. Six femmes sur dix (63.5%) et trois quart des hommes (75.1%) savent qu'utiliser des condoms et limiter les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté peuvent réduire les risques de contracter le virus du sida.

Plus de la moitié de femmes (59 %) et d'hommes (46 %), à Kinshasa, savent que le virus du sida peut être transmis de la mère à l'enfant au moment de l'allaitement. De plus, 54 % de femmes et 44 % d'hommes savent que le risque de transmission materno-fœtale peut être réduit par la prise de médicaments par la mère pendant la grossesse.

5.4.2.1. Connaissance du SIDA, des moyens de prévention et des transmissions



5.4.2.2. Connaissance approfondie du VIH/SIDA



5.10. AUTRES MALADIES SPECIFIQUES

La province connaît d'autres pathologies spécifiques. Il s'agit notamment de l'amibiase (43875 cas en 2010 contre 16 714 en moyenne en 2014), l'HTA (8425 cas en 2010 contre 3097 en moyenne en 2014), la tuberculose (2852 cas en 2010 contre 3301 en moyenne en 2014), le Diabète (2842 Cas en 2010 contre 1052 en moyenne en 2014) et le VIH/ SIDA (1899 cas en 2010 contre 509 en moyenne en 2014).

Source : PPDS Sud Kivu 2016-2020

CHAPITRE 6. PROTECTION DE L'ENFANT

6.3. Enregistrement des naissances d'enfants de moins de 5 ans

Selon EDS 2013-2014, 25% d'enfants de moins de 5 ans ont été enregistrés à l'état civil pour l'ensemble du pays, c'est le même taux pour le Sud-Kivu.

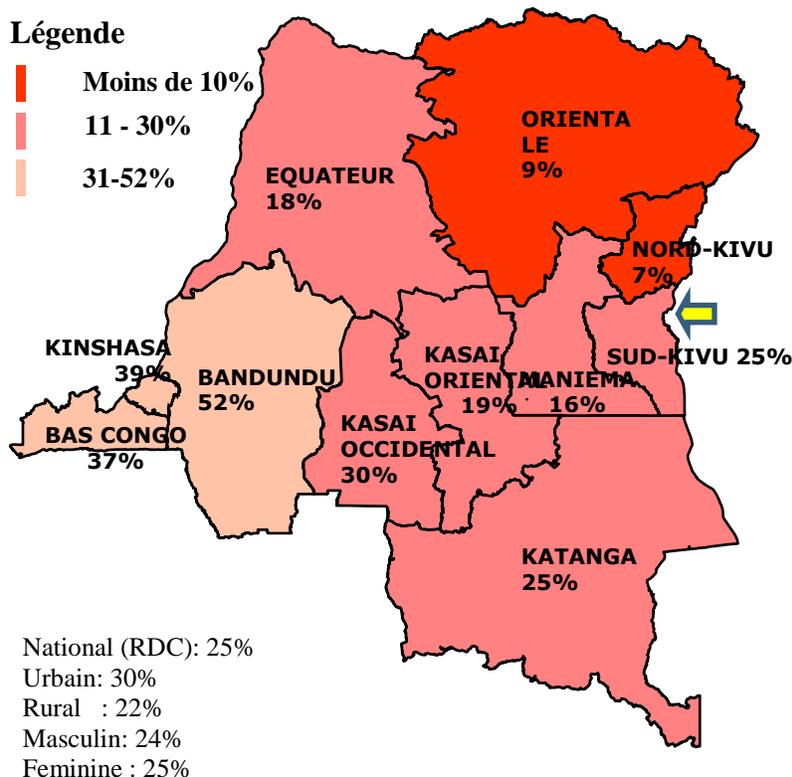
L'enregistrement de la naissance d'un enfant à l'état civil le rend légalement membre d'une famille et d'une nation, lui confère une nationalité ainsi que le droit d'être protégé par l'État quand la protection parentale fait défaut et de bénéficier des avantages sociaux quand ils existent.

Enregistrement des naissances d'enfants de moins de 5 ans

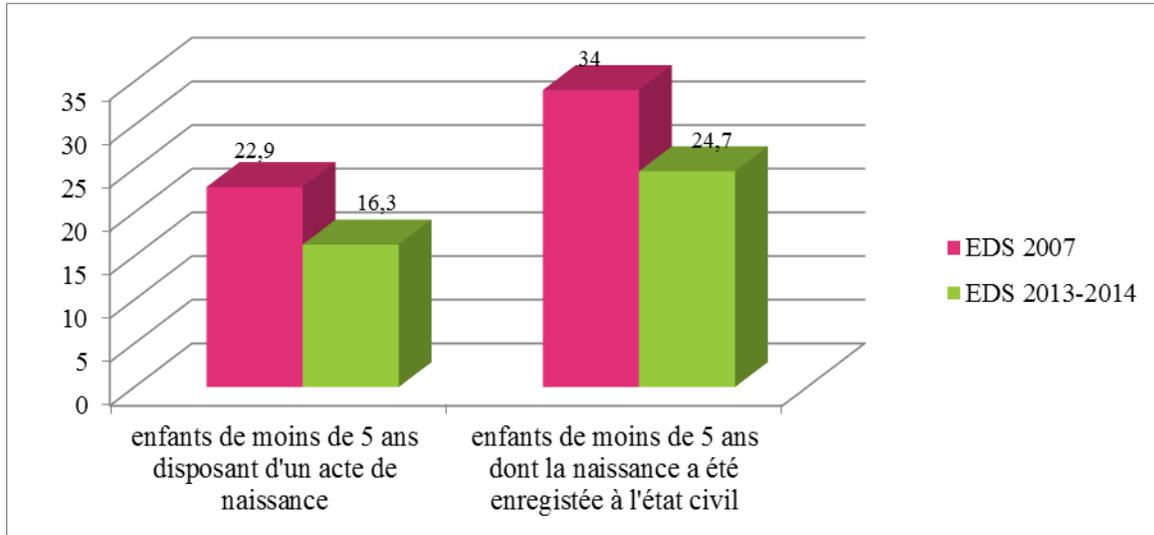
L'enregistrement de la naissance d'un enfant à l'état civil le rend légalement membre d'une famille et d'une nation, lui confère une nationalité ainsi que le droit d'être protégé par l'État quand la protection parentale fait défaut et de bénéficier des avantages sociaux quand ils existent. En outre, l'enregistrement des enfants à l'état civil contribue à en faire une source fiable de statistiques sociodémographiques. C'est dans cette optique qu'au cours de l'enquête, on a demandé pour les enfants de moins de cinq ans, si leur naissance avait été déclarée à l'état civil.

Les résultats montrent que pour seulement un enfant sur quatre soit 24,7 % de naissance a été enregistrée à l'état civil au Sud- Kivu : 16,3 % disposent d'un acte de naissance et 8,4 % n'en disposent pas. Un chiffre inférieur au résultat de l'EDS 2007 de 31% en RDC et 34% au Sud-Kivu dont 22,9 disposaient d'un acte de naissance et 11,1% sans acte

Carte n° 3 : Enregistrement des naissances

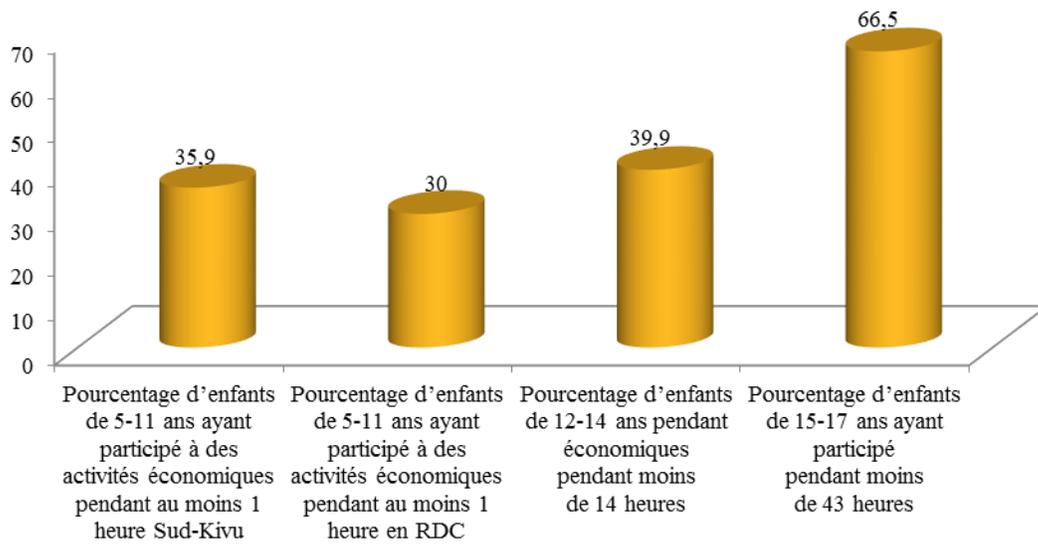


Graphique 53 : Enfant de moins de 5 ans dont la naissance a été déclarée à l'état civil au Sud-



6.4. Travail des enfants

Graphique n° 54 Pourcentage d'Enfants de 5-17 ans ayant participé à des activités économiques

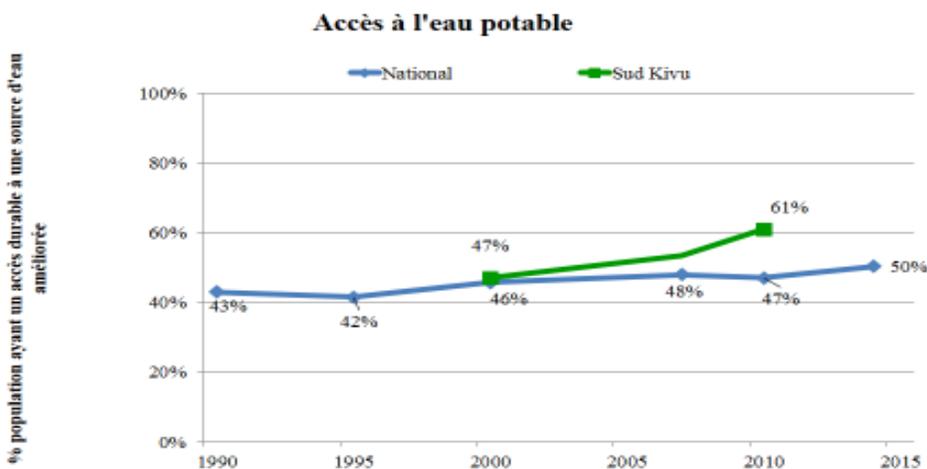


CHAPITRE 7. ENVIRONNEMENT DURABLE

7.4. Accès à l'eau potable

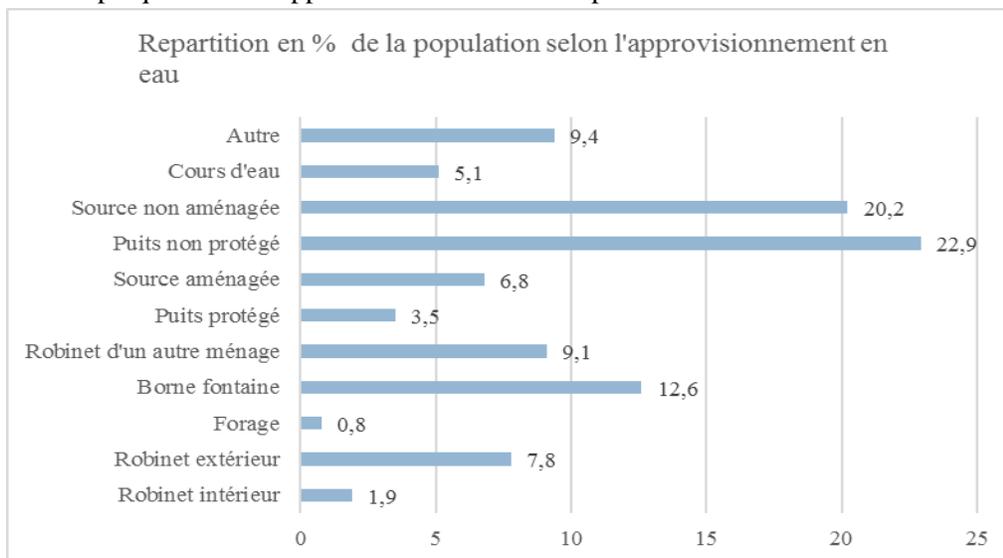
Graphique n° 55 : Accès à l'eau potable

OMD 7: Assurer un environnement durable
Cible 10: Réduire de moitié, d'ici à 2015, la proportion de la population sans accès durable à un approvisionnement en eau potable et à des services d'assainissement de base



7.5. Approvisionnement en eau potable

Graphique n° 56 : Approvisionnement en eau potable



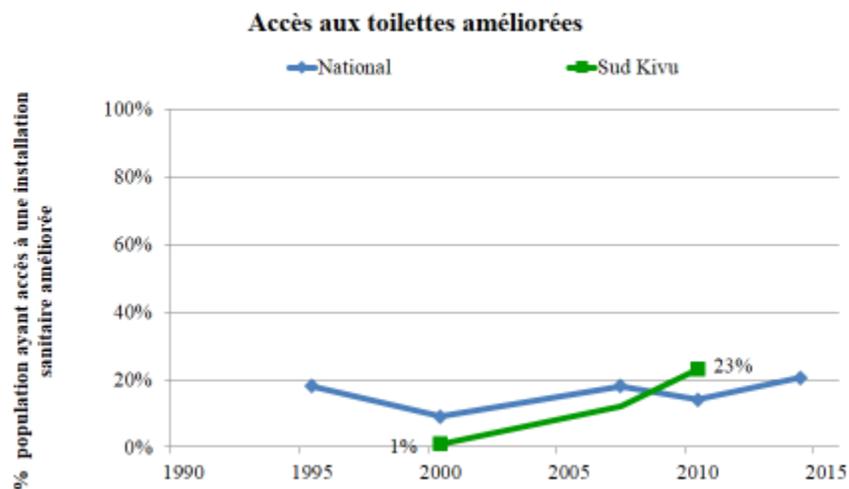
Source : Rapport global Final de l'Enquête 1-2-3, 2012

Le tableau ci-dessus renseigne qu'environ 5 ménages sur 10 (48,2%) n'ont pas accès à une source d'eau améliorée au Sud Kivu. La majorité de ces ménages s'approvisionne à partir des puits non protégés (22,9%). 4 ménages sur 10 ont accès à une source d'eau améliorée dont 12,6% s'approvisionne à partir d'une bonne fontaine.

7.6. Accès aux toilettes améliorées

Graphique n° 57 : Accès aux toilettes améliorées

OMD 7: Assurer un environnement durable
Cible 10: Réduire de moitié, d'ici à 2015, la proportion de la population sans accès durable à un approvisionnement en eau potable et à des services d'assainissement de base



CHAPITRE 8. CONCLUSION GENERALE

A travers ce profil, des évidences analytiques ont été présentées en rapport avec les domaines suivants : (i) la pauvreté et les emplois en donnant le profil des pauvres, leurs milieux de résidence, les causes de la pauvreté, le niveau et les secteurs de dépenses des ménages, le niveau d'emploi par secteur et le niveau de chômage dans la province ; (ii) le progrès accomplis dans les secteurs revus dont l'éducation et les efforts qui restent à fournir pour atteindre les résultats; (iii) le Genre en expliquant comment les femmes accèdent à l'éducation, au revenu stable, au contrôle du revenu du ménage, comment elles participent aux décisions du ménage et les types de violences dont les femmes sont victimes ; (iv) le niveau de mortalité infanto-juvénile et les causes des principales maladies tueuses de l'enfant ; (v) le niveau de mortalité maternelle , les causes de décès liées à la grossesse, les risques liés à la fécondité , aux soins avant, pendant et après l'accouchement et le besoin en matière de planification familiale ; (vi) la prévalence du VIH SIDA et le niveau de connaissance de la population en matière de prévention contre l'exposition au VIH ; (vii) la proportion de la population utilisant une source d'eau potable, des infrastructures d'assainissement améliorées ; (viii) le niveau d'enregistrement des naissances des enfants de moins de 5 ans et sur le travail des enfants dans la province du Sud Kivu

En vertu de quelques progrès enregistrés dans l'éducation de base et la promotion de la femme, il reste des défis majeurs à relever dans les ODD (Objectifs pour le Développement Durable) en vue d'améliorer la situation de la population du Sud Kivu.

L'utilisation de cet outil permettra de mieux prioriser les secteurs sociaux lors de l'affectation des ressources budgétaires renforcer les mécanismes des suivi du document des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté et de mettre en œuvre des politiques sociales susceptibles de favoriser les objectifs de développement durable (ODD) en vue de lutter contre les inégalités sociales dont son victimes les enfants et les femmes.

Qu'il plaise aux autorités provinciales, organisation de la société civil, Agences de développement, Université, centre de recherche ainsi qu'à d'autre partenaires de développement d'utiliser les évidences que nous apporte le présent profil pour s'assurer de la prise en compte des besoins réels de la population du Sud-Kivu dans la planification et le programmation de son développement social.

Annexe 1 : Principaux indicateurs par secteurs

	Unite	EDS 2007	MICS 2010	EDS 2013-14
FECONDITE ET SES DETERMINANTS				
Niveau de la fécondité femme de 15-49 ans	ISF	7,4	8	7,7
Fécondité des adolescentes (de 15 à 19 ans) qui ont déjà un enfant	‰	179	184	207
Age médian à la première naissance (âge de 25-49)	âge	20,2		19,6
Age à la première union (Hoe et fem de 15-49 ans)	âge	26,9		23,6
Agés aux premiers rapports sexuels (femme de 25-49 ans)	âge	17,8		17,7
Agés aux premiers rapports sexuels (Homme de 25 -59 ans)	âge	17,5		18
PLANIFICATION FAMILIALE				
Utilisation actuelle de la contraception (méthode moderne)	% femme de 15 à 49 ans	9,5	5,6	7,9
Tx d'utilisation de contraception femme	%	13,8	11,6	13,2
Sources d'approvisionnement du secteur public	%			31
Sources d'approvisionnement du Secteur privé	%			57,3
Nombre idéal d'enfants (pour les femmes de 15-49 ans)	Nombre	7,2		6,8
Nombre idéal d'enfants (pour les Hommes)	Nombre	6,3		
SANTE DE LA MERE				
Soins prénatals (femme ayant reçu soins prénatals par du personnel formé)	%	86,5	87,7	95,8
Vaccination antitétanique (2 injections VAT)	%	41,9	48,3	31,6
Accouchement (lieu et assistance) dont la naissance a eu lieu dans une FOSA	%	84	81,9	92,6
Soins postnatals (femme n'ayant fait aucune visite postnatale)	%	94,5		46,1
SANTE DE L'ENFANT				
Naissances vivantes pesées à la naissance	%	84,7	73,3	92,5
Vaccination des enfants (CV BCG)	%	88	88,3	95,6
CV DTC3	%	54,5	54,1	75,6
CV VPO3	%	54	62,1	75,5
MALADIES DES ENFANTS (IRA, Diarrhée)				
enfants de moins de 5 ans				
Prévalence de la pneumonie chez enfants de moins de 5 ans	%	22,4	10	8,2
Pneumonie présumée traitée chez enfants de moins de 5 ans	%	42,3	43	42,3
Prévalence de la diarrhée chez enfants de moins de 5 ans	%	16,6	19,1	21,9
Traitement de la Diarrhée au SRO chez les enfants de moins de 5 ans	%	38,1	23,5	38,5
Pratiques en matière d'hygiène; s'est débarrassé des selles de manière hygiénique	%			82,7
ALLAITEMENT ET ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS				
enfant de 6-59 mois				
Poids et grosseur à la naissance (Prévalence du faible poids à la naissance)	%	7,4	7,7	11

Etat nutritionnel des enfants (Malnutrition Aigue Globale)	%	12,1	6,5	4,9
Allaitement exclusif à moins de six mois	%	18,7	38,5	22,1
Poursuite de l'allaitement et complément jusqu'à 24 mois	%		62	
Consommation de micronutriments par les enfants au cours de 6 derniers mois	%	57,5		83,5
PALUDISME				
Prévalence du paludisme chez enfants de moins de 5 ans(GE)	%	33,4	35,7	37,7
Utilisation des moustiquaires par les enfants	%	12,3	36	58
Utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes	%			
Traitement du paludisme enfant de moins de 5 ans ayant pris les ACT	%	17,6	31	25,6
CONNAISSANCE, ATTITUDES ET COMPORTEMENT VIS-A-VIS DU VIH/SIDA				
Connaissance du VIH/SIDA, des moyens de prévention et de transmission	% femme de 15-24 ans	16,6	17	28
Comportements sexuels chez les jeunes et VIH/SIDA (Prévalence 15-24 ans)	%	0,8		0,9
Prevalence VIH	%	1,3		0,45
SITUATION DES ENFANTS				
Enregistrement des naissances d'enfants de moins de 5 ans	%	34	22	24,7
Travail des enfants de 5 à 14 ans	%	66,8	50,5	35,9
VIOLENCE DOMESTIQUE				
Violence physique	%	53,2		47,5
Violence sexuelle	%	17,6		34,5
Violence physique pendant la grossesse	%	6		10,9
Violence conjugale	%	60,8		57,5
AUTRES INDICATEURS				
TNFS	%		72,8	80
TBFS	%			116,8
Indice de parité entre genre	Ratio		0,91	0,92
Femme de 15-49 ans ayant une assurance médicale	%			7,8
Homme de 15-49 ans ayant une assurance médicale	%			5,5

Annexe 2 : Types d'actes de violences commis par le mari ou le partenaire.

Types d'actes de violences commis par le mari ou le partenaire	À un moment quelconque	Souvent ou parfois au cours des 12 derniers mois
<i>Violence physique</i>		
N'importe quel acte de violence physique	45,9	30,3
L'a bousculée, secouée, ou lui a jeté quelque chose contre elle	22,7	15,2
L'a giflée	39,8	24,2
A tordu son bras ou tiré ses cheveux	12,3	8
L'a frappée à coup de poing ou avec quelque chose qui pouvait la blesser	11,2	6,7
Lui a donné des coups de pied, l'a trainée par terre ou l'a battue	11,2	7,1
A essayé de l'étrangler ou de la brûler	2,6	1,7
L'a menacée ou l'a attaquée avec un couteau, un fusil ou un autre type d'arme	2,6	1,7
<i>Violence sexuelle</i>		
N'importe quel acte de violence sexuelle	25,5	19,8
A été forcée physiquement d'avoir des rapports sexuels avec lui, même quand elle ne le souhaitait pas	22,5	16,8
A été forcée de pratiquer des actes sexuels qu'elle ne voulait pas	11,9	9,4
A été forcée sous la menace ou de n'importe quelle autre manière de pratiquer des actes sexuels qu'elle ne voulait pas	9,8	7,5
<i>Violence émotionnelle</i>		
N'importe quel acte de violence émotionnelle	36,6	29,4
A dit ou fait quelque chose pour l'humilier devant les autres	24,1	18,5
L'a menacée de lui faire du mal, à elle ou à quelqu'un de proche	14,4	10,1
L'a insultée ou l'a fait se sentir mal dans sa peau	27,3	21,4
N'importe quel acte de violence physique et/ou sexuelle	50,7	36,7
N'importe quel acte de violence émotionnelle et/ou physique et/ou sexuelle	57,4	43,9
<i>Violence conjugale par un mari ou partenaire</i>		
Violence physique	48,3	30,3
Violence sexuelle	27,5	19,9
Violence physique et/ou sexuelle	52,9	36,8