

Rwanda

2005 Demographic and Health Survey

Key Findings



This report summarizes the main results of the Demographic and Health Survey (RDHS) conducted in Rwanda from February through July 2005. The RDHS was conducted by the *Direction de la Statistique* (which became *l'Institut National de la Statistique du Rwanda* in September of 2005) from February through July 2005. It also benefited from the technical assistance of ORC Macro's worldwide program for Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS. Its objective is to collect, analyze and disseminate demographic data dealing with fertility, family planning, and maternal and child health. Furthermore, this survey was made possible thanks to the financial support of the United States Agency for International Development (USAID/Rwanda), the United Nations Population Fund (UNFPA), the United Nations Children's Fund (UNICEF), the National AIDS Control Commission (CNLS) through the Support for the Multisectoral AIDS Project (MAP), the World Bank, the Department For International Development (DFID), and the German Technical Cooperation Enterprise (GTZ).

For information concerning RDHS, contact the *Institut National de la Statistique du Rwanda* (INSR), BP 6139, Kigali, Rwanda. Tel : (250) 55-10-41-64; e-mail: snr@rwanda1.com.

Information concerning the MEASURE DHS program may be obtained from ORC Macro, 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Telephone 301-572-0200; Fax 301-572-0999; e-mail: reports@orcmacro.com; Internet : <http://www.measuredhs.com>).

Cover Photograph by Joseph Laure, © IRD.



RWANDA DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY (RDHS 2005)

The 2005 Rwanda Demographic and Health Survey (RDHS) is the third of its kind. It is a nationally representative survey designed to provide information on fertility levels and preferences, sexual activity, knowledge and use of family planning, breastfeeding, nutritional status of women and children, mortality of children and adults, including maternal mortality, maternal and child health, prevalence of female circumcision, and attitudes and behaviors related to HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases. New sections include use of mosquito nets, HIV prevalence and anemia testing. The information collected by the RDHS updates the health and demographic indicators collected during the two previous DHS surveys in 1992 and 2000.

The fieldwork for the RDHS 2005 was conducted from February to July 2005. The survey collected information from 10,272 households, 11,321 women age 15-49 and 4,820 men age 15-59. Of these respondents, 5,656 women age 15-49 and 4,361 men age 15-59 were tested for HIV. The data are statistically significant at the national level, for urban and rural residence and for the five provinces: South, West, North, East, and the City of Kigali.



BACKGROUND CHARACTERISTICS OF HOUSEHOLDS

Household structure by age and gender

With approximately 50 percent of its people less than 15 years old, Rwanda is characterized by a young population in which women slightly outnumber men (88 men per 100 women).

Composition of the households

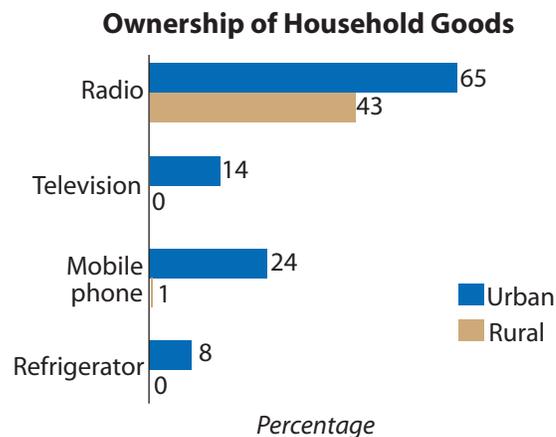
On average, a household in Rwanda is made up of 4.6 persons. This average size varies from 4.5 in rural areas to 4.8 in urban areas. Only one out of ten households consists of 8 to 9 persons (10 percent). Furthermore, 66 percent of households have a man as head of the household. In 34 percent of the cases, a woman is head of the household. This proportion is nearly identical in rural areas and in urban areas (34 percent versus 33 percent). The proportion of woman-headed households increased sharply between 1992 and 2000, rising from 21 percent to 36 percent, and declined in 2005 (34 percent).

Education level of the population

Overall, 29 percent of women and 22 percent of men in the households, age 6 and up, have never attended school. Less than 10 percent of women and men completed school at the primary level (8 percent and 7 percent, respectively). Only 2 percent of men and 1 percent of women have completed a secondary-level education. Less than one percent of men and women have attained a higher education level. Furthermore, educational attainment differs significantly based on residence. In rural areas, 23 percent of men and 31 percent of women have had no education compared with 15 percent and 19 percent, respectively, in urban areas.

Characteristics of dwellings

Very few households in Rwanda have electricity (5 percent). One-quarter of households in urban areas have electricity, compared to only 2 percent in rural areas. With regard to the source of drinking water supply, 39 percent of urban households and 71 percent of rural households do not consume potable water. Furthermore, approximately two-thirds of households (67 percent) use open-air pits and latrines. This proportion is 71 percent in rural areas versus 44 percent in urban areas. Overall, 5 percent of households do not have toilets.



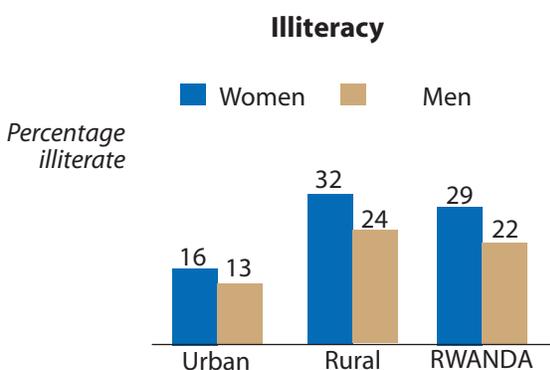
CHARACTERISTICS OF RESPONDENTS

Urban and rural residence

The majority of the population in Rwanda lives in rural areas (83 percent). Only 17 percent live in urban areas.

Literacy

About one-quarter of men and women are illiterate (22 percent and 29 percent, respectively). More men can read than women (78 percent versus 70 percent). Literacy varies significantly according to the area of residence. In urban areas, 16 percent of women and 13 percent of men are illiterate versus 32 percent and 24 percent, respectively, in rural areas. The city of Kigali has the highest literacy rate with 85 percent of women and 86 percent of men literate.



Economic activity

Nearly two-thirds of women (64 percent) were employed at the time of the survey. Women were employed primarily in the agricultural sector (86 percent). On the whole, 57 percent of women have not been paid for their work, 16 percent have been paid in cash and in kind, 15 percent in cash alone, and 12 percent in kind alone. Women working or having worked in the non-agricultural sector have been paid in cash more frequently (82 percent) than those employed in the agricultural sector (4 percent).

Exposure to Media

Radio is the principal means of receiving information. More than half (54 percent) of women listen to the radio at least one time per week. However, very few women (5 percent) stated that they watch television, and only 8 percent stated that they read a newspaper or magazine at least one time per week.

Overall, 1 percent of women are exposed to all three of these media on a weekly basis, and, in contrast, 44 percent do not have access to them. This proportion is much higher in rural areas (48 percent), among those with no education (62 percent), and among those in the poorest quintile (75 percent).

Men are more likely to be exposed to media. Almost one man out of five (19 percent) is exposed to the three media.

FERTILITY AND ITS DETERMINANTS

Actual fertility levels and trends

The fertility level of women in Rwanda remains very high—women have an average of 6.1 children by the end of their childbearing years. This rate is practically the same as the rate reported in the 1992 RDHS and slightly higher than the rate reported in the 2000 RDHS.

The average number of children per woman varies from 4.9 in urban areas to 6.3 in rural areas. This means that if current fertility levels remained unchanged, a woman from a rural area would have, on average, 1.4 more children than a woman from an urban area before the end of her childbearing years.

In Rwanda, the fertility rate of adolescents is fairly low. Only 4 percent of girls aged 15-19 years old have already begun childbearing: 3 percent are already mothers and 0.8 percent are pregnant for the first time.

Fertility preferences

Slightly more than two women out of five (42 percent) stated that they would not want more children. Among women who stated that they wanted to have (more) children in the future, 12 percent would want to space out the next birth by at least two years.

Desired fertility

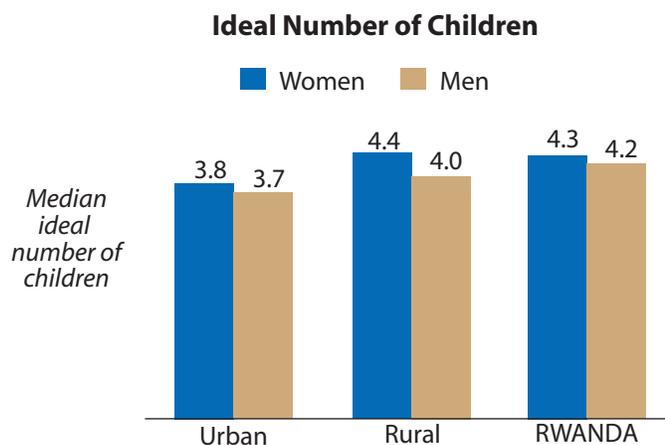
The difference between actual fertility (6.1 children per woman) and desired fertility (4.5 children per women) highlights the significant needs that exist with regard to family planning.

Marriage and Sexual Activity

About half (49 percent) of women and 52 percent of men were married at the time of the survey. Polygamy is not particularly widespread in Rwanda and involves only 12 percent of married women. The median age of the first marriage for women is 20.7 years old. This remained nearly unchanged since 1992, when the age of a woman's first marriage was estimated at 20 years.

Men enter into marriage for the first time much later than women. The median age of the first marriage for men is 24.5 years, which is nearly identical to the age of 24.3 years estimated in the first survey. This median age is slightly younger in rural areas than in urban areas for both men and women.

One-half of women age 25-49 years old had their first sexual relations by 20.3 years of age. Very few women had their first sexual relations at a young age (only 4 percent by age 15). This median age for first sex is nearly identical to the age of entering into a first marriage, which seems to confirm that the first sexual relations of women in Rwanda still occur at the time of the first marriage. For men, the median age of first sexual relations is 20.8 years old. However, in contrast with women, the age of men having their first sexual relations is 3.7 years previous to entering into marriage for the first time.



FAMILY PLANNING

Knowledge and Use of Contraception

Although nearly all women and men know of a modern contraceptive method, only 10 percent of women between the ages of 15-49 used any contraceptive method at the time of the survey; 6 percent of women were using a modern method and 4 percent were using a traditional method.

Use of contraceptives has increased significantly since the previous survey in 2000. Nevertheless, the level remained below that recorded in the first RDHS in 1992 (13 percent).

Contraceptive use is higher in urban areas (32 percent) than in rural areas (15 percent). The use of modern methods of contraception also varies according to the province. It is highest in the city of Kigali (23 percent). In the other provinces it varies from 8 percent to 10 percent.

Among women who were not using contraception at the time of the survey, 59 percent stated that they intended to use a contraceptive method in the future; 7 percent were not sure and 34 percent had no intention of using contraception.



© 2004 Amber Beckham, courtesy of Photoshare

REPRODUCTIVE HEALTH

Antenatal care

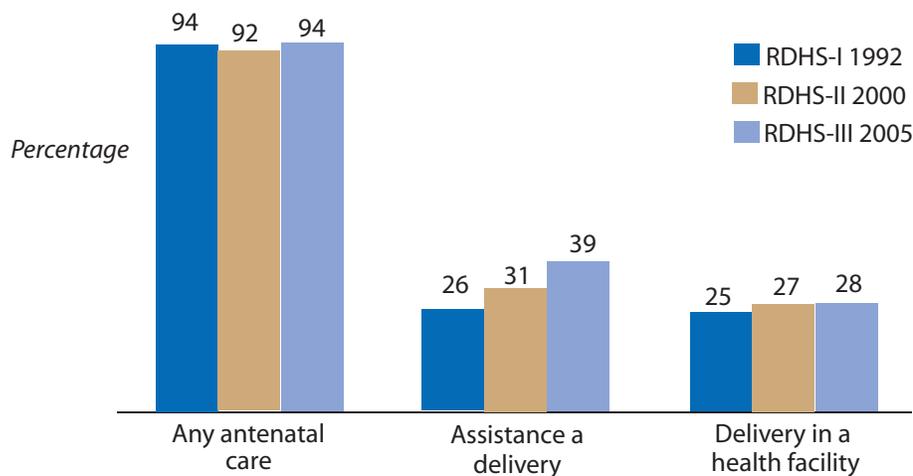
Nearly all mothers (94 percent) who had a birth in the 5 years before the survey received prenatal care from trained personnel. Despite this high level of prenatal care coverage, the number of visits made remains below WHO standards. In fact, only 13 percent complied with these standards by attending at least four counseled prenatal visits. During the course of these prenatal visits the majority of routine examinations were conducted, but very few women (6 percent) were informed of signs of complications in their pregnancies.

The rate of tetanus vaccine coverage in pregnant mothers remains low and declined compared to 2000. Only 63 percent of women who gave birth during the five years preceding the survey received one or two doses or more of tetanus vaccine during their last pregnancy versus 70 percent in 2000.

Place of delivery

In 70 percent of cases, births occurred at home. This proportion exceeds 80 percent among women with no education, among those who attended no prenatal care visits, and among those living in a household in the poorest quintile. In contrast, only 40 percent women in the richest quintile and 32 percent of those with at least a secondary-level education gave birth at home.

Antenatal Care, Assistance at Delivery, and Place of Delivery



Assistance a delivery

In 61 percent of cases, women did not receive assistance of trained personnel when giving birth; 43 percent were assisted by traditional, untrained midwives, and 17 percent gave birth with no assistance. These unassisted births are more frequent in rural areas than in urban areas (19 percent versus 9 percent). Similarly, the proportion of births that took place without any assistance varies from a maximum of 20 percent in the East to a minimum of 10 percent in the city of Kigali. However, since 1992, more women have given birth with the assistance of trained personnel. The education level of women influences birth conditions. Among women with no education, 26 percent gave birth without assistance versus 15 percent among those who had a primary level of education and 5 percent among women with the highest education level.

Postnatal care

Among women who did not give birth in a health facility, nearly all (95 percent) failed to benefit from any postnatal care during the two days following the birth.



©2002 David M. Méthot/Rowena Hopkins, courtesy of Photoshare

CHILD HEALTH

Vaccination coverage

Three-quarters of children in Rwanda from 12-23 months of age (75 percent) have received all the recommended vaccinations. However, the drop-off rates between the first and third doses of the Diphtheria/Tetanus/Pertussis and polio vaccines are significant.

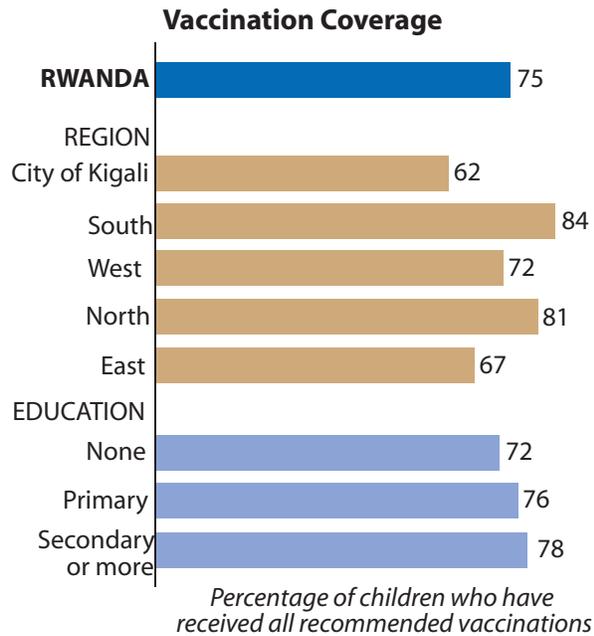
Vaccination levels vary by region of residence. The city of Kigali and the Eastern province have the lowest vaccination coverage rates in the country (62 percent and 67 percent). In contrast, the highest proportions of vaccinated children are in the Southern (84 percent) and in the Northern provinces (81 percent).

Childhood diseases

Among children under 5, 17 percent had symptoms of acute respiratory infection (ARI) during the two weeks preceding the survey. These respiratory infections were most frequent in children from 6-11 months (28 percent) and from 12-23 months (21 percent) of age. Slightly less than one-quarter of the children had had a fever (26 percent). Prevalence of fever also varied by age. Children from 6-11 months old (39 percent) and from 12-23 months old (37 percent) most suffered from fever.

Treatment was sought in a health facility or with medical personnel for only 27 percent of children who had symptoms of acute respiratory infection and/or fever. Children from urban areas (41 percent), those whose mothers have at least a secondary-level education (43 percent), and those who live in the richest quintile households (43 percent) received treatment most frequently.

According to the survey data, 14 percent of children had diarrhea during the two weeks preceding the survey. Children between 6-23 months of age were the most vulnerable age group (24 percent). On the whole, 32 percent of the children benefited from oral rehydration therapy. In contrast, 33 percent did not receive any treatment.



MALARIA

Malaria is the number one cause of death and illness in Rwanda.

Ownership of mosquito nets

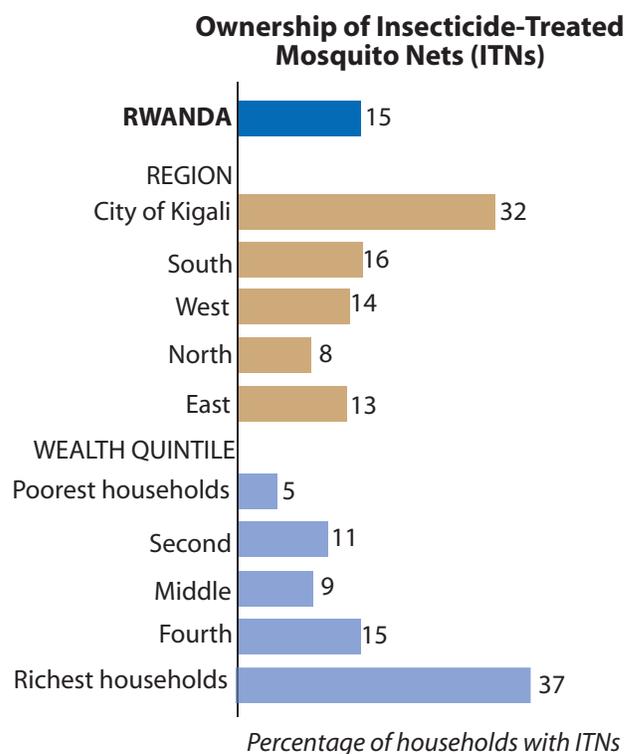
In Rwanda, 15 percent of households own at least one insecticide-treated mosquito net (ITN). ITN ownership is highest (32 percent) in the city of Kigali and lowest (8 percent) in the North. Furthermore, 37 percent of the richest households own nets.

Use of mosquito nets by children

On the whole, 13 percent of children under age 5 slept under an insecticide-treated mosquito net the night preceding the survey. This varies from a maximum of 24 percent in the city of Kigali to a minimum of 8 percent in the North.

Use of mosquito nets by women and pregnant women

Eleven percent of women from 15-49 years of age slept under an ITN the night before the survey. Pregnant women are more likely to sleep under an ITN (17 percent). Use of ITNs among pregnant women is higher in urban areas than in rural areas (29 percent versus 16 percent) and higher among educated women than among those with no education (35 percent versus 10 percent). Similarly, in the poorest quintile, only 8 percent of pregnant women slept under an ITN to protect themselves from malaria. In the richest quintile, this proportion reaches 36 percent.



BREASTFEEDING AND NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN AND WOMEN

Breastfeeding

Nearly all of the children born during the five years before the survey (97 percent) had been breastfed. However, only 41 percent were breastfed in the hour following birth and 24 percent received a prelacteal feed.

Children from rural areas are breastfed longer than those from urban areas (median period of 25.6 months versus 21.9 months.)

A high proportion of children under 6 months of age (88 percent) are fed exclusively with breast milk. After six months of age, when breastfeeding alone is no longer sufficient to guarantee the best possible growth in children, it is recommended that supplemental solid foods be introduced into feedings. In Rwanda, only 69 percent of children between the ages of 6-9 months receive supplemental foods.



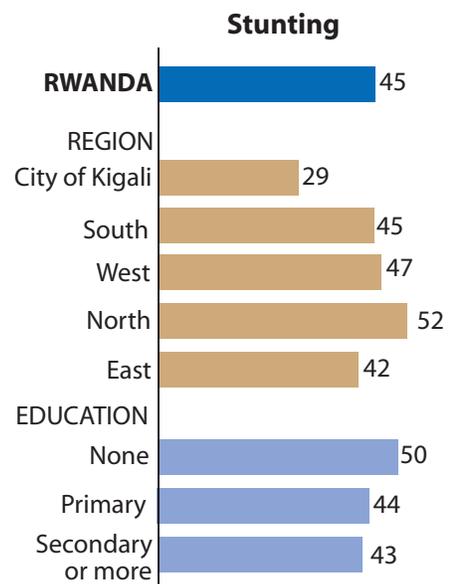
© 2004 Amber Beckham, courtesy of Photoshare

Nutritional status of children

Among children younger than five years old, 45 percent are stunted, or too short for their height. Almost 20 percent of these cases are severe. Stunting is higher in rural areas than in urban areas (47 percent versus 33 percent) and is highest in the Northern province (52 percent) and lowest in the City of Kigali (29 percent). Stunting is less common in the richest households (30 percent) than in the poorest households (55 percent).

Among children under five years of age, 4 percent suffer from wasting, or being too thin for their weight. The prevalence of wasting is particularly high in children between 12-23 months of age (9 percent) and among those who were small at birth (10 percent).

In addition, 23 percent of children under five years of age are underweight. At 12-23 months, this proportion is 35 percent. Similarly, the prevalence of low weight is particularly high among children who were very small (54 percent) or small (32 percent) at birth.



Percentage of children under 5 who are stunted (too short for their age)

Nutritional status of women

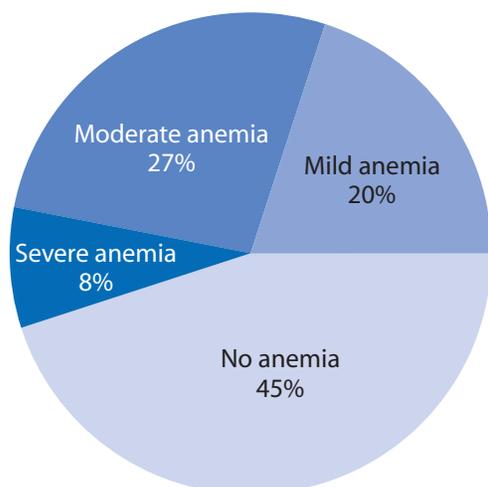
In Rwanda, the average height of women is 156.6 centimeters; 4 percent are very short, or less than 145 centimeters. One woman out of ten has a Body Mass Index lower than 18.5 kg/m^2 , which is considered to be too thin. Women who are 15-19 and those who live in the Southern region are most likely to be too thin (17 percent and 13 percent, respectively).

On the other hand, 12 percent of women are overweight or obese (a body mass index equal to or over 25 kg/m^2).

Anemia in children

In Rwanda, approximately half of children from 6-59 months of age (56 percent) are anemic. Twenty percent are mildly anemic, 27 percent are moderately anemic and 9 percent have severe anemia. Anemia is highest among children who live in the city of Kigali where more than 7 in 10 children are anemic.

One in two children is anemic



Prevalence of anemia in women

One-third of Rwandan women suffer from anemia; 11 percent suffer from a moderate form and 3 percent suffer from severe anemia. Anemia in women is most common in the city of Kigali (46 percent).

Vitamin A Supplementation and Iodization of salt

Vitamin A deficiency affects a child's immune system and increases his risk of death. UNICEF and WHO recommend establishing a vitamin A control program in every country where the under-five mortality rate is above 70 per thousand and in those in which vitamin A deficiency is a public health problem.

A high proportion of Rwandan children under five years of age have received vitamin A supplements (84 percent). This proportion is highest in the Northern province (90 percent).

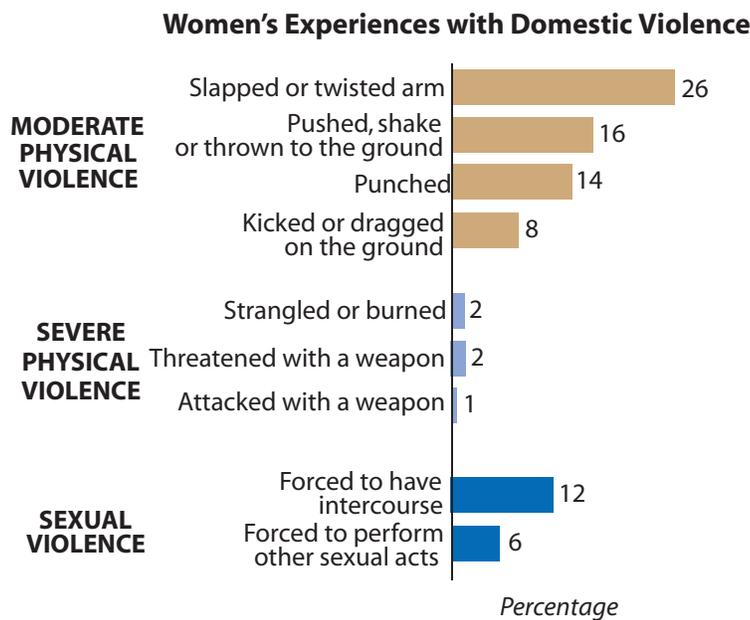
The lack of iodine in an organism can lead to retardation in the child's mental development and causes enlargement of the goiter in adults. More than four out of five Rwandan households (88 percent) use salt with sufficient levels of iodine (15 PPM or more).

DOMESTIC VIOLENCE

Nearly one-third of women (31 percent) in Rwanda have suffered from physical violence since 15 years of age. In 19 percent of the cases, women suffered from acts of violence during the last 12 months. In 47 percent of the cases, the perpetrator of these acts of violence was the husband or partner.

More than one-third of women have been confronted with acts of spousal abuse at some point in time, either through physical, emotional or sexual abuse. The proportion of women who stated that they recently suffered from acts of spousal abuse is very high (80 percent). In nearly 40 percent of the cases, the women experienced acts of spousal abuse frequently (at least 3 times) during the past year, while for more than one-third (36 percent), these acts were repeated one to two times.

Furthermore, 10 percent of women stated that they suffered from acts of violence while they were pregnant. Women in broken marriages most frequently stated that they suffered from acts of violence during a pregnancy (17 percent).



ORPHANS AND VULNERABLE CHILDREN

Almost three in ten Rwandan children under 18 years of age are considered to be orphans or vulnerable children (OVC). The proportion is highest in the city of Kigali (35 percent).

OVCs are disadvantaged academically compared with other children. Among children who have both parents living and who live with at least one of the two parents, 91 percent attend school. However, when both parents are dead, only 75 percent continue to attend school.

Very few households have benefited from monetary aid to take care of these vulnerable children. In 9 percent of cases, the households received assistance for school. Other types of support, whether medical support (3 percent), emotional support (2 percent), or social or material support (2 percent), have reached only a small proportion of OVC.



© 2001 David Awasum/CCP, courtesy of Photoshare

MORTALITY

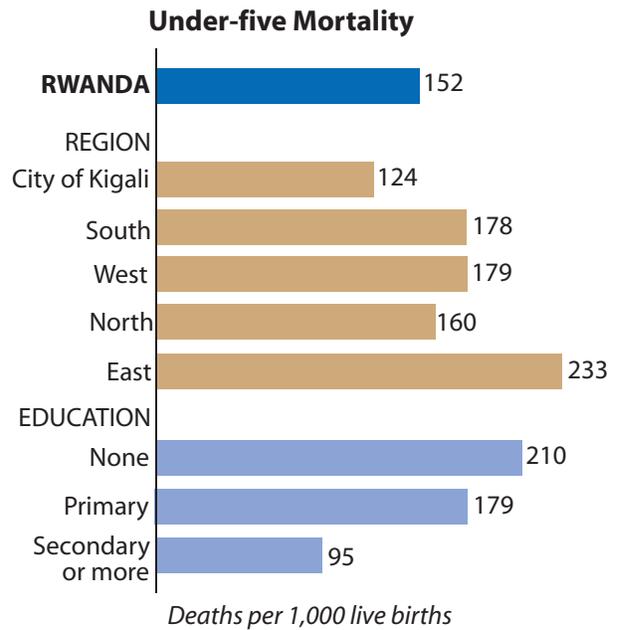
Childhood mortality

During the period from 2001-2005, 86 infants out of 1,000 died before reaching their first birthday. Among all infants age 1, 72 out of 1,000 did not reach their fifth birthday. Overall, 152 out of 1,000 live births do not reach their fifth birthday.

Infant mortality is significantly higher in rural areas (108‰) than in urban areas (69‰). This difference persists beyond one year (94‰ versus 57‰). The trend is the same for mortality between birth and five years of age. In rural areas, the under-five mortality rate is estimated at 192 per 1,000 versus 122 per 1,000 in urban areas.

There has been a decrease in the infant and under-five mortality rates since the 2000 RDHS. However, the comparison of results with the first survey conducted in 1992 shows that those rates are almost the same as current rates. Therefore, it seems that after the negative repercussions on mortality levels caused by the 1994 genocide, the situation began to improve.

Children’s chances of survival are also influenced by certain characteristics relating to the reproductive behavior of mothers. Children born less than two years after the birth of their next oldest sibling and/or those whose mothers are under the age of 20 or over 35 years old run a much higher risk of death than others.



HIV/AIDS

HIV Prevalence

Three percent of adults age 15-49 in Rwanda are HIV-positive. HIV prevalence is higher among women than among men (3.6 percent versus 2.3 percent). Similarly, the prevalence is significantly higher in urban areas than in rural areas (7.3 percent versus 2.2 percent).

Knowledge about AIDS and prevention methods

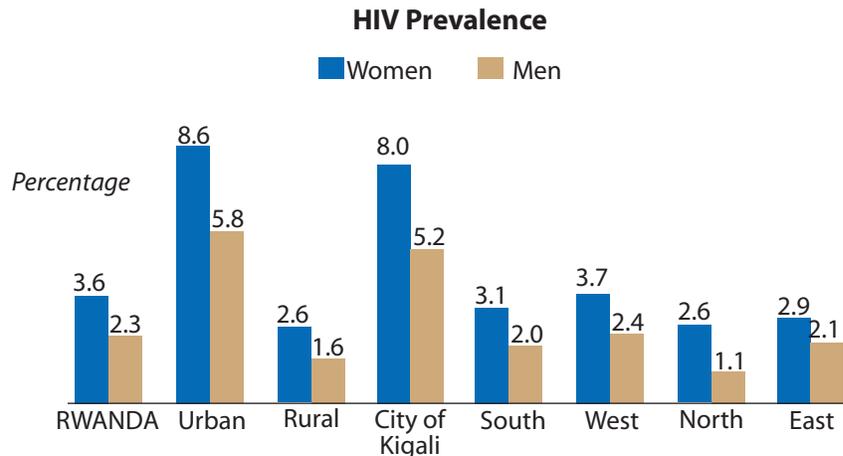
Nearly all men and women in Rwanda have heard of AIDS.

However, only 54 percent of women and 58 percent of men have “comprehensive” knowledge of HIV/AIDS, meaning that they have correct information concerning methods of prevention and transmission of HIV/AIDS. Comprehensive knowledge is lowest among women and men with no education, those in rural areas, and those who live in a household in the poorest wealth quintile.

Furthermore, 64 percent of women and 80 percent of men know that HIV/AIDS can be transmitted from mother to child during breastfeeding and that taking certain medications can reduce the risk of maternal transmission.

Among young women and men between the ages of 15-24 years, only half have “comprehensive” knowledge of HIV/AIDS. Furthermore, 73 percent of young men know somewhere to obtain a condom versus only 37 percent of young women.

Among young single people between the ages of 15-24 years who have had sex, only 25 percent of women and 39 percent of men used a condom during their last sexual encounter.



RECOMMENDATIONS

The results derived from the 2005 RDHS point to the following recommendations:

Characteristics of the women and men surveyed

All policies and programs should take into account the significant size of Rwanda's younger population.

The widespread use of potable drinking water and protected toilets is necessary to contribute to the decline in infant mortality rates, above all in rural areas.

Maternal and child health and family planning (FP)

Fertility is an important variable for maternal and child health. The preceding DHSs indicate that fertility has trended downward, but slowly, over these last ten years. Similarly, although the prevalence of contraception increased since 2000, its prevalence remains low among couples in Rwanda, while the needs with regard to contraception continue to increase. Accordingly, in order to improve current trends and facilitate attainment of the objectives defined in the Vision 2020 document and the National Population Policy for Sustainable Development, it is necessary to:

Help the population and particularly women in Rwanda to reduce their fertility, in particular:

- By implementing effective programs intended to meet their family planning needs such as they are expressed in this survey;
- By promoting interest in family planning among women and men who do not currently express the need through strengthening IEC and BCC services while making the necessary services available to them for this purpose;
- By supporting the decline observed in fertility in the younger and older age groups (fertility of adolescents and that of women over 40 years of age);
- By implementing a series of other measures likely to decrease fertility by acting on both direct and indirect determining factors, especially improved school enrollment for women;

Help couples discuss the size of their family before and during the marriage;

Explain to men the merits of FP on the health of the mother-child couple in particular;

Train and place qualified FP service providers in all of the country's health training activities;

Conduct an awareness-raising campaign:

- To explain to mothers or future mothers the importance of attending the four prenatal visits recommended by WHO and Rwanda's EPI as well as the postnatal visit within two days of birth, above all when mothers have given birth at home, and to encourage mothers to give birth in health facilities;
- So that parents seek care as quickly as possible for children suffering from ARI, fever, and diarrhea;

Provide health service providers with facilities so that they can conduct all routine examinations during prenatal and postnatal visits;

Expand the use of iron and antimalarial preventative medications among pregnant women;

Take necessary measures so that mothers are properly protected against tetanus during pregnancy;

Identify the underlying causes of the poor nutritional status in children, and on the basis of this evaluation, define in detail and implement actions to consistently and sustainably reduce the levels of stunting, wasting, underweight, and the prevalence of anemia in children.

Promote appropriate weaning, in particular by educating parents to give children dietary supplements from 6 months of age, and in sufficient quantity and quality;

Increase the distribution of vitamin A to women after they give birth;

Maintain or encourage good breastfeeding practices;

Promote awareness of breastfeeding among mothers as soon as possible after they give birth, provided there are no contraindications;

Study in depth the determining factors of maternal and infant mortality in order to find appropriate strategies that may contribute to the decrease in current levels;

Take necessary measures that may facilitate access of mothers and children to healthcare.

Malaria

Spread the use of insecticide-treated mosquito netting, above all among children and pregnant women.

Domestic violence

Combine all efforts to eradicate domestic violence.

Knowledge, Attitudes and Behavior with regard to STDs/AIDS

Strengthen awareness to maximize the level of knowledge and prevention of HIV/AIDS, above all with regard to groups at risk, in particular widows, separated and divorced women, young people and the urban population.

Ensure that counseling on HIV and the prevention of HIV transmission from mother to child is routine during prenatal and postnatal visits.

Vulnerable persons

Given that the country has a significant proportion of children or orphans under the age of 18 who are vulnerable, specific programs (HIV prevention, school enrollment, healthcare) should be strengthened;

Actions in favor of vulnerable persons should be established if not strengthened at the basic community level.

KEY INDICATORS

	RWANDA	Urban
Fertility		
Total fertility rate	6.1	4.9
Ideal number of children: women / men	4.3/4.0	3.8/3.7
Median age at first sexual intercourse: women age 25-49	20.3	20.6
Median age at first union: women age 25-49	20.7	21.5
Median age at first birth: women age 25-49	22.0	22.4
Women age 15-19 who are already mothers or pregnant (%)	4.1	5.0
Childhood Mortality (deaths per 1,000 live births) ¹		
Infant mortality	86	69
Under-five mortality	152	122
Family Planning		
Know a method (women in union, age 15-49) (%)	98	
Currently using a method (women in union, 15-49) (%)	17	32
Currently using a modern method (women in union, 15-49) (%)	10	21
Reproductive Health		
<i>Percent of women who delivered a live birth in the 5 years preceding the survey who have:</i>		
Received antenatal care from a health professional	94	93
Received at least 2 tetanus toxoid injections	22	27
<i>Percent of births in the 5 years preceding the survey for which the mother has:</i>		
Delivered in a health facility	30	56
Delivered with the assistance of a health professional	39	63
Child Health		
Percent of children age 12-23 months who have received all the EPI vaccines	75	71
<i>Percent of children who received professional health care when they exhibited symptoms of:</i>		
Acute respiratory infection or fever	27	41
Diarrhea	14	16
Nutrition		
Children age 6-59 months who are anemic (%)	55	53
Women age 15-49 who are anemic (%)	33	33
Children under 5 who are stunted (%)	45	33
Children under 5 who are underweight (%)	23	16
Women age 15-49 who are too thin (BMI < 18.5) (%)	10	10
Malaria		
Households with at least one mosquito net (%)	18	40
Children under 5 who slept under a mosquito net the night before the survey (%)	16	33
Pregnant women who slept under a mosquito net the night before the survey (%)	20	35
HIV/AIDS		
Women/men with comprehensive knowledge of HIV/AIDS (%)	54/58	64/63
Women age 15-49 who have been tested for HIV and received the results in the last year (%)	12	23
Men age 15-49 who have been tested for HIV and received the results in the last year (%)	11	20
HIV prevalence rate: women (%)	3.6	8.6
HIV prevalence rate: men (%)	2.3	5.8

Rural	City of Kigali	South	West	North	East
6.3	4.3	5.6	6.6	6.4	6.5
4.4/4.0	3.7/3.2	4.3/4.2	4.6/4.4	4.3/3.8	4.2/3.7
20.2	20.8	21.6	20.0	19.9	19.6
20.6	21.6	21.8	20.4	20.2	19.9
21.9	22.4	22.9	21.7	21.6	21.2
3.9	7.0	3.8	4.0	1.8	5.3
108	68	107	100	89	125
192	124	178	179	160	233
15	36	15	15	16	19
9	23	8	10	10	9
95	93	95	93	97	94
21	33	18	21	21	26
25	58	29	27	31	22
35	62	40	34	34	39
76	62	84	72	81	67
25	44	28	20	32	23
14	19	11	13	23	10
55	70	46	58	54	58
33	46	28	26	32	42
47	29	45	47	52	42
24	14	28	20	24	20
10	10	13	8	7	11
14	40	20	17	10	17
13	31	20	14	9	14
18	24	22	19	14	23
51/56	66/60	60/67	40/47	53/60	57/55
9	24	9	10	11	10
9	22	8	10	13	9
2.6	8.0	3.1	3.7	2.6	2.9
1.6	5.2	2.0	2.4	1.1	2.1

1- For the 10 years preceding the survey, except at the national level (5 years preceding the survey)

Rwanda

**Enquête Démographique et de Santé
EDSR-III**

Rapport de synthèse



Ce rapport résume les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSR-III) réalisée au Rwanda de février à juillet 2005. L'EDSR-III a été exécutée par la Direction de la Statistique (devenue l'Institut National de la Statistique du Rwanda depuis septembre 2005) ; elle a en outre bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS) de ORC Macro, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant. Cette enquête a pu être réalisée grâce à l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID/Rwanda), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), de la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (CNLS) par l'intermédiaire du Projet d'Appui au Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (MAP) de la Banque Mondiale, du DFID et de la Coopération Technique Allemande (GTZ).

Au cours de l'EDSR-III, des informations ont été collectées auprès de 10 272 ménages, 11 539 femmes âgées de 15-49 ans et 4 820 hommes âgés de 15-59 ans. L'échantillon est stratifié de façon à fournir des données représentatives au niveau des milieux urbain et rural ainsi que pour 5 domaines d'études qui correspondent à 5 provinces récemment délimitées (constituées du Sud, de l'Ouest, du Nord, de l'Est et de la Ville de Kigali).

Pour tous renseignements concernant l'EDSR-III, contacter l'Institut National de la Statistique du Rwanda (INSR) ; BP 6139 ; Kigali. Tél : (250) 55-10-41-64 ; e-mail : snr@rwanda1.com

Concernant le programme MEASURE DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de ORC Macro, 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999; e-mail : reports@orcmacro.com; Internet : <http://www.measuredhs.com>).

Photographie de couverture : Joseph Laure, avec la permission d'IRD



ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDSR-III)

L'Enquête Démographique et de Santé au Rwanda (EDSR-III) est la troisième du genre. Il s'agit d'une enquête par sondage représentative au niveau national. L'EDSR-III fournit des informations sur les niveaux de fécondité, l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques de l'allaitement, l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans, la mortalité infantile, la mortalité adulte, y compris la mortalité maternelle, la santé de la mère et de l'enfant, et sur la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles. De nouveaux volets incluent l'utilisation des moustiquaires contre le paludisme, la violence domestique, le test du VIH et celui de l'anémie. Les informations collectées au cours de l'EDSR-III permettent la mise à jour des indicateurs de base sur la situation démographique et sanitaire estimés lors des précédentes enquêtes de 1992 et 2000.

Au cours de l'EDSR-III, réalisée sur le terrain de février à juillet 2005, 10 272 ménages, 11 321 femmes âgées de 15-49 ans et 4 820 hommes de 15-59 ans ont été interviewés avec succès, parmi lesquels 5 656 femmes de 15-49 ans et 4 361 hommes de 15-59 ans ont été testés pour le VIH. Les informations recueillies sont représentatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (urbain et rural) et au niveau des cinq domaines d'étude que sont la ville de Kigali et les quatre régions administratives du pays : Sud, Ouest, Nord et Est.



CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ET CONDITIONS DE VIE DES MÉNAGES

Structure par âge et sexe de la population des ménages

Avec environ 50 % de personnes âgées de moins de 15 ans, le Rwanda se caractérise par une population jeune, dans laquelle les femmes sont, dans l'ensemble, un peu plus nombreuses que les hommes (88 hommes pour 100 femmes).

Composition des ménages

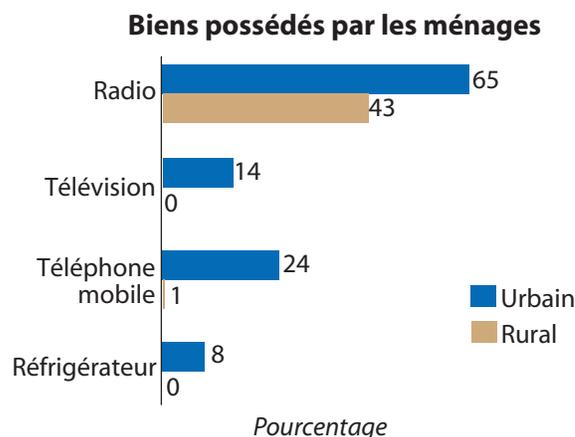
Un ménage rwandais compte, en moyenne, 4,6 personnes ; cette taille moyenne varie de 4,5 en milieu rural à 4,8 en milieu urbain. Seulement un ménage sur dix est constitué de 8 à 9 personnes (10 %). En outre, 66 % des ménages ont, à leur tête, un homme ; cependant, dans 34 % des cas, le ménage est dirigé par une femme ; cette proportion est quasiment identique en milieu rural et en milieu urbain (34 % contre 33 %). Cette proportion a nettement augmenté, passant de 21 % à 36 % entre 1992 et 2000 et a diminué en 2005 (34 %).

Niveau d'instruction de la population

Dans l'ensemble, on constate que 29 % des femmes et 22 % des hommes âgés de 6 ans ou plus n'ont jamais fréquenté l'école. Une proportion de femmes et de hommes quasiment identique ont achevé le niveau primaire (respectivement, 12 % et 16 %). Au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente, les proportions d'hommes et de femmes diminuent : seulement 2 % des femmes et des hommes ont achevé le niveau secondaire ; moins d'un pour cent des femmes et des hommes ont atteint le niveau supérieur. Par ailleurs, les données selon le milieu de résidence mettent en évidence des écarts importants du niveau d'instruction. En milieu rural, 23 % des hommes et 31 % des femmes n'ont pas d'instruction contre, respectivement, 15 % et 19 % en milieu urbain.

Caractéristiques des logements

Très peu de ménages rwandais possèdent l'électricité (5 %) ; on constate toujours de grandes disparités entre les deux milieux de résidence, la proportion de ménages disposant de l'électricité variant de 25 % en milieu urbain à 2 % en milieu rural. En ce qui concerne la source d'approvisionnement de l'eau pour la consommation, on constate que 39 % des ménages urbains et 71 % de ceux du milieu rural ne consomment pas de l'eau potable. Par ailleurs, environ les deux tiers des ménages (67 %) utilisent des fosses/latrines non couvertes. En rural, cette proportion est de 71 % contre 44 % en milieu urbain. Globalement, 5 % de ménages ne disposent pas de toilettes.



CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUÊTÉS

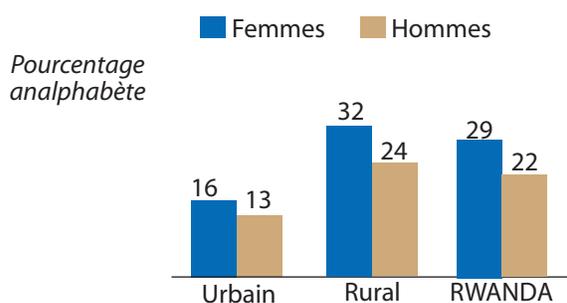
Distribution spatiale de la population

La majorité de la population rwandaise vit en milieu rural (83 %). Seulement 17 % vivent en milieu urbain.

Alphabétisation

Les résultats de l'enquête montrent que les proportions d'hommes et de femmes qui ne savent pas lire sont élevées (respectivement, 22 % et 29 %) ; en outre, la proportion d'hommes alphabétisés est supérieure à celle des femmes (78 % contre 70 %). Les proportions de femmes et d'hommes analphabètes varient sensiblement selon le milieu de résidence. En milieu urbain, 16 % des femmes et 13 % des hommes sont analphabètes contre respectivement 32 % et 24 % en milieu rural. La Ville de Kigali se distingue des autres provinces par les taux d'alphabétisation les plus élevés et quasiment identiques selon le sexe (85 % chez les femmes et 86 % chez les hommes).

Environ un tiers des femmes du milieu rural sont toujours analphabètes



Activité économique

Près des deux tiers des femmes (64 %) exerçaient une activité au moment de l'enquête. C'est surtout dans le secteur agricole que les femmes étaient occupées (86 %). En outre, les résultats montrent que, dans l'ensemble, 57 % des femmes n'ont pas été payées pour leur travail, 16 % ont été payées en argent et en nature, 15 % en argent seulement et 12 % en nature seulement. Les femmes travaillant ou ayant travaillé dans le secteur non agricole ont été plus fréquemment payées en argent (82 %) que celles qui ont exercé une activité dans le domaine agricole (4 %).

Accès aux médias

La radio est le principal moyen d'information : 54 % des femmes l'écoutent, au moins, une fois par semaine. Par contre, très peu de femmes (5 %) ont déclaré regarder la télévision et seulement 8 % ont déclaré lire un journal ou un magazine, au moins, une fois par semaine.

Globalement, 1 % des femmes sont exposées à ces trois médias et, à l'opposé, 44 % n'y ont pas accès. En milieu rural (48 %), parmi celles sans instruction (62 %) et parmi celles du quintile le plus pauvre (75 %), cette proportion est beaucoup plus élevée.

Moins d'un homme sur cinq (19 %) est exposé aux trois médias.

FÉCONDITÉ ET SES DÉTERMINANTS

Niveaux actuels et tendances de la fécondité

La fécondité des femmes rwandaises demeure très élevée, puisqu'en arrivant en fin de vie féconde, une femme a, en moyenne 6,1 enfants. Ce taux est pratiquement le même que celui observé lors l'EDSR-I et légèrement supérieur à celui observé au cours de l'EDSR-II.

En outre, il existe des écarts importants de niveau de fécondité selon le milieu de résidence : les femmes du milieu urbain ont une fécondité plus faible que celles qui résident dans les zones rurales. Le nombre moyen d'enfants par femme, estimé à 6,1 enfants par femme pour l'ensemble du pays, varie de 4,9 en milieu urbain à 6,3 en milieu rural. Cela signifie que, si les niveaux actuels de fécondité restaient invariables, une femme du milieu rural aurait, en moyenne, en fin de vie féconde, pratiquement 1,4 enfants de plus qu'une femme du milieu urbain.

Au Rwanda, la fécondité des adolescentes n'est pas importante : en effet, seulement 4 % des jeunes filles de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde : 3 % sont déjà mères et 0,8 % sont enceintes pour la première fois.

Préférences en matière de fécondité

Un peu plus de deux femmes sur cinq (42 %) ont déclaré qu'elles ne désiraient plus d'enfants, et dans une proportion quasiment identique, les hommes ont aussi déclaré qu'ils avaient atteint la taille de la famille souhaitée (44 %). Parmi les femmes qui ont déclaré souhaiter avoir des enfants (supplémentaires) dans l'avenir, 12 % voudraient espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans.

Fécondité désirée

L'écart entre la fécondité actuelle (6,1 enfants par femme) et la fécondité désirée (4,5 enfants par femme) met en évidence l'importance des besoins qui existent en matière de planification familiale.

Nuptialité et exposition au risque de grossesse

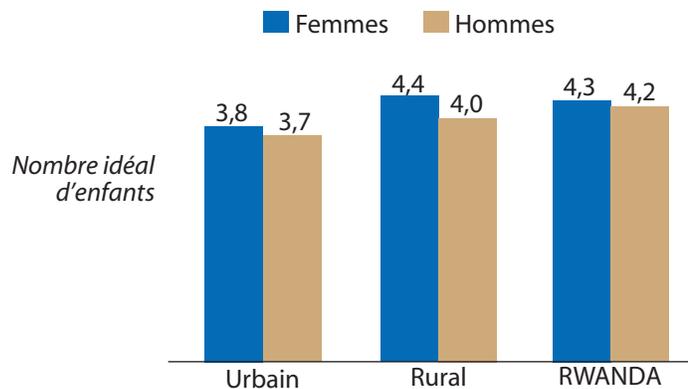
Près de la moitié des femmes étaient mariées au moment de l'enquête (49 %). Chez les hommes, cette proportion est de 52 %. En outre, Au Rwanda la polygamie est assez peu répandue et elle ne concerne que 12 % des femmes en union. L'âge médian à la première union des femmes s'établit à 20,7 ans. Il est resté quasiment inchangé depuis 1992, date à laquelle il était estimé à 20 ans.

Les hommes entrent en première union à un âge plus tardif que les femmes : l'âge médian à la première union des hommes s'établit à 24,5 ans et cet âge est quasiment identique à celui estimé à la précédente enquête : 24,3 ans.

En outre, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, cet âge médian est légèrement plus précoce en milieu rural qu'en milieu urbain.

En ce qui concerne l'âge aux premiers rapports sexuels, les résultats montrent que la moitié des femmes de 25-49 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels à 20,3 ans. Très peu de femmes ont eu leurs premiers rapports sexuels à un âge précoce (4 % à 15 ans exacts). En outre, on constate que cet âge médian aux

Le nombre idéal d'enfants est pratiquement le même pour les hommes et pour les femmes



premiers sexuels est quasiment identique à l'âge d'entrée en première union, ce qui semble confirmer qu'au Rwanda, les premiers rapports sexuels des femmes ont toujours lieu au moment de la première union. Chez les hommes, l'âge médian aux premiers rapports sexuels s'établit à 20,8 ans, soit un peu plus tard que les femmes. Par contre, à la différence des femmes, l'âge des hommes aux premiers rapports sexuels est antérieur de 3,7 ans à celui d'entrée en première union.

PLANIFICATION FAMILIALE

Connaissance et utilisation de la contraception

Bien que la quasi-totalité des femmes et des hommes ait déclaré connaître une méthode contraceptive moderne, seulement 10 % des femmes de 15-49 ans utilisaient au moment de l'enquête une méthode contraceptive quelconque, 6 % utilisaient une méthode moderne et 4 % des femmes utilisaient une méthode traditionnelle.

Les résultats de l'enquête actuelle montrent que ce niveau d'utilisation a augmenté de manière importante depuis 2000, date de la précédente enquête, tout en restant néanmoins à un niveau inférieur à celui qui avait été observé lors de la première EDS de 1992 (10 % contre 13 %).

La prévalence contraceptive est plus élevée en milieu urbain (32 %) qu'en milieu rural (15 %) ; l'utilisation de méthodes modernes de contraception varie également selon les provinces ; c'est dans la Ville de Kigali (23 %) qu'elle est la plus élevée ; dans les autres provinces, elle varie de 8 % à 10 %.

Parmi les femmes qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, 59 % ont déclaré avoir l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans l'avenir, 7 % n'en étaient pas sûres et 34 % n'en avaient pas l'intention.



SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Soins prénatals

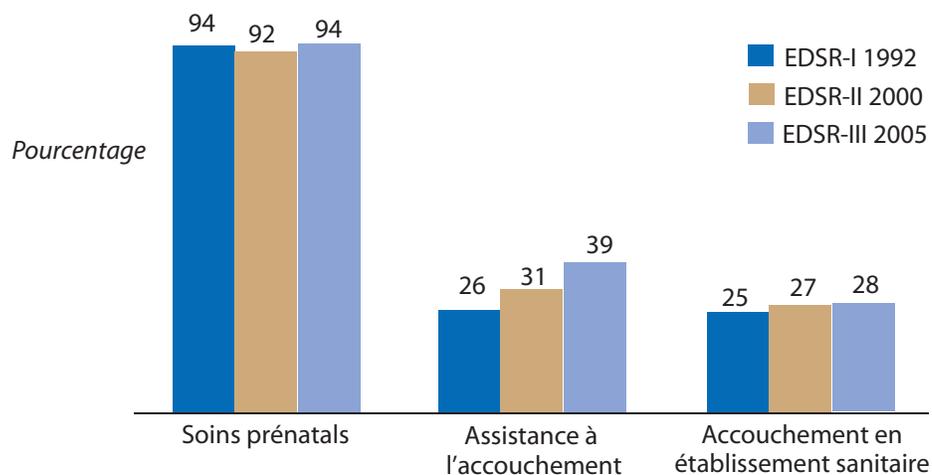
En ce qui concerne les naissances des cinq dernières années, les résultats montrent que la quasi-totalité des mères (94 %) se sont rendues en consultations prénatales dispensées par du personnel formé. Cependant, malgré ce niveau élevé de la couverture en soins prénatals, le nombre de visites effectuées reste en deçà des normes de l'OMS et même de celles recommandées par le pays. En effet parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, seulement 13 % ont respecté ces normes en effectuant au moins les quatre visites prénatales conseillées. Bien qu'au cours de ces visites prénatales la plupart des examens courants aient été effectués, très peu de femmes (6 %) ont été informées des signes de complications de la grossesse.

La couverture vaccinale antitétanique chez les mères enceintes demeure faible et qu'elle a subi une baisse par rapport à 2000. Seulement 63 % des femmes ayant eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête ont reçu une dose ou deux doses ou plus de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse contre 70 % en 2000.

Lieu d'accouchement

Dans 70 % des cas, l'accouchement s'est déroulé à la maison. Parmi les femmes sans instruction, parmi celles n'ayant effectué aucune visite prénatale et parmi celles vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre, cette proportion excède 80 %. A l'opposé, parmi les femmes du quintile le plus riche et parmi celles ayant au moins un niveau d'instruction secondaire, les proportions sont respectivement de 40 % et de 32 %.

Soins prénatals, assistance à l'accouchement, et lieu d'accouchement



Assistance à l'accouchement

Dans 61 % des cas, les femmes n'ont pas bénéficié d'une assistance par du personnel formé au cours de leur accouchement : 43 % ont été assistées par des accoucheuses traditionnelles non formées et 17 % ont accouché sans aucune assistance. Ces accouchements sans aucune assistance sont plus fréquents en milieu rural qu'en milieu urbain (19 % contre 9 %). De même, dans les provinces, la proportion de naissances dont l'accouchement s'est déroulé sans aucune assistance varie d'un maximum de 20 % dans l'Est à un minimum de 10 % dans la Ville de Kigali. Cependant, on constate depuis 1992, une augmentation de la proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé avec l'assistance de personnel formé. En outre, on constate que le niveau d'instruction de la femme influence les conditions d'accouchement puisque parmi les femmes sans instruction, 26 % ont accouché sans assistance contre 15 % parmi celles ayant un niveau primaire et 5 % parmi les plus instruites.

Suivi postnatal

Parmi les femmes qui n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire, la quasi totalité des femmes (95 %) n'a bénéficié d'aucun soin postnatal dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement.



©2002 David M. Méthot/Rowena Hopkins, avec la permission de Photoshare

SANTÉ DE L'ENFANT

Couverture vaccinale

Les trois-quarts des enfants rwandais de 12-23 mois (75 %) ont reçu tous les vaccins du PEV (le vaccin du BCG, trois doses de DTCoq, le vaccin antipolio et celui contre la rougeole). Cependant, les taux de déperdition entre la première et troisième dose de DTCoq et de polio sont importants.

Les niveaux de vaccination présentent des variations importantes selon la province de résidence : c'est la Ville de Kigali et la province Est qui détiennent les taux de couverture vaccinale les plus faibles du pays (62 % et 67 %). À l'opposé, c'est dans les provinces Sud (84 %) et Nord (81 %) que l'on observe les proportions les plus élevées d'enfants vaccinés.

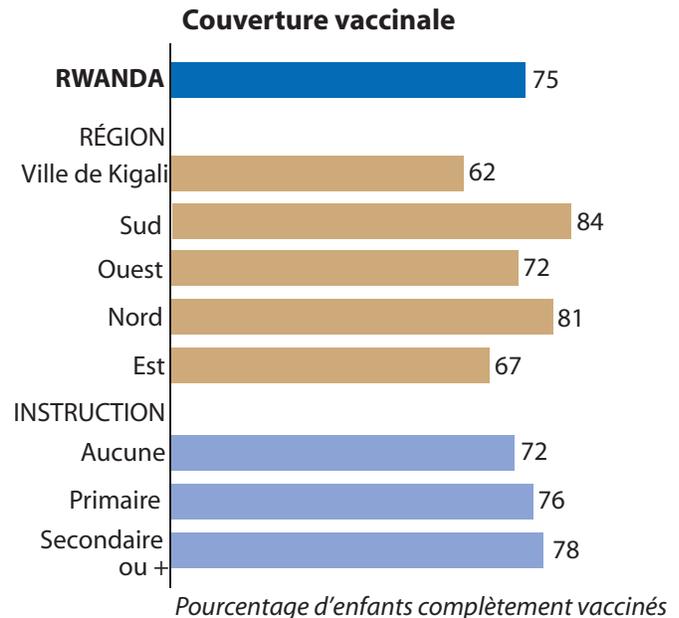
Maladies des enfants

Parmi les enfants de moins de cinq ans, 17 % avaient présenté des symptômes d'Infections

Respiratoires Aiguës (IRA) au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. C'est chez les enfants de 6-11 mois (28 %) et de 12-23 mois (21 %) que ces infections respiratoires sont les plus fréquentes. En outre, selon les déclarations des mères, un peu plus d'un quart des enfants avaient eu de la fièvre (26 %). Comme pour les IRA, c'est surtout en fonction de l'âge que la prévalence varie de manière importante : ce sont les enfants de 6-11 mois (39 %) et de 12-23 mois (37 %) qui ont le plus souffert de la fièvre.

Pour 27 % seulement des enfants ayant présenté des symptômes d'infections respiratoires aiguës et/ou de fièvre, des traitements ou des conseils ont été recherchés dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical. Ce sont les enfants du milieu urbain (41 %), ceux dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire (43 %) et ceux qui vivent dans un ménage du quintile le plus riche (43 %) qui ont le plus fréquemment reçu un traitement.

Selon les données de l'enquête, on constate que 14 % des enfants ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Les enfants de 6-23 mois constituent le groupe d'âges le plus vulnérable (24 %). Globalement, 32 % des enfants ont bénéficié d'une thérapie de réhydratation orale. À l'opposé, 33 % n'ont reçu aucun traitement.



PALUDISME

Le paludisme est la principale cause de morbidité et de mortalité en Afrique.

Disponibilité de moustiquaires dans les ménages

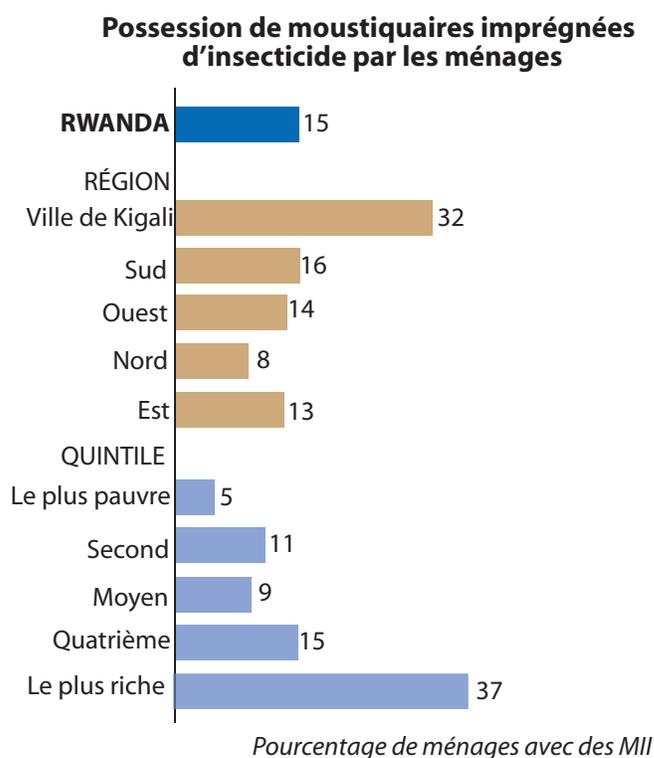
Au Rwanda, 15 % des ménages possèdent, au moins, une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Les différences entre provinces sont importantes : c'est dans la Ville de Kigali que cette proportion est la plus élevée (32 %) et dans le Nord qu'elle est la plus faible (8 %). En outre, dans les ménages les plus riches, la proportion de ceux qui possèdent une MII est de 37 %, soit une proportion plus de deux fois supérieure à la moyenne nationale (15 %).

Utilisation de moustiquaires par les enfants

Dans l'ensemble, 13 % des enfants de moins de cinq ans ont dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête. Ce pourcentage varie d'un maximum de 24 % dans la Ville de Kigali, à un minimum de 8 % au Nord.

Utilisation de moustiquaires par les femmes et les femmes enceintes

Dans l'ensemble 11 % des femmes de 15-49 ans ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête. La proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une MII est plus élevée et atteint 17 %. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (29 % contre 16 %), parmi les femmes instruites que parmi celles qui n'ont aucune instruction (35 % contre 10 %). De même, dans le quintile le plus pauvre, seulement 8 % des femmes enceintes ont dormi sous une MII pour se protéger du paludisme ; dans le quintile le plus riche, cette proportion atteint 36 %.



ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

Allaitement

La quasi-totalité des enfants nés au cours des cinq dernières années (97 %) ont été allaités. Cependant, 41 % seulement ont été allaités dans l'heure qui a suivi la naissance et 24 % ont reçu des aliments avant le début de l'allaitement.

Les enfants du milieu rural sont allaités plus longtemps que ceux du milieu urbain (durée médiane de 25,6 mois contre 21,9 mois).

Une proportion élevée d'enfants de moins de 6 mois (88 %) sont nourris exclusivement avec du lait maternel. À partir de six mois, l'âge auquel l'allaitement seul ne suffit plus pour garantir la meilleure croissance possible des enfants, il est recommandé qu'en plus du lait maternel, des aliments solides de complément soient introduits dans l'alimentation : au Rwanda, seulement 69 % des enfants de 6-9 mois reçoivent des aliments de complément.

État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans

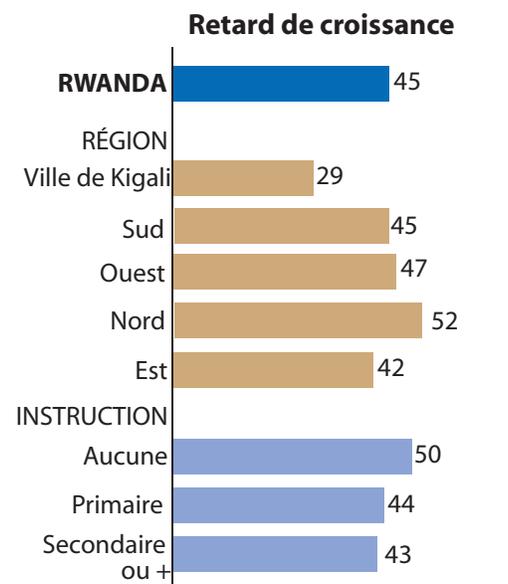
Parmi les enfants de moins de cinq ans, 45 % accusent un retard de croissance dont 19 % sous une forme sévère. À 12-23 mois, plus d'un enfant sur deux (55%) est trop petit pour son âge. Les niveaux du retard de croissance présentent des variations importantes selon le milieu et la région de résidence : en milieu rural, la proportion d'enfants présentant cette forme de malnutrition est plus élevée qu'en milieu urbain (47 % contre 33 %) ; de plus, les proportions varient d'un maximum de 52 % dans la province Nord à un minimum de 29 % dans la Ville de Kigali. De même, la prévalence du retard de croissance est influencée par le niveau socioéconomique du ménage puisque 30 % des enfants vivant dans un ménage du quintile le plus riche souffrent de malnutrition chronique modérée contre 55 % dans le quintile le plus pauvre.

Parmi les enfants de moins de cinq, 4 % souffrent de malnutrition aiguë : ils sont émaciés. La prévalence de l'émaciation est particulièrement élevée chez les enfants de 12-23 mois (9 %) et parmi ceux dont la taille à la naissance était petite (10 %).

De plus, les résultats de l'enquête montrent que 23 % des enfants de moins de cinq ans présentent une insuffisance pondérale. À 12-23 mois, cette proportion est de 35 %. De même, la prévalence de l'insuffisance pondérale est particulièrement élevée parmi les enfants dont la taille à la naissance était très petite (54 %) ou petite (32 %).



© 2004 Amber Beckham, avec la permission de Photoshare



Pourcentage d'enfants <5 ans avec un retard de croissance

État nutritionnel des femmes

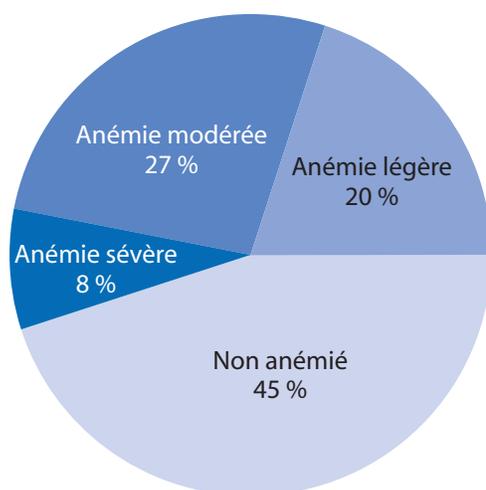
Au Rwanda, la taille moyenne des femmes est de 156,6 centimètres et 4 % sont de très petite taille (inférieure à 145 centimètres). Une femme sur dix a un Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5 kg/m² et présente donc une déficience énergétique chronique. Parmi les jeunes filles de 15-19 ans et dans la province du Sud, cette proportion est plus élevée (respectivement, 17 % et 13 %).

À l'opposé, 12 % des femmes ont un indice élevé (supérieur ou égal à 25 kg/m²) et entrent dans la catégorie des surpoids.

Prévalence de l'anémie chez les enfants

Au Rwanda, environ la moitié des enfants de 6-59 mois (56 %) sont anémiés : 20 % le sont sous une forme légère, 27 % sous une forme modérée et 9 % sont atteints d'anémie sévère. Parmi les enfants de 6-9 mois et parmi ceux de la Ville de Kigali cette proportion est plus élevée, puisqu'elle atteint ou dépasse 70 %.

Un enfant sur deux est anémié



Prévalence de l'anémie chez les femmes

Au Rwanda, 33 % des femmes souffrent d'anémie dont 11% sous une forme modérée et 3 % sous une forme sévère. C'est dans la Ville de Kigali que cette proportion est la plus élevée (46 %).

Complément en vitamine A et sel iodé

La carence en vitamine A ou l'avitaminose A affecte le système immunitaire de l'enfant et augmente ses risques de décéder. L'UNICEF et l'OMS recommandent que dans tous les pays où la mortalité infantile-juvénile est supérieure à 70 pour mille et ceux dans lesquels la carence en vitamine A est un problème de santé publique, il soit mis en place un programme de contrôle de la vitamine A.

Une proportion élevée d'enfants de moins de cinq ans ont reçu des compléments de vitamine A (84 %). C'est dans la province Nord que cette proportion est la plus élevée (90 %).

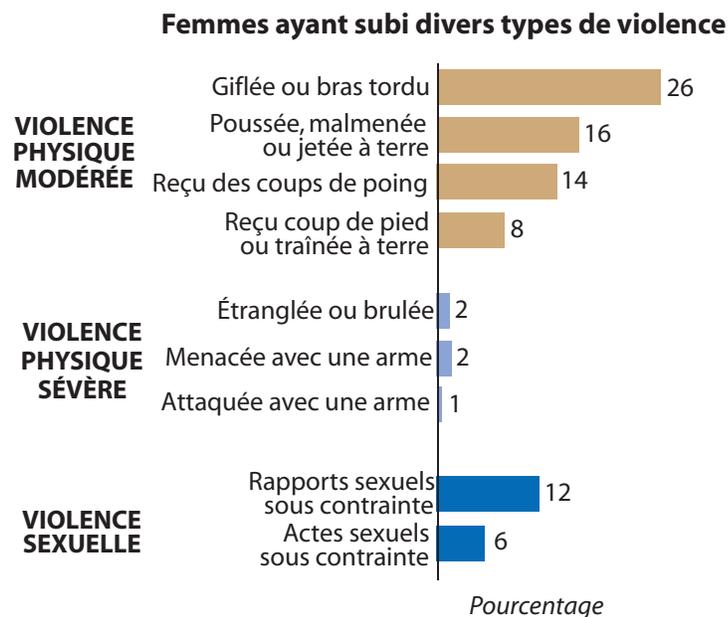
Le manque d'iode dans l'organisme peut entraîner un retard dans le développement mental de l'enfant et provoquer un accroissement du volume du goitre chez les adultes. Plus de quatre ménages sur cinq (88 %) utilisent du sel suffisamment iodé (15 PPM ou plus).

VIOLENCE DOMESTIQUE

Au Rwanda, près d'un tiers des femmes (31 %) ont subi, à un moment donné, depuis l'âge de 15 ans, des violences physiques et, dans 19 % des cas, les femmes ont subi ces actes de violence au cours des 12 derniers mois. Dans 47 % des cas, l'auteur de ces violences est le mari/partenaire seul.

Les résultats de l'enquête montrent également que 35 % des femmes ont été confrontées, à un moment donné, à des actes de violence conjugale, que cette violence se soit manifestée sous une forme physique, émotionnelle ou sexuelle. La proportion de femmes ayant déclaré avoir subi récemment des actes de violence conjugale est très élevée (80 %). Dans près de 40 % des cas, les femmes ont été fréquemment confrontées à des actes de violence conjugale (au moins 3 fois) au cours de l'année passée alors que pour plus d'un tiers (36 %), ces actes se sont répétés une à deux fois.

En outre, 10 % des femmes ont déclaré avoir subi des actes de violences alors qu'elles étaient enceintes. Ce sont les femmes en rupture d'union qui ont le plus fréquemment déclaré avoir subi des actes de violence au cours d'une grossesse (17 %).



ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES

Au Rwanda, 29 % des enfants de moins de 18 ans sont considérés comme des orphelins ou des enfants vulnérables (OEV). C'est dans la Ville de Kigali que l'on constate la proportion la plus élevée (35 %).

Les résultats ont montré que les OEV sont désavantagés sur le plan scolaire par rapport aux autres enfants.

Quand les enfants ont leurs deux parents en vie et qu'ils vivent avec au moins un des deux parents, 91 % vont à l'école. Par contre, quand les deux parents sont décédés, seulement 75 % continuent d'aller à l'école.

En ce qui concerne les soins et le support aux ménages ayant en charge des OEV, on constate que très peu de ménages ont bénéficié d'une aide gratuite pour s'occuper de ces enfants vulnérables. Dans 9 % des cas, les ménages ont reçu une assistance pour l'école. Les autres types de support, qu'il s'agisse d'un support médical (3 %), d'un support émotionnel (2 %) ou d'un support social ou matériel (2 %) n'ont atteint qu'une faible proportion d'OEV.



© 2001 David Awasum/CCP, avec la permission de Photoshare

MORTALITÉ

Mortalité des enfants

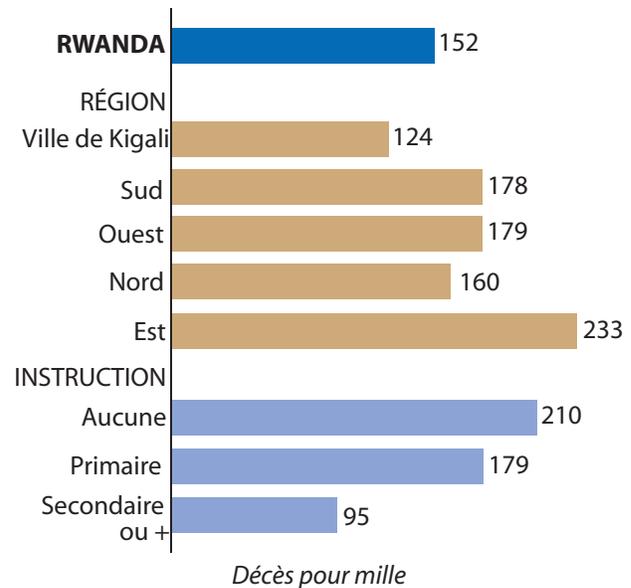
Au cours de la période 2001-2005, 86 naissances vivantes sur 1 000 sont décédées avant d'atteindre leur premier anniversaire et sur 1 000 enfants âgés d'un an, 72 n'ont pas atteint leur cinquième anniversaire. Globalement, sur 1000 enfants nés vivants, 152 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire. En outre, les données observées montrent que la mortalité infantile est nettement plus élevée en milieu rural (108 ‰) qu'en milieu urbain (69 ‰). Cette différence persiste au-delà d'un an (94 ‰ contre 57 ‰). La tendance est la même pour la mortalité entre la naissance et cinq ans puisque, en milieu rural, le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé à 192 ‰ contre 122 ‰ en milieu urbain.

Les résultats de l'enquête actuelle mettent en évidence une diminution très nette des taux de mortalité infantile et infanto juvénile depuis l'EDSR-II de 2000. Cependant la comparaison des résultats avec la première enquête, effectuée en 1992, montre que les taux estimés à cette enquête sont pratiquement similaires. Il semble donc qu'après les répercussions négatives sur les niveaux de mortalité causées par le génocide de 1994, la situation ait commencé à s'améliorer.

Mortalité maternelle

La mortalité maternelle est très élevée au Rwanda. Pour la période 2000-2004, le taux de mortalité maternelle est estimé à 750 décès pour 100 000 naissances vivants. Ce taux a connu une baisse non négligeable par rapport à celui estimé par l'EDSR-II de 2000 ; il était de 1 071 pour la période de 1995-1999.

La mortalité infanto-juvénile



SIDA

Prévalence du sida

Au Rwanda, la prévalence du VIH dans la population adulte, âgée de 15-49 ans, est évaluée à 3 %. Ce taux est plus élevé parmi les femmes que parmi les hommes (3,6 % contre 2,3 %). De même, la prévalence est nettement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (7,3 % contre 2,2 %).

Connaissance du sida et des moyens de prévention

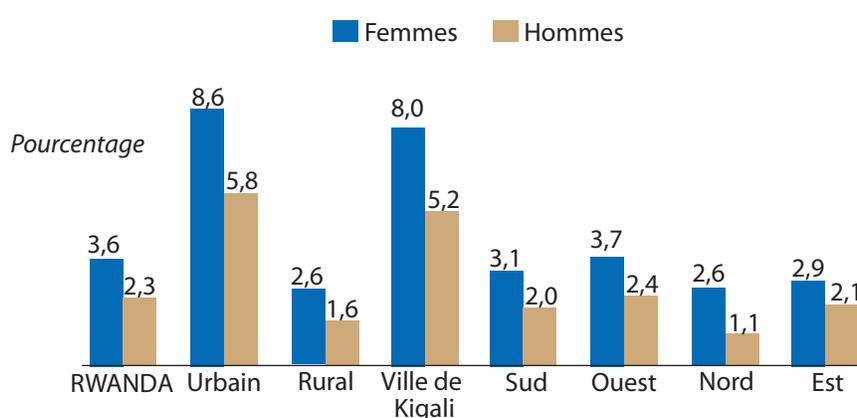
Au Rwanda, la quasi-totalité des hommes et des femmes ont entendu parler du sida. Cependant, seulement 54 % des femmes et 58 % des hommes ont une connaissance « complète » du VIH/sida, c'est-à-dire qu'ils possèdent les informations correctes concernant les moyens de prévention et de transmission du VIH/sida. Parmi les femmes et les hommes sans instruction, parmi ceux du milieu rural, parmi ceux qui vivent dans un ménage du quintile le plus pauvre, la proportion de ceux qui sont correctement informés est beaucoup plus faible que dans les autres sous-groupes de population.

En outre, 64 % des femmes et 80 % des hommes savent que le VIH/sida peut être transmis de la mère à l'enfant au cours de l'allaitement et que la prise de certains médicaments peut réduire le risque de transmission maternelle.

Parmi les jeunes femmes de 15-24 ans, seulement une sur deux a une connaissance « complète » du VIH/sida. Parmi les jeunes hommes, cette proportion est de 54 %. En outre, 73 % des jeunes hommes connaissent un endroit où se procurer un condom contre seulement 37 % des jeunes femmes.

Parmi les jeunes célibataires de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels, seulement 25 % des femmes et 39 % des hommes ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels.

La prévalence du VIH



RECOMMANDATIONS

Les résultats issus de la 3ème enquête démographique et de santé imposent les recommandations suivantes :

Caractéristiques des femmes et des hommes enquêtés

La proportion de la population jeune étant proportionnellement importante au Rwanda, toutes les politiques et programmes sectoriels devraient en tenir compte ;

Pour contribuer à la diminution de la mortalité infantile, la généralisation des sources d'eau potable et des toilettes protégées est nécessaire surtout en milieu rural.

Santé de la mère et de l'enfant et planification familiale

La fécondité est une variable importante pour la santé de la mère et de l'enfant. A partir des EDSR précédentes, on a constaté que la fécondité tend à diminuer mais de façon lente depuis ces dix dernières années. De même, bien qu'il ait augmenté depuis 2000, la prévalence contraceptive demeure faible au sein des couples rwandais alors que les besoins en matière de contraception ne cessent d'augmenter. Ainsi pour améliorer les tendances actuelles et faciliter l'atteinte des objectifs définis dans le document de la vision 2020 et de la Politique Nationale de Population pour le Développement Durable il faut :

Aider la population et les femmes rwandaises, en particulier, à réduire leur fécondité, notamment :

- En mettant en œuvre des programmes efficaces visant à satisfaire leurs besoins en planification familiale tels qu'ils sont exprimés dans cette enquête ;
- En suscitant l'intérêt à la planification familiale chez celles/ceux qui n'en expriment pas le besoin actuellement par le renforcement des services d'IEC et BCC, tout en mettant à leur disposition les services nécessaires à cet effet ;
- En renforçant la diminution observée de la fécondité dans les tranches d'âges jeunes et âgées (fécondité des adolescentes et celles des femmes de plus de 40 ans) ;
- En mettant en œuvre une série d'autres mesures susceptibles de faire décroître la fécondité en agissant sur les déterminants tant directs qu'indirects de celle-ci, spécialement une meilleure scolarisation des femmes.

Aider les couples à discuter sur la taille de leur famille avant et après le mariage ;

Faire comprendre aux hommes le bien fondé de la PF sur la santé du couple mère-enfant en particulier;

Former et placer les prestataires de PF qualifiés dans toutes les formations sanitaires du pays;

Mener une campagne de sensibilisation :

- Pour faire comprendre aux mères ou aux futures mères l'importance d'effectuer les quatre visites prénatales recommandées par l'OMS et le PEV du Rwanda ainsi que la visite postnatale dans l'intervalle de deux jours qui suit l'accouchement, surtout quand les mères ont accouché à domicile, pour inciter les mères à accoucher dans les établissements de santé ;
- Pour que les parents fassent soigner le plus rapidement possible les enfants atteints des IRA, de la fièvre et de la diarrhée ;

Donner des facilités aux prestataires de santé pour qu'ils puissent effectuer tous les examens de routine durant les consultations prénatales et post-natales ;

Généraliser la prise de fer et des médicaments anti-paludéens préventifs chez les femmes enceintes ;

Prendre des mesures nécessaires pour que les mères soient convenablement protégées contre le tétanos durant la grossesse ;

Identifier les causes à la base du mauvais état nutritionnel structurel chez les enfants et sur la base de cette évaluation, définir, de façon détaillée et mettre en œuvre les actions pour réduire de façon consistante et durable les niveaux de malnutrition chronique, d'émaciation, d'insuffisance pondérale et de la prévalence de l'anémie chez les enfants ;

Promouvoir un sevrage adéquat notamment en éduquant les parents à donner aux enfants les compléments alimentaires en temps opportun, c'est-à-dire dès 6 mois, et ce, en quantité et en qualité suffisante ;

Accroître la distribution de la vitamine A chez les femmes après l'accouchement ;

Maintenir ou encourager la bonne pratique de l'allaitement maternel ;

Sensibiliser les mères à l'allaitement maternel aussitôt après avoir accouché à moins qu'il n'y ait de contre-indication ;

Etudier en profondeur les déterminants de la mortalité maternelle et infantile afin de trouver les stratégies appropriées pouvant contribuer à la diminution des niveaux actuels ;

Prendre les mesures nécessaires pouvant faciliter l'accès des mères et des enfants aux soins de santé.

Paludisme

Généraliser l'utilisation des moustiquaires imprégnées surtout chez les enfants et les femmes enceintes.

Violence domestique

Conjuguer tous les efforts pour éradiquer la violence domestique.

Connaissance Attitudes et Comportements vis-à-vis des IST/SIDA

Renforcer la sensibilisation pour maximiser le niveau de connaissance et de prévention du VIH/SIDA surtout en ce qui concerne les groupes à risque notamment les veuves/séparées/divorcés, les jeunes et la population urbaine ;

Faire en sorte que les conseils sur le VIH et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant soit systématique durant les consultations prénatales et postnatales.

Personnes vulnérables

Etant donné que le pays compte une proportion importante d'enfants vulnérables ou orphelins de moins de 18 ans vulnérables, des programmes spécifiques (prévention au VIH, scolarisation, soins de santé) à leur endroit devraient être renforcés ;

Il devrait être mis en place, si non renforcer au niveau des communautés de base des actions en faveur des personnes vulnérables.

PRINCIPAUX INDICATEURS

	RWANDA	Urbain
Fécondité		
Indice synthétique de fécondité	6,1	4,9
Nombre idéal d'enfants : femmes/hommes	4,3/4,0	3,8/3,7
Âge médian aux premiers rapports sexuels : femmes 25-49	20,3	20,6
Âge médian à la première union : femmes 25-49	20,7	21,5
Âge médian à la première naissance : femmes 25-49	22,0	22,4
Femmes de 15-19 ans qui sont déjà mères ou enceintes (%)	4,1	5,0
Mortalité des enfants (décès pour 1 000 enfants) ¹		
Mortalité infantile	86	69
Mortalité infanto-juvénile	152	122
Planification familiale		
Connaît une méthode (femmes en union, 15-49) (%)	98	
Utilise une méthode (femmes en union, 15-49) (%)	17	32
Utilise une méthode moderne (femmes en union, 15-49) (%)	10	21
Santé de la reproduction		
<i>Femmes qui ont accouché d'une naissance vivante dans les 5 ans précédant l'enquête, qui ont :</i>		
Reçu des soins prénatals auprès de professionnel de santé (%)	94	93
Reçu au moins deux injections antitétaniques (%)	22	27
<i>Naissances dans les 5 ans précédant l'enquête pour lesquelles la mère a :</i>		
Accouché dans un établissement de santé (%)	30	56
Accouché avec l'assistance d'un professionnel de la santé (%)	39	63
Santé de l'enfant		
Enfants de 12-23 mois qui ont reçu tous les vaccins du PEV (%)	75	71
<i>Enfants qui ont été amenés en consultation, parmi les enfants de moins de 5 ans ayant souffert de :</i>		
Infections respiratoires aiguës ou fièvre (%)	27	41
Diarrhée (%)	14	16
Nutrition		
Enfants de 6-59 mois anémiés (%)	55	53
Femmes de 15-49 ans anémiées (%)	33	33
Enfants de moins de 5 ans avec un retard de croissance (%)	45	33
Enfants de moins de 5 ans qui accusent une insuffisance pondérale (%)	23	16
Femmes de 15-49 ans qui sont maigres (IMC < 18,5) (%)	10	10
Paludisme		
Ménages avec au moins une moustiquaire (%)	18	40
Enfants < 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête (%)	16	33
Femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête (%)	20	35
VIH/SIDA		
Femmes/hommes ayant une connaissance complète du sida (%)	54/58	64/63
Femmes/hommes de 15-49 ans qui ont été testé et ont reçu les résultats dans les 12 derniers mois (%)	12/11	23/20
Taux de séroprévalence du VIH chez les femmes (%)	3,6	8,6
Taux de séroprévalence du VIH chez les hommes (%)	2,3	5,8

Rural	Ville de Kigali	Sud	Ouest	Nord	Est
6,3	4,3	5,6	6,6	6,4	6,5
4,4/4,0	3,7/3,2	4,3/4,2	4,6/4,4	4,3/3,8	4,2/3,7
20,2	20,8	21,6	20,0	19,9	19,6
20,6	21,6	21,8	20,4	20,2	19,9
21,9	22,4	22,9	21,7	21,6	21,2
3,9	7,0	3,8	4,0	1,8	5,3
108	68	107	100	89	125
192	124	178	179	160	233
15	36	15	15	16	19
9	23	8	10	10	9
95	93	95	93	97	94
21	33	18	21	21	26
25	58	29	27	31	22
35	62	40	34	34	39
76	62	84	72	81	67
25	44	28	20	32	23
14	19	11	13	23	10
55	70	46	58	54	58
33	46	28	26	32	42
47	29	45	47	52	42
24	14	28	20	24	20
10	10	13	8	7	11
14	40	20	17	10	17
13	31	20	14	9	14
18	24	22	19	14	23
51/56	66/60	60/67	40/47	53/60	57/55
9/9	24/22	9/8	10/10	11/13	10/9
2,6	8,0	3,1	3,7	2,6	2,9
1,6	5,2	2,0	2,4	1,1	2,1

1- Pour les 10 ans avant l'enquête, sauf le taux national qui correspond aux 5 années avant l'enquête