

**République Démocratique du Congo  
Enquête Démographique  
et de Santé  
2013-2014**

**Rapport  
Préliminaire sur la  
Prévalence du VIH**

**Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre  
de la Révolution de la Modernité  
et  
Ministère de la Santé Publique**

**MEASURE DHS  
ICF International  
Rockville, Maryland, USA**

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

Pour tous renseignements concernant l'EDS-RDC II, contacter le Ministère du Plan et SMRM, 4155, Rue des Coteaux, Quartier Petit Pont, Kinshasa/Gombe, BP 9378 Kin 1, Kinshasa, e-mail : [minplan@micronet.cd](mailto:minplan@micronet.cd).

Pour obtenir des informations sur le programme MEASURE DHS, contactez ICF International, 530, Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA ; Téléphone : 301-407-6500, Fax: 301-407-6501, E-mail: [info@DHSprogram.com](mailto:info@DHSprogram.com), Internet: [www.DHSprogram.com](http://www.DHSprogram.com).



RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



**DEUXIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE  
ET DE SANTÉ  
(EDS-RDC II 2013-2014)**

**RAPPORT PRÉLIMINAIRE  
SUR LA PRÉVALENCE DU VIH**

**Ministère du Plan et Suivi  
de la Mise en œuvre de la  
Révolution de la Modernité**

**Ministère de la Santé  
Publique**

**MEASURE DHS, ICF International  
Rockville, Maryland, U.S.A.**

**Juillet 2014**





## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES .....	iii
I. INTRODUCTION .....	1
2. MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE .....	2
2.1 Échantillonnage.....	2
2.2 Questionnaires.....	3
2.3 Test du VIH.....	3
2.4 Formation et collecte des données .....	5
2.5 Traitement des données.....	5
2.6 Procédures de laboratoire.....	6
3. RÉSULTATS : TEST DU VIH .....	8
3.1 Taux de couverture du test du VIH.....	8
3.2 Prévalence du VIH.....	9

## LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET GRAPHIQUES

### Liste des tableaux

Tableau 1 :	Couverture du test du VIH .....	7
Tableau 2 :	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques .....	9

### Liste des figure et graphiques

Figure 1 :	Algorithme du test du VIH .....	7
Graphique 1 :	Prévalence du VIH selon l'EDS-RDC 2007 et l'EDS-RDC II 2013-2014 .....	10
Graphique 2 :	Prévalence du VIH par âge et sexe.....	10

## LISTE DES ACRONYMES

CDC	Centers for Disease Control and prevention, USA
CDV	Centre de Conseils et Dépistage Volontaire
CSPro	Census and Survey Processing
DBS	Dry Blood Spots (Gouttes de sang séché)
DFID	Department For International Development (Département britannique pour le Développement International)
DHS	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DSCR 2	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté de deuxième génération
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDS-RDC	Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo
ESP	Ecole de Santé Publique
FHI	Family Health International
GPS	Geographic Position System
ICF	Inner City Fund
INRB	Institut National de Recherche Biomédicale
INS	Institut National de la Statistique
LNR	Laboratoire National de Référence
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PARSS	Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
PBS	Phosphate Buffer Saline
PEPFAR	President's Emergency Plan For AIDS Relief
PND	Programme National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA et les Infections sexuellement Transmissibles
RDC	République Démocratique du Congo
SANRU	Soins de Santé Primaire en milieu Rural
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UCLA	Université de Californie à Los Angeles
UNC	Université de Caroline du Nord (USA)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities (Fonds des Nations Unies pour la Population)
USAID	United States Agency for International Development (Agence américaine pour le développement international)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## 1. INTRODUCTION

La deuxième Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo (EDS-RDC II) a été réalisée en 2013-2014 dans le cadre du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (*Demographic and Health Surveys* - MEASURE DHS).

Elle a été initiée par le Gouvernement de la RDC pour disposer des outils lui permettant i) d'évaluer à mi-parcours ses programmes et projets de développement et, en particulier, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2001-2015) du Ministère de la Santé Publique, et le Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté de la deuxième génération (DSCR 2, 2011-2015) ; ii) d'actualiser les principaux indicateurs démographiques et sanitaires de base. Pour ce faire, l'EDS-RDC II a collecté des données sur les niveaux de fécondité ; les préférences en matière de fécondité ; la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale ; la mortalité des enfants ; la mortalité maternelle ; la santé maternelle et infantile ; les pratiques en matière d'allaitement ; l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de 5 ans ; la possession et l'utilisation de moustiquaires ; la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du VIH/Sida et d'autres infections sexuellement transmissibles ; les dépenses des ménages en matière de santé ; le travail et la discipline des enfants ; et les violences domestiques. L'EDS-RDC II a également réalisé sur le terrain le test d'anémie chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans et le test de diagnostic rapide du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. Par ailleurs, cette enquête a permis de collecter des échantillons de sang sur lames ou sur papiers filtres pour la réalisation, dans les laboratoires spécialisés, du test de VIH chez les femmes de 15-49 ans et chez les hommes de 15-59 ans ainsi que des tests de parasitémie palustre et d'immunisation contre la rubéole, la rougeole, la poliomyélite et le tétanos chez les enfants de moins de 5 ans.

Un premier rapport préliminaire des résultats de l'EDS-RDC II a été publié en Mai 2014. Cependant, à cette date, les échantillons sanguins prélevés pour déterminer la prévalence du VIH n'avaient pas encore été analysés par le Laboratoire National de Référence (LNR). Le LNR venant de terminer les tests, le présent rapport présente les résultats préliminaires sur la prévalence du VIH. Une analyse complète des données sera publiée dans les prochains mois.

Bien que préliminaires, les résultats présentés dans ce rapport préliminaire ne devraient pas être significativement différents de ceux qui figureront dans le rapport final. Ils peuvent donc être utilisés sans crainte par les responsables des politiques et programmes de population et de santé.

## **2. MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE**

### **2.1 Échantillonnage**

L'EDS-RDC II visait à produire des résultats représentatifs au niveau de l'ensemble du pays, au niveau du milieu urbain et du milieu rural séparément, et au niveau de chacune des onze provinces. En outre, pour la plupart des indicateurs, l'EDS-RDC II visait à produire des résultats représentatifs au niveau de chacune des vingt six nouvelles provinces, chaque nouvelle province étant un domaine d'étude. Pour ce faire, le territoire national a été découpé en vingt-six domaines d'étude et, dans chaque domaine d'étude, trois strates ont été créées : la strate des villes statutaires, la strate des cités et la strate du milieu rural. Le tirage de l'échantillon a été fait strate par strate. Ainsi, l'échantillon de l'EDS-RDC II est basé sur un sondage aréolaire, stratifié au niveau des unités primaires et tiré à plusieurs degrés.

Pour les strates des villes statutaires et des cités, on a tiré, au premier degré, un certain nombre de quartiers à partir de la liste exhaustive de l'ensemble des quartiers des villes ou des cités. Au second degré, on a tiré 34 ménages dans les quartiers sélectionnés au premier degré. Pour les strates du milieu rural, on a tiré au premier degré le secteur ou la chefferie et au deuxième degré un ou plusieurs villages dans les secteurs et chefferies tirés au premier degré. Au troisième degré, on a tiré 34 ménages dans les villages tirés au deuxième degré. Au premier degré, le tirage a été effectué avec probabilité proportionnelle à la taille en population des unités de sondage, tandis qu'aux deuxième et troisième degrés, on a procédé à un tirage systématique avec probabilité égale. La base de sondage de l'EDS-RDC II est le recensement général de la population de 1984 qui a été actualisé partiellement plusieurs fois par des recensements administratifs et récemment par l'élection présidentielle. Cette base de sondage est la même que celle qui a été utilisée par l'enquête MICS de 2010 et par l'enquête 1-2-3 (Emploi, Secteur Informel et Consommation des ménages) de 2012, menées par l'Institut National de la Statistique (INS).

L'unité de sondage finale retenue est la grappe (quartier ou village) et, au total, 540 grappes ont été tirées. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces unités a fourni une liste exhaustive de ménages à partir de laquelle a été tiré un échantillon de ménages. La grappe correspond au quartier ou au village lorsque la taille de celui-ci, en ménages, n'excède pas 500. Au-delà de ce nombre, le quartier ou le village échantillonné a été subdivisé en plusieurs segments parmi lesquels un seul a été retenu dans l'échantillon. À l'opposé, les villages de petite taille ont été regroupés.

Au total, 18 360 ménages (5 474 en milieu urbain dans 161 grappes et 12 886 en milieu rural dans 379 grappes) ont été sélectionnés. Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux, tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour être enquêtés.

Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour le test du VIH. Dans le même sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme, on a réalisé un test d'hémoglobine pour estimer la



prévalence de l'anémie auprès de toutes les femmes, tous les hommes et tous les enfants de 6-59 mois identifiés dans les ménages. Dans ce même sous-échantillon, toutes les femmes ainsi que tous les enfants de moins de cinq ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin d'évaluer leur état nutritionnel. Enfin, dans ce sous-échantillon, les enfants de 6-59 mois étaient également éligibles pour un test du paludisme et pour des tests de couverture vaccinale. Par ailleurs, dans le sous-échantillon de ménages non sélectionnés pour l'enquête homme, une seule femme était éligible pour le module sur les violences domestiques.

## 2.2 Questionnaires

Trois types de questionnaires ont été utilisés pour collecter les données de l'EDS-RDC II : le questionnaire ménage, le questionnaire femme et le questionnaire homme. Le contenu de ces questionnaires est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme MEASURE DHS. Une adaptation aux besoins spécifiques de la RDC a été faite sur des bases participatives au cours de plusieurs réunions ayant regroupé toutes les parties prenantes à cette enquête.

Le **questionnaire ménage** a permis d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, etc. Il a aussi permis d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour des interviews individuelles et de collecter des informations sur les caractéristiques du ménage, telles que la principale source d'eau de boisson, le type de toilettes, le type de matériaux du sol du logement, la possession de certains biens durables, la possession et l'utilisation de la moustiquaire, le lavage des mains et le degré d'iodation du sel de cuisine utilisé dans le ménage. Le questionnaire ménage a aussi servi à collecter des données sur les dépenses de santé des ménages, le travail des enfants, la discipline de l'enfant, et l'handicap.

Enfin le questionnaire ménage a également été utilisé pour enregistrer les résultats des mesures anthropométriques (poids et taille), des tests d'hémoglobine et de paludisme, et des prélèvements sanguins effectués pour le test du VIH et les tests de couverture vaccinale.

Le **questionnaire individuel femme** a été utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans, résidentes ou visiteuses. Il comprend de nombreuses informations notamment sur la fécondité, la mortalité maternelle et la mortalité des enfants, la santé de la mère et de l'enfant, le mariage et l'activité sexuelle, les violences domestiques, ainsi que sur les connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/sida et d'autres infections sexuellement transmissibles.

Le **questionnaire individuel homme** est complètement indépendant du questionnaire femme, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15-59 ans sont identiques à celles posées aux femmes de 15-49 ans, notamment celles relatives à l'activité sexuelle et aux connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/sida et des autres infections sexuellement transmissibles.

## 2.3 Test du VIH

Dans la moitié des ménages où on a réalisé l'enquête homme, toutes les femmes de 15-49 ans, tous les hommes de 15-59 ans et tous les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test d'hémoglobine. Dans la même moitié des ménages, les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test de paludisme et les tests pour la couverture vaccinale. Toujours dans le même sous-échantillon, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test du VIH. Les protocoles pour les tests d'anémie, du paludisme, de la couverture vaccinale et du VIH ont été approuvés par les différents comités d'éthique dont le Comité d'Éthique de l'Ecole de Santé Publique (ESP) de l'Université de Kinshasa et le Comité d'Éthique (*Institutional Review Board*) d'ICF International. Le protocole de l'enquête a également été revu par le CDC-Atlanta.

Les prélèvements de sang ont été réalisés auprès de tous les hommes et de toutes les femmes éligibles qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'est pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Par contre, au moment de la collecte, on a remis aux personnes éligibles, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, une carte de référence pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuit auprès des établissements de santé offrant ces services. Dans les sites d'enquête où ces services ne sont pas disponibles, le projet EDS-RDC II a bénéficié de l'appui de *Family Health International* (FHI 360) et de Caritas/Congo pour offrir ces services en organisant des Centres de Conseils et Dépistage Volontaire (CDV) mobiles et à court terme.

Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur prélevait des gouttes de sang capillaire sur un papier filtre. Une étiquette contenant un code à barres était alors collée sur le papier filtre. On a ensuite collé une deuxième étiquette avec le même code à barres sur le questionnaire ménage, sur la ligne correspondant à la personne éligible. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures dans une boîte de séchage contenant un dessicatif pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché (Dry Blood Spot – DBS) était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Les sacs en plastique individuels ont été ainsi conservés jusqu'à leur acheminement à la coordination de l'enquête à Kinshasa pour enregistrement, vérification et transfert au Laboratoire National de Référence (LNR). Celui-ci enregistrait à son tour les prélèvements et scannait les codes à barre avant de les stocker à basse température (- 80 degrés Celsius).

Après la présentation des résultats préliminaires, tous les identifiants permettant de retrouver un individu (plus précisément les numéros de ménage et de grappe) ont été brouillés et remplacés par des numéros générés aléatoirement. Tous les identifiants originaux ont été détruits du fichier de données. Par ailleurs, tous les questionnaires ont également été détruits. C'est à ce stade là que le LNR a été autorisé à commencer l'analyse des prélèvements de sang. Cette analyse a commencé au LNR à la mi-mai et s'est achevée à la fin juin 2014. En utilisant les codes à barres contenus dans le fichier anonyme des données de l'enquête et les codes

correspondants des tests, il est alors possible d'analyser les résultats de prévalence du VIH en fonction de toutes les variables sociodémographiques et comportementales générées à partir des données de l'enquête.

## **2.4 Formation et collecte des données**

### **2.4.1 Formation**

Afin de garantir une collecte de données fiables, trois sessions de formation du personnel de terrain ont été organisées. La première session de formation a été organisée du 23 avril au 25 mai 2013, pour préparer les candidats superviseurs de terrain à la réalisation de l'enquête pilote. Au total 83 candidats au poste de superviseur de pool et superviseur santé ont été formés durant cinq semaines. Ce sont ces personnes qui ont réalisé sur le terrain l'enquête pilote qui avait pour objectif de tester les outils de collecte, la traduction des questions dans les quatre langues nationales et toute la stratégie de mise en œuvre de l'EDS-RDC II. La deuxième session de formation a été organisée du 10 juillet au 12 août 2013, pour préparer les candidats superviseurs de terrain à la réalisation de l'enquête principale à Kinshasa. Parmi les 83 candidats formés au premier tour, 78 ont été retenus pour la deuxième session qui a également duré cinq semaines. Parmi les 78 personnes formées, 72 ont été sélectionnées pour mener l'enquête principale à Kinshasa. La troisième session de formation s'est déroulée dans les 33 pools d'enquête, dans la période allant du 20 octobre au 2 décembre 2013. Elle a été animée par les superviseurs de pool, avec l'appui des superviseurs santé, et a concerné 626 candidats enquêteurs/Enquêtrices et agents de santé.

Toutes les sessions de formation ont porté sur les techniques d'interview ; le remplissage des questionnaires ; les techniques de prise des mesures anthropométriques, de prélèvement des échantillons de sang, de réalisation du TDR de paludisme et du test d'anémie, de collecte de sang sur lames pour la goutte épaisse (enfants) et de collecte des DBS pour les tests de couverture vaccinale (enfants) et le test de VIH (adultes) ; les techniques de mise à jour cartographique des zones d'enquête, de tirage de l'échantillon des ménages à enquêter et de relevé des coordonnées géographiques des grappes à l'aide d'unités GPS.

### **2.4.2 Collecte des données**

Les travaux de terrain de l'enquête principale ont été réalisés en deux temps. Ils ont d'abord été réalisés à Kinshasa, du 13 août au 12 septembre 2013 par les 72 candidats superviseurs de pool et superviseurs santé. Ensuite, ils se sont déroulés dans les 33 pools, du 20 novembre 2013 au 7 février 2014 et exécutés par 560 agents répartis en 130 équipes de travail. Chaque équipe urbaine ou urbano-rurale était composée de six personnes : un chef d'équipe, une contrôlease, un enquêteur agent de santé, une enquêtrice agent de santé et deux enquêtrices. Une équipe rurale comprenait 4 personnes : un chef d'équipe/contrôleur, un enquêteur agent de santé, une enquêtrice agent de santé et une enquêtrice. Un certain nombre d'équipes (deux à six) étaient placées sous la responsabilité d'un superviseur de pool (33 personnes) appuyé par un superviseur santé (33 personnes). Les contrôleuses et les chefs d'équipes ont reçu une formation complémentaire axée sur le contrôle technique, l'organisation et la logistique, le contact avec les autorités et les populations.

## **2.5 Traitement des données**

Le traitement de données de l'enquête était réalisé parallèlement aux travaux de collecte des informations auprès des ménages pour un meilleur suivi de la qualité des données recueillies par les agents de terrain. La saisie a été organisée au moyen du logiciel CSPro. Un programme de contrôle de qualité a permis de détecter pour chaque équipe à Kinshasa et pour chaque pool dans les autres provinces, les principales erreurs de collecte. Ces informations étaient communiquées aux équipes à Kinshasa et aux superviseurs dans les pools lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données.

La vérification de la cohérence interne des données saisies a été réalisée de mi-septembre à mi-octobre 2013 pour Kinshasa. Celle des données des 33 pools a débuté le 3 décembre 2013 et s'est achevée le 30 mars 2014. L'édition et l'apurement final de l'ensemble des données se sont poursuivis jusqu'en mai 2014.

Le traitement des données a été réalisé par 36 agents de saisie, un contrôleur de saisie, un superviseur de saisie, 16 agents d'édition et un superviseur d'édition et un informaticien.

## **2.6 Procédures de laboratoire**

Le LNR perforait d'abord le papier filtre contenant les gouttes de sang séchées à l'aide d'une poinçonneuse. Le disque de papier coupé, mesurant approximativement 6 mm de diamètre, était ensuite plongé dans 200 microlitres de Phosphate Buffer Saline (PBS) pendant une nuit pour élution. L'éluat obtenu était directement utilisé pour les tests sérologiques selon l'algorithme suivant (Figure 1) :

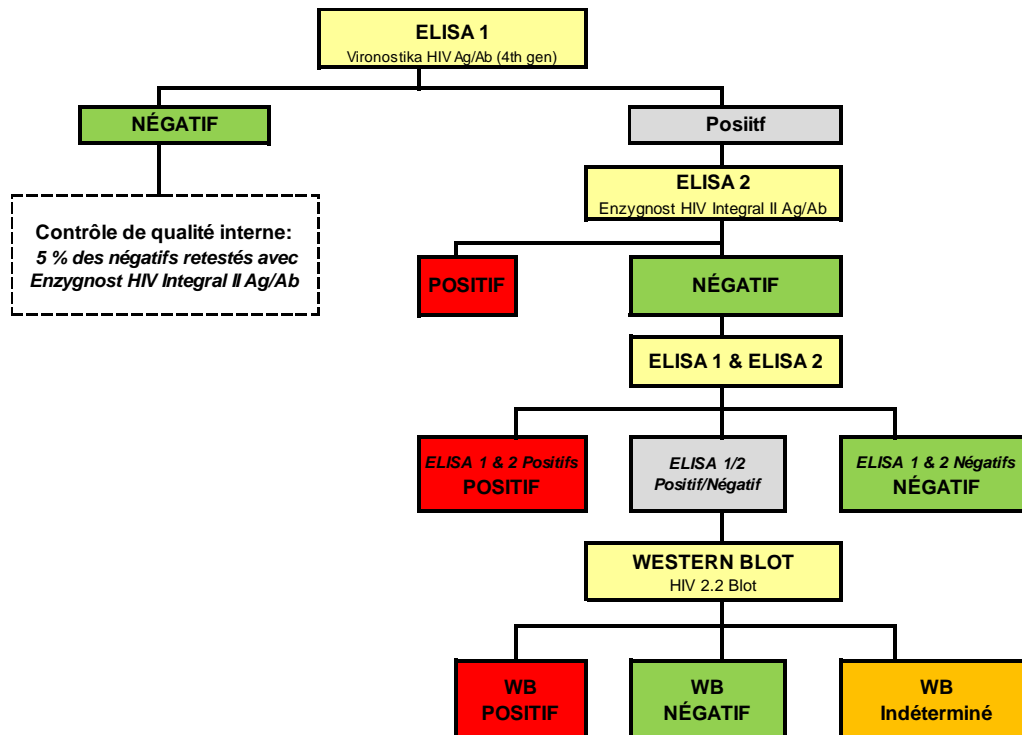
- Tous les échantillons ont été testés avec Vironostika HIV Ag/Ab (BioMérieux) (ELISA 1) selon les recommandations du fabricant. Il s'agit d'un ELISA très sensible, d'où son utilisation en première intention.
- Tous les échantillons dépistés positifs ainsi que 5 % des négatifs à ce premier test ont été ensuite analysés avec Enzygnost Integral II HIV Ag/Ab (Siemens) (ELISA 2).
- Tous les échantillons discordants Vironostika positifs/ Enzygnost négatifs ont été à nouveau testés en parallèle avec Vironostika HIV Ag/Ab et Enzygnost Integral II HIV Ag/Ab.
- En cas de nouvelle discordance entre ces deux tests, un Western Blot (HIV 2.2 Blot - MP Biomedicals) était utilisé pour confirmation.

Le contrôle de qualité a été effectué à plusieurs niveaux :

- Sur chaque plaque de tests, étaient inclus des contrôles fournis avec la trousse de dépistage selon les recommandations du fabricant, ainsi que des contrôles (positifs et négatifs) fournis par le CDC..
- 5 % des échantillons négatifs testés avec Vironostika ont été confirmés avec Enzygnost.

- En outre, 5 % des échantillons négatifs et 100 % des positifs ont été envoyés au Laboratoire de Recherche et de Santé Publique, KEMRI CDC, Kisumu, Kenya pour le contrôle de qualité externe. Les résultats de ce contrôle seront présentés dans le rapport final.

**Figure 1 Algorithme du test du VIH**



### 3. RÉSULTATS : TEST DU VIH

#### 3.1 Taux de couverture du test

Le tableau 1 fournit les taux de couverture du test de dépistage du VIH chez les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans selon le milieu de résidence.

Tableau 1 Couverture du test du VIH

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont effectué, ou non, le test du VIH selon le milieu de résidence et la région (non pondéré), République Démocratique du Congo, 2013-2014

Résultat du test par sexe	Résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
<b>Femme 15-49</b>			
DBS testé et femme interviewée <sup>1</sup>	93,7	97,0	95,8
DBS testé et femme non interviewée <sup>1</sup>	0,2	0,3	0,2
A refusé de de fournir du sang et interviewée	3,5	1,4	2,2
A refusé de fournir du sang et non interviewée	1,4	0,3	0,7
Absente au moment de la collecte de sang et interviewée	0,2	0,2	0,2
Absente au moment de la collecte de sang et non interviewée	0,4	0,2	0,2
Autre interviewée <sup>2</sup>	0,2	0,5	0,4
Autre non interviewée <sup>2</sup>	0,4	0,1	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	3 500	6 221	9 721
<b>Homme 15-59</b>			
DBS testé et homme interviewé <sup>1</sup>	90,1	95,7	93,7
DBS testé et homme non interviewé <sup>1</sup>	0,3	0,3	0,3
A refusé de de fournir du sang et interviewé	4,6	2,0	2,9
A refusé de fournir du sang et non interviewé	3,1	0,7	1,6
Absent au moment de la collecte de sang et interviewé	0,4	0,3	0,3
Absent au moment de la collecte de sang et non interviewé	0,7	0,4	0,5
Autre interviewé <sup>2</sup>	0,5	0,5	0,5
Autre non interviewé <sup>2</sup>	0,3	0,1	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	3 147	5 736	8 883
<b>Ensemble</b>			
DBS testé et interviewé <sup>1</sup>	92,0	96,4	94,8
DBS testé et non interviewé <sup>1</sup>	0,3	0,3	0,3
A refusé de de fournir du sang et interviewé	4,0	1,7	2,5
A refusé de fournir du sang et non interviewé	2,2	0,5	1,1
Absent au moment de la collecte de sang et interviewé	0,3	0,3	0,3
Absent au moment de la collecte de sang et non interviewé	0,5	0,3	0,4
Autre interviewé <sup>2</sup>	0,4	0,5	0,5
Autre non interviewé <sup>2</sup>	0,3	0,1	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	6 647	11 957	18 604

<sup>1</sup> Y compris les prélèvements de sang séchés (DBS) testés au laboratoire et pour lesquels on dispose d'un résultat, qu'il soit positif, négatif, ou indéterminé. Indéterminé signifie que le prélèvement est passé par tous les stades de l'algorithme mais que le résultat n'a pas été concluant.

<sup>2</sup> Y compris: 1) autres résultats de la collecte de sang (tels que des problèmes techniques sur le terrain), 2) les spécimens perdus, 3) un code barre ne correspondant pas, et 4) autres résultats du laboratoire comme du sang non testé pour raisons techniques, pas assez de sang pour compléter l'algorithme, etc.

Dans l'ensemble, on constate que le taux de couverture du test du VIH est élevé (95 %) quel que soit le sexe et quel que soit le milieu de résidence. Néanmoins, le pourcentage de femmes pour lesquelles on dispose de résultats est légèrement supérieur à celui des hommes (96 % contre 94 %). Par ailleurs, que ce soit pour les hommes ou les femmes, la couverture des tests de dépistage est légèrement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (96 % contre 92 % pour les deux sexes réunis).

Les taux de couverture des tests se sont nettement améliorés par rapport à l'EDS-RDC de 2007 passant, dans l'ensemble, de 88 % à 95 %. Cette amélioration de la couverture des tests concerne aussi bien les femmes (de 90 % à 96 %) que les hommes (de 86 % à 94 %) et aussi bien le milieu urbain (de 86 % à 92 %) que le milieu rural (de 91 % à 96 %).

### 3.2 Prévalence du VIH

Le tableau 2 présente la prévalence du VIH chez les femmes et les hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques. La prévalence est nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (1,6 % contre 0,6 %).

**Tableau 2. Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques**

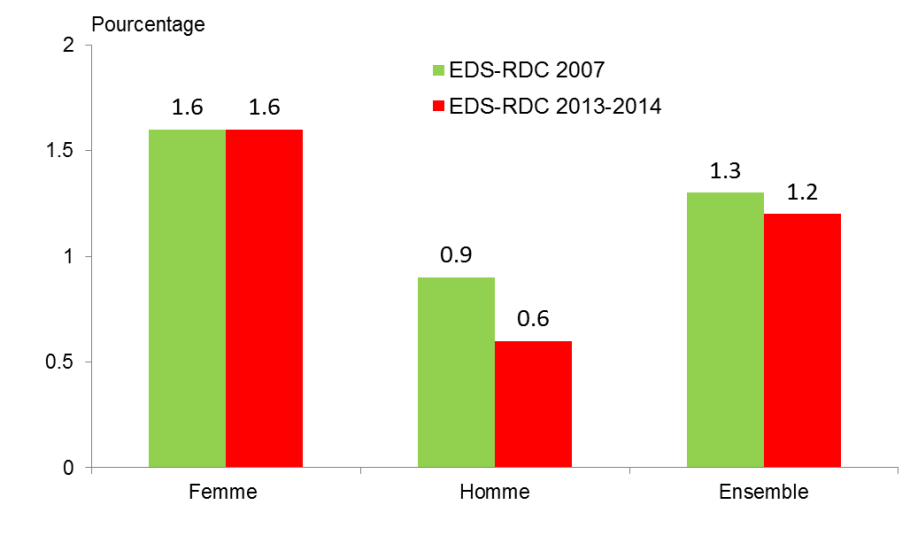
Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans testés selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo, 2013-2014

Caractéristique sociodémographique	Femme		Homme		Ensemble	
	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif
<b>Âge</b>						
15-19	0,7	2 021	0,2	1 692	0,5	3 713
20-24	1,3	1 763	0,6	1 363	1,0	3 126
25-29	1,2	1 755	0,7	1 192	1,0	2 948
30-34	2,4	1 269	0,3	1 014	1,5	2 283
35-39	2,4	1 048	1,2	808	1,9	1 856
40-44	2,9	779	0,2	753	1,5	1 531
45-49	2,0	628	1,2	682	1,6	1 310
<b>Résidence</b>						
Urbain	2,3	3 483	0,7	2 823	1,6	6 305
Rural	1,2	5 781	0,5	4 682	0,9	10 463
<b>Province</b>						
Kinshasa	2,6	1 070	0,3	862	1,6	1 932
Bas-Congo	0,3	432	0,1	329	0,2	762
Bandundu	0,5	1 504	0,1	1 187	0,3	2 691
Équateur	0,7	1 197	0,6	1 063	0,6	2 260
Orientale	3,9	878	0,5	745	2,3	1 623
Nord-Kivu	1,5	824	<0,1	580	0,9	1 404
Sud-Kivu	0,8	621	<0,1	508	0,4	1 129
Maniema	4,0	294	3,9	243	4,0	537
Katanga	1,6	885	1,3	770	1,5	1 655
Kasaï-Oriental	2,4	941	1,1	746	1,8	1 687
Kasaï-Occidental	0,8	618	0,2	471	0,6	1 089
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	1,1	1 465	0,6	311	1,0	1 776
Primaire	1,9	3 429	0,5	1 644	1,4	5 073
Secondaire	1,6	4 041	0,6	4 893	1,0	8 934
Supérieur	2,0	329	0,4	657	0,9	985
Ensemble 15-49	1,6	9 264	0,6	7 504	1,2	16 768
50-59	na	na	0,6	870	na	na
Ensemble 15-59	na	na	0,6	8 374	na	na

na = Non applicable

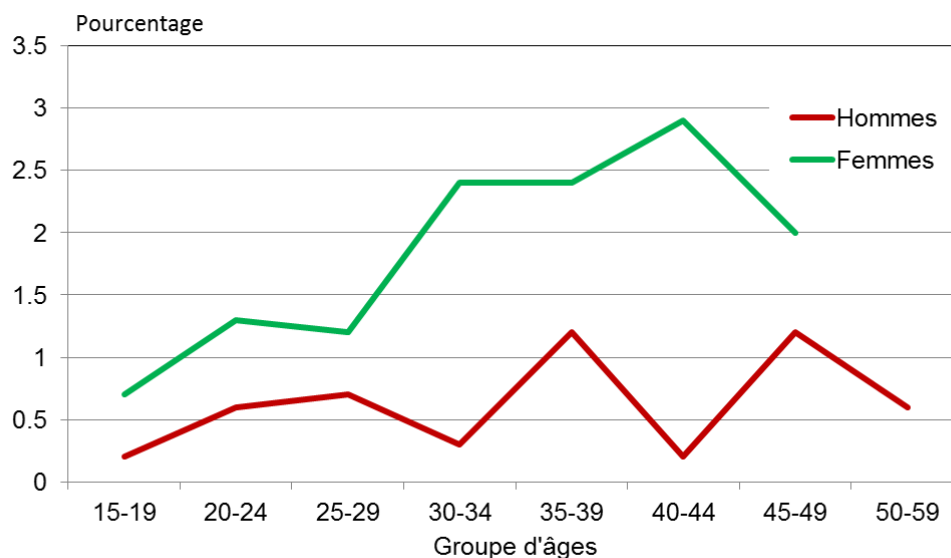
Le graphique 1 compare les niveaux de prévalence du VIH estimés en 2007 (EDS-RDC I) et en 2013-2014 (EDS-RDC II). Chez les femmes, la prévalence est restée inchangée (1,6 %) alors qu'elle a légèrement baissé chez les hommes (de 0,9 % à 0,6 %) et au niveau de l'ensemble des deux sexes (de 1,3 % à 1,2 %). Cependant ces différences ne sont pas statistiquement significatives et on ne peut donc pas conclure à une baisse de la proportion de séropositifs.

**Graphique 1 Prévalence du VIH selon l'EDS-RDC 2007 et l'EDS-RDC II 2013-2014**



Le graphique 2 montre que, chez les femmes, la prévalence augmente rapidement avec l'âge : d'un minimum de 0,7 % à 15-19 ans, elle est plus de trois fois plus élevée à 30-39 ans (2,4 %) et atteint 2,9 % à 40-44 ans, avant de diminuer sensiblement. Chez les hommes, à tous les âges jusqu'à 45-49 ans, le pourcentage de séropositifs est toujours nettement plus faible que celui des femmes. La prévalence varie de façon irrégulière selon l'âge mais, globalement, elle augmente lentement, passant d'un minimum de 0,2 % à 15-19 à un maximum de 1,2 % à 35-39 ans et à 45-49 ans.

**Graphique 2 Prévalence du VIH par sexe et âge**



EDS-RDC II 2013-2014

Par ailleurs, la prévalence du VIH est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain (0,9 % contre 1,6 %). Il convient de noter que si la proportion de femmes séropositives est nettement plus élevée en urbain qu'en rural (2,3 % contre 1,2 %), on ne constate que peu d'écart chez les hommes (respectivement 0,7 % contre 0,5 %).



On constate de fortes variations de prévalence selon les provinces (Tableau 2). Par rapport à la moyenne nationale (1,2 %), la prévalence globale (sexes confondus) est nettement plus faible dans le Sud-Kivu (0,4 %), le Bandundu (0,3 %) et le Bas-Congo (0,2 %), et elle est nettement plus élevée dans la province Orientale (2,3 %) et le Maniema (4,0 %). Dans toutes les provinces la prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Cependant l'écart entre les sexes varie considérablement. Il est très important dans la province Orientale (3,9 % chez les femmes contre 0,5 % chez les hommes) et à Kinshasa (respectivement 2,6 % et 0,3 %), alors qu'il est très limité dans le Katanga (respectivement, 1,6 % et 1,3 %) et le Maniema (4,0 % chez les femmes contre 3,9 % chez les hommes).

Du point de vue du niveau d'instruction, on constate des écarts importants de prévalence aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes, le pourcentage de séropositives est près de deux fois plus élevé chez celles ayant fréquenté l'école que chez celles sans instruction : il atteint son maximum chez les femmes de niveau d'instruction supérieur (2,0 %). Par contre, chez les hommes, on ne constate pratiquement pas de variation selon le niveau d'instruction, la prévalence variant irrégulièrement de 0,6 % à 0,4 %.