Demande et besoin non satisfait de moyens de limitation des naissances au Rwanda

Par Dieudonné Muhoza Ndaruhuye, Annelet Broekhuis et Pieter Hooimeijer

Dieudonné Muhoza Ndaruhuye est chargé de cours au Département des Statistiques Appliquées de l'Université Nationale du Rwanda à Butare (Rwanda). Annelet Broekhuis est première chargée de cours au Department of International Development Studies et Pieter Hooimeijer est professeur au Department of Human Geography and Regional Planning, tous deux à l'Université d'Utrecht à Utrecht (Pays-Bas).

CONTEXTE: *Le Rwanda est le pays d'Afrique qui présente la plus forte densité de population et sa croissance démographique annuelle est considérable. Le gouvernement actuel cherche à définir de nouvelles politiques de limitation des familles au profit d'un développement plus durable.*

METHODES: *Les données de l'Enquête démographique et de santé (EDS) 2005 du Rwanda ont servi à la réalisation d'une analyse en deux étapes. Les facteurs associés au désir de ne plus avoir d'enfants et au besoin non satisfait ont été identifiés par régression logistique binaire.*

RESULTATS: *Quatre-vingt-sept pour cent des femmes de 15 à 49 ans approuvent la planification familiale; 64% seulement croient cependant que leur partenaire y est favorable. Le niveau du besoin non satisfait de limitation des naissances est élevé: 58% des femmes qui ne désirent plus avoir d'enfants ne pratiquent pas la contraception moderne. La demande est moindre parmi les femmes qui n'approuvent pas la planification familiale, qui ignorent la position de leur partenaire à son égard ou qui ont abordé la question avec leur partenaire moins de trois fois. Le besoin non satisfait est supérieur parmi les femmes qui n'approuvent pas la planification familiale, celles qui pensent que leur partenaire ne l'approuve pas ou qui ignorent sa position sur la question et celles qui n'ont jamais abordé la question avec leur partenaire ou qui ne l'ont abordée qu'une ou deux fois.*

CONCLUSIONS: *Les attitudes négatives à l'égard de la planification familiale et les faibles structures de prestations sont les principaux obstacles à la pratique de la contraception moderne au Rwanda. Les services de planification familiale à l'échelle de la collectivité pourraient améliorer grandement l'accès, en particulier dans les provinces sous-desservies.*

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2011, pp. 2–10

Le Rwanda se trouve confronté à de graves problèmes de développement. Son taux élevé de croissance démographique—2,5% par an durant la période 2000–2005—en est un. La grande majorité des neuf millions d'habitants du pays vit en milieu rural; 90% de la population travaillent dans le secteur agricole. Le pays a la plus haute densité de population d'Afrique (350 habitants par kilomètre carré) et, avec un produit national brut de USD 250 par habitant en 2005, il se classe dans le groupe des pays à très faible revenu.[1] Sa croissance démographique élevée contribue à la pression continue sur les ressources naturelles, la terre en particulier—l'une des causes profondes, semble-t-il, des tensions ethniques à la base du massacre de 800.000 Rwandais en 1994.[2] Le pays a enregistré un taux de croissance économique impressionnant (6%) en 2000–2006, tandis que sa population pauvre augmentait cependant d'un demi-million durant la même période.[1]

Les questions de population sont à l'ordre du jour du gouvernement depuis 1981, année de la fondation de l'Office National de la Population (ONAPO). Entre 1981 et 1990, l'ONAPO a concentré ses efforts sur l'amélioration de l'accès aux services et sur la promotion de la planification familiale par l'intermédiaire des abakangurambaga, communicateurs d' «éveil» des populations.[3] En 1990, l'ONAPO a intensifié ses activités, commençant à offrir des méthodes de contraception modernes dans tout le pays. La planification familiale a alors été intégrée à une plus vaste politique de développement nationale visant à accroître la production agricole, à améliorer la santé publique et à promouvoir l'éducation, l'emploi et l'autonomisation des femmes. Ces efforts de développement étaient censés susciter un environnement favorable aux changements comportementaux qui donneraient à leur tour lieu au déclin de la fécondité;[4] le but était de réduire l'indice synthétique de fécondité, de 8,6 à 4,0, et d'augmenter le taux d'emploi de contraceptifs, de 2% à 48%, à l'horizon 2000.[5] La mise en œuvre des différentes politiques entreprises a facilité, certes, une hausse significative de la pratique contraceptive. En 1983, 11% seulement de la population la pratiquaient, par rapport à 21% en 1992 (tableau 1).[6–9]

Après le génocide de 1994, la politique s'est réorientée sur la réunion des familles éclatées et, même si l'ONAPO est resté en vie, aucune activité visant au ralentissement de la croissance démographique n'a plus été entreprise. Huit ans plus tard, l'ONAPO a été dissous et toutes les questions de population ont été transférées au ministère de la Santé. En 2003, le gouvernement a formulé un nouveau plan politique national de population axé sur l'endiguement de la croissance démographique, la gestion des res-

sources naturelles, l'assurance de la sécurité alimentaire, l'accès de tous les enfants à l'enseignement primaire et secondaire, l'égalité des chances et l'engagement des femmes comme des hommes dans le développement.[4] La planification familiale n'est pas mentionnée dans ce plan, l'hypothèse étant qu'une meilleure éducation et de plus hauts niveaux de richesse stimuleraient la demande et la pratique de moyens de limitation des naissances.

En février 2007, le gouvernement du Rwanda faisait savoir qu'il envisageait une nouvelle législation appelée à limiter la taille des familles du pays, proposant la norme de trois enfants par femme.[10] La planification familiale forcée touche cependant un nerf sensible au Rwanda, étant donné les attitudes culturelles et les pertes subies durant le génocide. Le plan n'a jamais été présenté au parlement et le président l'a plus tard qualifié de campagne de «sensibilisation» à la planification familiale,[11] signalant l'ambivalence des dirigeants actuels sur la question.

Bien que le gouvernement reconnaisse dans le Rapport 2007 sur le développement humain qu'une croissance démographique élevée entrave la croissance économique du pays et contribue à la dégradation de l'environnement, sa politique reste axée sur le développement humain et économique durable en tant que mode de limitation de la croissance démographique, plutôt que sur un programme complet de planification familiale. La mobilisation des communautés et l'autonomisation des femmes se sont révélées d'importants facteurs de réduction de l'indice synthétique de fécondité.[1,12] L'offre de soins de santé génésique pourrait cependant ralentir plus efficacement la croissance démographique étant donné l'importance du besoin non satisfait de limitation des naissances. Cet article expose quelques aspects de ce potentiel.

Déclin de la fécondité et structures de l'offre

Au Rwanda, la guerre civile est venue perturber l'amorce du déclin de la fécondité (tableau 1). Malgré l'absence de données concernant la période immédiate de l'après-génocide en 1994, celles de l'Enquête démographique et de santé indiquent que le nombre idéal d'enfants est passé de 4,4 en 1992 à 5,0 en 2000 et la demande de limitation des naissances, de 30% à 18% (moins encore que la valeur relevée pour 1983) durant cette même période. En 2005, le nombre idéal d'enfants était retombé au niveau du début des années 1990. La demande de services de planification familiale, dans un souci de réduire la taille des familles, avait également rebondi, mais sans atteindre le niveau de 1992. L'amélioration se trouvait plutôt dans le degré de réponse à cette demande. Le pourcentage de femmes considérées comme ayant un besoin non satisfait de limitation des naissances est tombé de 89% en 1983 à 58% en 2005.* Le Rwanda n'en reste pas moins à la traîne d'autres pays. Si l'on considère le besoin non satisfait de moyens d'espacement et de limitation des naissances, le Rwanda présente les plus hauts niveaux de besoin non satisfait au monde: 35% des femmes fécondes en union désirent éviter une prochaine grossesse ou la différer mais ne pratiquent pas la contraception (non indiqué).[13]

TABLEAU 1. Tendances de la fécondité et de la demande de contraception parmi toutes les femmes fécondes du Rwanda, 1983, 1992, 2000 et 2005

Indicateur	1983	1992	2000	2005
Indice synthétique de fécondité	8,5	6,2	5,8	6,1
Nbre idéal d'enfants	6,3	4,4	5,0	4,5
Demande de planification familiale (%)	na	61,6	48,8	55,3
Désir de limitation de la famille (%)	18,6	30,4	17,5	23,3
Besoin non satisfait en % du désir de limitation de la famille	88,7	74,7	66,3	57,5
Total pratiquant la contraception (%)	11,2	21,2	10,5	17,3
% d'utilisatrices limitant les naissances	25,1	51,9	44,7	56,9

N.B.: na=non disponible. *Sources:* **1983**—référence 6. **1992**—référence 7. **2000**—National Institute of Statistics, *Rwanda Demographic and Health Survey 2000,* Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2001. **2005**—référence 4.

Par suite du conflit du début des années 1990, le Rwanda est retombé à la phase initiale de la transition démographique. La recherche antérieure indique qu'à cette phase, les variables socioéconomiques telles que la richesse et l'éducation ne sont pas liées à la demande de planification familiale, même si elles le sont à la capacité d'obtention de services adéquats.[14] Il semblerait plutôt que les valeurs socioculturelles (telles que les attitudes à l'égard de la pratique contraceptive et l'équilibre de pouvoir entre l'homme et la femme au sein du ménage) affectent profondément la demande comme la pratique effective de la contraception.

Au Rwanda, la religion joue un double rôle en ce qui concerne la fécondité. Le premier est qu'elle façonne les attitudes de la population. La plupart des Rwandais revendiquent une appartenance religieuse: en 2002, la population était à 50% catholique, 27% protestante et 13% adventiste.[15] Le second rôle de la religion est l'apport de services sociaux (éducation et soins de santé, en particulier), dominé par ses institutions depuis l'époque coloniale. Sur 406 établissements publics (37 hôpitaux et 369 centres de santé et dispensaires) en 2003, 40% avaient une affiliation religieuse. Étant donné que 60% de ces établissements (25% de l'ensemble) ne proposent pas de méthodes modernes de contraception,[16] leur obtention peut s'avérer bien difficile pour les résidentes des régions qu'ils desservent. Pour combler cette lacune, à partir de 1980, le gouvernement a commencé à ouvrir des postes secondaires où les méthodes modernes de planification familiale pouvaient être obtenues. En 2003, 34 postes secondaires avaient ainsi été établis. Il s'agissait là d'une mesure importante quand on sait que 73% des femmes qui pratiquent la contraception obtiennent leur méthode de services de l'État.[17] Le secteur privé n'est pas bien développé au Rwanda, en particulier dans les milieux ruraux. Il ne représente que 14% des femmes qui reçoivent des services de contraception. Les 13% restants obtiennent leurs mé-

*Les femmes sont considérées présenter un besoin non satisfait de limitation des naissances si leur dernier enfant ou leur grossesse actuelle n'était pas désiré(e) ou si elles ne désirent plus avoir d'enfants mais ne pratiquent pas la contraception.

thodes auprès de diverses autres sources. La principale organisation privée impliquée dans la planification familiale est l'Association Rwandaise pour le Bien-Être Familial (ARBEF). Il s'agit d'une organisation à but non lucratif établie en 1986 et vouée principalement à la planification familiale et à la santé sexuelle et génésique. L'ARBEF a établi des postes permanents dans les villes de Kigali, Butare, Ruhengeri et Gisenyi. En 2004, elle fournissait 8% de la totalité des contraceptifs distribués au Rwanda.

Pour éclairer le débat de la politique démographique rwandaise, nous avons tout d'abord cherché à identifier les facteurs associés au désir de limiter la taille des familles. Nous nous sommes ensuite penchés sur les contraintes individuelles et contextuelles associées à l'absence de pratique contraceptive parmi les femmes qui ne désirent plus avoir d'enfants.

MÉTHODES

Les données considérées dans cette étude proviennent de l'Enquête démographique et de santé 2005 du Rwanda (EDSR).[4]* Nous avons sélectionné dans le plus grand ensemble de données le groupe de femmes fécondes dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans. Une femme est présumée féconde à moins qu'elle ne déclare être stérile, avoir subi une hystérectomie ou être ménopausée. Les femmes sont aussi considérées stériles si elles ne sont ni enceintes ni en période d'aménorrhée post-partum mais qu'elles ne sont plus réglées depuis au moins six mois, ou si elles sont mariées, ne pratiquent pas la contraception depuis cinq ans, n'ont pas eu d'enfants et ne sont actuellement pas enceintes. L'échantillon est de plus limité aux 4.817 femmes, mariées ou non, qui vivaient avec un partenaire. Il s'agit là de la population présentant le plus grand risque de besoin non satisfait d'une forme ou l'autre de planification familiale.

Dans nos analyses, nous nous sommes largement référés à la documentation relative aux facteurs associés à la pratique de la planification familiale. Nous avons sélectionné quatre ensembles de variables qui, étant donné les résultats de recherches antérieures,[18] nous ont semblé pertinents à l'explication de la demande ou du besoin non satisfait de limitation des naissances.

Le premier concerne les caractéristiques féminines censées influencer la demande et la pratique de la contraception: l'âge de la femme au moment de l'enquête, son niveau d'études, son occupation, sa religion, son lieu de résidence (rural ou urbain) et la province où elle réside.[19–23]

Le comportement de fécondité est aussi fonction des caractéristiques propres au partenaire de la femme et à la situation socioéconomique du ménage.[24–26] Ces facteurs peuvent renforcer ou affaiblir l'impact des variables sur les femmes individuelles. Aussi notre deuxième ensemble de variables inclut-il le niveau d'études et l'occupation du partenaire, l'accord entre les partenaires concernant le nombre d'enfants désiré et le niveau de richesse du ménage.

Comme nous nous intéressions à la contribution des activités du programme de planification familial actuel au renforcement et à la satisfaction de la demande de méthodes de limitation des naissances, notre troisième ensemble inclut des variables mesurant l'exposition à l'information et l'accès aux établissements de planification familiale: notamment, le nombre de méthodes contraceptives connues et l'information reçue des médias, des agents de la planification familiale et des consultations dans les établissements de santé.[27]

Enfin, notre quatrième ensemble de variables sert à mesurer les attitudes à l'égard de la pratique contraceptive: l'attitude de la femme, sa perception de l'attitude de son partenaire et la fréquence de leur discussion de la planification familiale.[28,29]

Nous avons commencé par examiner les statistiques descriptives afin d'identifier les liens possibles entre ces variables et la demande et le besoin non satisfait de moyens de limitation des naissances. Nous avons ensuite eu recours aux modèles multivariés pour identifier la signification et la pondération relative de chaque variable. L'analyse s'est faite en deux parties. Dans la première, nous avons calculé la proportion des femmes qui désiraient limiter la taille de leur famille; dans la seconde, nous avons analysé le niveau de besoin non satisfait parmi ces femmes. Par régression logistique binaire, nous avons estimé la probabilité de désirer ne plus avoir d'enfants et celle d'avoir un besoin non satisfait.†

RÉSULTATS

De toutes les femmes fécondes vivant avec un partenaire, 27% désiraient ne plus avoir d'enfants (tableau 2). Ainsi, 1.321 femmes ont été considerées comme ayant une demande de limitation des naissances. Au sein de ce groupe, 57% ne pratiquaient pas la contraception et ont dès lors été classées comme présentant un besoin non satisfait de méthodes permanentes de planification familiale.

Le niveau d'études des femmes est lié à la demande, mais il s'agit d'une relation en U et non linéaire. La relation est cependant clairement linéaire en ce qui concerne le besoin non satisfait, relevé entre 69% parmi les femmes scolarisées pendant moins de trois ans et 27% parmi celles ayant fréquenté l'école pendant au moins 10 ans. Conformément aux observations d'études antérieures, les travailleuses agricoles avaient la plus faible demande (26%) et le plus haut niveau de besoin non satisfait (61%). Les

*Voir la référence 4 pour plus de détails sur la méthode d'échantillonnage appliquée à la collecte des données. Le questionnaire utilisé au Rwanda couvre toutes les variables communes, à une exception près: par suite du traumatisme causé par le génocide au début des années 1990, l'ethnie n'est plus enregistrée sur les papiers d'identité ni dans les registres, recensements et enquêtes.

†Nous avons préféré cette approche binaire à la régression multinomiale car le désir de ne plus avoir d'enfants diffère du fait d'avoir un besoin non satisfait: pour celles qui ne désirent pas limiter leurs naissances, le besoin non satisfait n'a aucune pertinence. D'un point de vue statistique, cela implique que l'exécution d'un modèle multinomial serait contraire à l'hypothèse d'indépendance des alternatives non pertinentes. Plus important, la raison de la division de l'analyse en deux parties est que les politiques visant à influencer le désir de familles moins nombreuses revêtent une forme différente de celles visant à lever les restrictions et contraintes qui pèsent sur la pratique contraceptive.

TABLEAU 2. Caractéristiques sélectives des femmes fécondes, par désir de limitation de la famille et besoin non satisfait, Enquête démographique et de santé du Rwanda, 2005

Variable	Nbre	Désir de limitation (%)	Besoin non satisfait(%)†
TOTAL	4.817	27,4	57,3
Education			
0 à 2 ans	1.836	30,1	69,4
3 à 6 ans	1.998	23,8	56,4
7 à 9 ans	656	26,5	42,5
≥10 ans	327	36,7	26,7
Occupation			
Agriculture	3.402	26,2	61,4
Sans	940	27,7	59,6
Salariée	475	35,8	32,4
Religion			
Catholique	2.125	30,1	53,2
Protestante	2.477	24,8	62,3
Autre	215	31,2	50,7
Milieu			
Urbain	935	35,6	44,7
Rural	3.882	25,5	61,5
Province			
Kigali	447	39,1	38,3
Est	1.100	29,7	55,4
Nord	820	27,7	56,4
Ouest	1.290	24,9	64,8
Sud	1.160	23,4	63,8
Indice de richesse des ménages (quintiles)			
Les plus pauvres	947	24,7	68,4
Plus pauvres	937	26,3	58,5
Milieu	924	25,9	65,3
Plus riches	1.003	24,0	63,5
Les plus riches	1.006	35,9	39,9
Éducation du partenaire‡			
0 à 2 ans	1.665	27,4	65,2
3 à 6 ans	1.931	27,6	60,4
7 à 9 ans	619	22,8	46,8
≥10 ans	480	32,9	31,0
Ne sait pas	122	26,2	68,8
Occupation du partenaire‡			
Agriculture	3.519	25,0	63,9
Artisan	655	33,0	48,6
Salarié moyen	322	32,3	44,2
Haut salarié	221	37,1	29,3
Ne sait pas	100	41,0	51,2
Nbre d'enfants désiré du partenaire‡			
Identique	1.856	26,5	45,9
Moins	939	27,5	53,9
Plus	628	29,9	70,7
Ne sait pas	1.394	27,5	67,6
Visite d'agent de planification familiale durant les 12 mois précédents			
Oui	278	27,7	53,2
Non	4.539	27,4	57,6
Informée sur la planification familiale au centre de santé			
Oui	865	30,9	42,7
Non	1.370	25,5	54,7
Pas de visite au centre	2.582	27,3	64,1
Exposition médiatique à la planification familiale			
Oui	2.313	29,5	46,6
Non	2.504	25,5	68,8
Approuve la planification familiale			
Oui	4.192	28,4	53,9
Non	447	20,6	91,3
Sans réponse	178	21,9	82,1
Partenaire approuve la planification familiale‡			
Oui	3.084	29,1	43,6
Non	729	26,5	86,0
Sans réponse	1.004	23,1	86,2
A parlé de la planification familiale avec son partenaire			
≥3 fois	2.149	31,2	40,8
Une ou deux fois	1.300	23,6	67,1
Jamais	1.267	23,1	83,6
Sans réponse	101	49,5	64,0

†Parmi celles qui désirent limiter la taille de leur famille. ‡D'après la déclaration de la femme. *N.B.:* Sauf indication contraire, les chiffres sont des pourcentages.

protestantes présentaient de moindres niveaux de demande et un plus haut niveau de besoin non satisfait que les catholiques ou autres. Le premier de nos deux indicateurs géographiques, marquant la distinction entre le milieu de résidence urbain ou rural, a produit les résultats attendus. La prestation de services de planification familiale étant largement supérieure dans les milieux urbains, le niveau de besoin non satisfait y est moindre (45% contre 62% dans les milieux ruraux). Pas de surprise non plus au niveau du second indicateur géographique, la province de résidence. Étant donné que les provinces de Kigali et de l'Est comptent une population importante de personnes déplacées, nous avions présumé que, conformément à la théorie de la migration et fécondité,[30] cette population désirerait moins d'enfants que celle des autres provinces et chercherait activement à atteindre cet objectif. Le niveau de besoin non satisfait s'est avéré inférieur, en effet, dans la province de Kigali (38%), mais dans une moindre mesure dans celle de l'Est (55%). Pour les variables de richesse du ménage et de niveau d'études et occupation du partenaire, on pouvait s'attendre, comme pour les caractéristiques individuelles des femmes, à des niveaux supérieurs de demande et inférieurs de besoin non satisfait dans les sous-groupes plus affluents. Seuls les 20% les plus riches des ménages et les partenaires les plus instruits et touchant les salaires les plus élevés ont cependant présenté des niveaux de besoin non satisfait substantiellement inférieurs à ceux des autres sous-groupes. La demande est apparue supérieure et le besoin non satisfait, inférieur, parmi les femmes informées sur la planification familiale dans les établissements de santé, par rapport à celles qui n'y avaient reçu aucune information à ce sujet ou qui n'avaient pas fréquenté ces établissements.

Si la grande majorité des femmes (4.192 sur 4.817) approuvait la planification familiale, environ une sur cinq ne savait pas s'il en allait de même pour son partenaire et environ une sur sept a déclaré qu'il ne l'approuvait pas. Dans les deux cas, les niveaux de besoin non satisfait se sont ré-

TABLEAU 3. Rapports de probabilités d'un modèle de régression logistique binaire pour identifier les caractéristiques associées au désir de limitation de la taille de la famille

Variable	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Âge (moyenne, 31.3 ans)	1,19**	1,20**	1,20**	1,20**
Éducation				
0 à 2 ans (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00
3 à 6 ans	1,10	1,05	1,02	1,00
7 à 9 ans	1,00	0,89	0,83	0,80†
≥10 ans	0,98	0,77	0,67*	0,66*
Occupation				
Agriculture (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00
Sans	1,21†	1,10	1,15	1,18
Salariée	1,38*	1,06	1,07	1,04
Religion				
Catholique (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00
Protestante	0,92	0,89	0,91	0,94
Autre	0,96	0,90	0,90	0,91
Milieu				
Urbain (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00
Rural	0,67**	0,79†	0,80†	0,79†
Province				
Kigali (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00
Est	0,90	1,04	1,07	1,06
Nord	0,64**	0,70*	0,68*	0,67*
Ouest	0,53**	0,61**	0,62**	0,62**
Sud	0,43**	0,49**	0,50**	0,50**
Indice de richesse des ménages				
Les plus pauvres (réf.)	na	1,00	1,00	1,00
Plus pauvres	na	1,00	0,98	0,98
Milieu	na	1,03	1,02	1,03
Plus riches	na	0,96	0,93	0,94
Les plus riches	na	1,38*	1,30†	1,32†
Éducation du partenaire‡				
0 à 2 ans (réf.)	na	1,00	1,00	1,00
3 à 6 ans	na	1,05	1,04	1,05
7 à 9 ans	na	1,17	1,14	1,16
≥10 ans	na	1,18	1,13	1,17
Ne sait pas	na	0,94	0,94	0,92
Occupation du partenaire‡				
Agriculture (réf.)	na	1,00	1,00	1,00
Artisan	na	1,59**	1,54**	1,51**
Salarié moyen	na	1,64**	1,59**	1,56**
Haut salarié	na	1,11	1,07	1,07
Ne sait pas	na	1,61†	1,58†	1,56†
Nbre d'enfants désiré du partenaire‡				
Identique (réf.)	na	1,00	1,00	1,00
Moins	na	0,93	0,93	0,95
Plus	na	0,88	0,88	0,97
Ne sait pas	na	0,92	0,98	1,16
Visite d'agent de planification familiale durant les 12 mois précédents				
Oui (réf.)	na	na	1,00	1,00
Non	na	na	1,06	1,06
Informée sur la planification familiale au centre de santé				
Oui (réf.)	na	na	1,00	1,00
Non	na	na	0,71**	0,74*
Pas de visite au centre	na	na	0,79*	0,85
Nbre de méthodes de planification familiale connues (moyenne, 6,3)	na	na	1,06**	1,05**
Exposition médiatique à la planification familiale				
Oui (réf.)	na	na	1,00	1,00
Non	na	na	0,99	1,07
Approuve la planification familiale				
Oui (réf.)	na	na	na	1,00
Non	na	na	na	0,66**
Sans réponse	na	na	na	0,98
Partenaire approuve la planification familiale‡				
Oui (réf.)	na	na	na	1,00
Non	na	na	na	0,99
Ne sait pas	na	na	na	0,77†
A parlé de la planification familiale avec son partenaire				
≥3 fois (réf.)	na	na	na	1,00
Une ou deux fois	na	na	na	0,76**
Jamais	na	na	na	0,69**
Sans réponse	na	na	na	2,12**
Constante	*0,04*	*0,03*	*0,02*	*0,02*
Pseudo R^2	*0,340*	*0,349*	*0,356*	*0,367*
% prédiction correct	*79,2*	*79,1*	*79,3*	*79,8*

*p<0,05. **p<0,01. †p<0,10. ‡D'après la déclaration de la femme. *N.B.:* réf.=groupe de référence. na=non applicable.

vélés extrêmement élevés. Un peu plus de 50% des femmes ont dit avoir parlé de la planification familiale avec leur partenaire une fois ou deux seulement, ou n'avoir jamais abordé la question. Les niveaux de besoin non satisfait sont particulièrement élevés parmi ces groupes.

Demande de limitation des naissances

Le premier modèle présenté au tableau 3 inclut les caractéristiques individuelles des femmes et les deux facteurs géographiques. Le deuxième modèle ajoute les caractéristiques du ménage; le troisième, l'exposition aux services de planification familiale et le quatrième, les attitudes à l'égard de la planification familiale.

Les facteurs socioéconomiques des femmes jouent un rôle négligeable dans leur demande de moyens de limitation des naissances (modèle 1). Les seules différences significatives sont observées au niveau de l'occupation: les femmes salariées sont significativement plus susceptibles que les travailleuses agricoles de s'intéresser à la limitation des naissances (rapport de probabilités, 1,4). Contrairement à nos attentes, l'affiliation religieuse n'influence pas la demande de moyens de limitation. Par contre, les variables régionales sont associées au désir des femmes de limiter la taille de leur famille. La probabilité de ce désir est significativement moindre parmi les femmes vivant dans les provinces du Sud, de l'Ouest ou du Nord, par rapport à celles vivant dans la province de Kigali (0,4–0,6). De même, la demande de limitation des naissances est moins

TABLEAU 4. Rapports de probabilités d'un modèle de régression logistique binaire pour identifier les caractéristiques associées au besoin non satisfait de moyens de limitation de la taille de la famille

Variable	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Âge (moyenne, 37,0 ans)	1,02*	1,01	1,02†	1,01
Éducation				
0 à 2 ans (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00
3 à 6 ans	0,63**	0,68**	0,71*	0,67*
7 à 9 ans	0,40**	0,50**	0,66*	0,69
≥10 ans	0,25**	0,41**	0,66	0,70
Occupation				
Agriculture (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00
Sans	1,22	1,27	1,08	0,91
Salariée	0,65†	0,74	0,69	0,67
Religion				
Catholique (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00
Protestante	1,44**	1,46**	1,46**	1,22
Autre	1,03	1,21	1,28	1,34
Milieu				
Urbain (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00
Rural	1,22	1,08	1,07	1,17
Province				
Kigali (réf.)	1,00	1,00	1,00	1,00
Est	1,00	0,91	0,84	0,73
Nord	1,32	1,24	1,32	1,40
Ouest	1,59†	1,33	1,14	1,10
Sud	1,63†	1,45	1,38	1,27
Indice de richesse des ménages				
Les plus pauvres (réf.)	na	1,00	1,00	1,00
Plus pauvres	na	0,77	0,82	0,83
Milieu	na	1,10	1,12	1,16
Plus riches	na	1,02	1,13	1,22
Les plus riches	na	0,68†	0,82	0,91
Éducation du partenaire‡				
0 à 2 ans (réf.)	na	1,00	1,00	1,00
3 à 6 ans	na	1,01	1,06	1,07
7 à 9 ans	na	0,89	1,01	1,05
≥10 ans	na	0,81	0,93	0,86
Ne sait pas	na	1,94	1,89	1,77
Occupation du partenaire‡				
Agriculture (réf.)	na	1,00	1,00	1,00
Artisan	na	0,76	0,92	0,90
Salarié moyen	na	0,76	0,83	0,83
Haut salarié	na	0,59†	0,56†	0,52†
Ne sait pas	na	0,90	0,97	0,85
Nbre d'enfants désiré du partenaire‡				
Identique (réf.)	na	1,00	1,00	1,00
Moins	na	1,22	1,27	1,24
Plus	na	2,81**	3,18**	1,62*
Ne sait pas	na	2,03**	1,85**	0,74
Visite d'agent de planification familiale durant les 12 mois précédents				
Oui (réf.)	na	na	1,00	1,00
Non	na	na	1,05	1,00
Informée sur la planification familiale au centre de santé				
Oui (réf.)	na	na	1,00	1,00
Non	na	na	1,87**	1,63*
Pas de visite au centre	na	na	2,00*	1,59*
Nbre de méthodes de planification familiale connues (moyenne, 6,9)	na	na	0,83**	0,83**
Exposition médiatique à la planification familiale				
Oui (réf.)	na	na	1,00	1,00
Non	na	na	1,39*	1,17
Approuve la planification familiale				
Oui (réf.)	na	na	na	1,00
Non	na	na	na	2,89*
Sans réponse	na	na	na	0,93
Partenaire approuve la planification familiale‡				
Oui (réf.)	na	na	na	1,00
Non	na	na	na	4,11**
Ne sait pa	na	na	na	4,35**
A parlé de la planification familiale avec son partenaire				
≥3 fois (réf.)	na	na	na	1,00
Une ou deux fois	na	na	na	1,88**
Jamais	na	na	na	3,00**
Sans réponse	na	na	na	1,10
Constante	*0,81*	*0,83*	*1,10*	*0,96*
Pseudo R^2	*0,132*	*0,187*	*0,266*	*0,384*
% prédiction correct	*65,4*	*67,1*	*69,3*	*74,7*

*p<0,05. **p<0,01. †p<0,10. ‡D'après la déclaration de la femme. N.B.: réf.=groupe de référence. na=non applicable.

probable parmi les femmes des milieux ruraux que parmi celles des milieux urbains.

L'inclusion des variables contextuelles de ménage (modèle 2) modifie quelque peu le tableau général. La province de résidence maintient sa signification, mais le lieu de résidence rural devient marginalement significatif seulement et l'occupation de la femme ne l'est plus. Des variables contextuelles de ménage, seules la richesse du ménage et l'occupation du partenaire sont associées au désir de limitation. Les femmes des ménages les plus riches et celles mariées à des artisans ou à des hommes gagnant un salaire moyen sont plus susceptibles que celles les plus pauvres ou mariées aux agriculteurs de désirer limiter la taille de leur famille (rapports de probabilités, 1,4–1,6).

Parmi les variables mesurant l'exposition à l'information sur la contraception et l'accès aux établissements de planification familiale (modèle 3), l'absence d'information sur la planification familiale dans les établissements de santé est associée négativement au désir de limitation.

Enfin, une fois ajoutées les variables d'attitude et de perception (modèle 4), le niveau de signification de pratiquement tous les facteurs inclus dans les modèles précédents reste inchangé. Parmi les dernières variables ajoutées, la désapprobation féminine de la planification familiale est, comme on pouvait s'y attendre, associée négativement au désir de limitation. Cette observation peut cependant indiquer que les femmes qui ne désirent pas limiter la taille de leur famille sont plus susceptibles de désapprouver la

contraception. Les femmes qui n'avaient pas ou guère parlé de la planification familiale avec leur partenaire présentent une moindre probabilité de désirer limiter la taille de leur famille par rapport à celles qui avaient abordé la question avec lui au moins trois fois (0,7–0,8).

Besoin non satisfait de limitation

Comme l'indique le premier modèle au tableau 4 (page 7), la probabilité d'avoir un besoin non satisfait de moyens de limitation des naissances présente une forte association négative au niveau d'études de la femme. Par rapport aux femmes faiblement instruites (0 à 2 ans), celles scolarisées davantage sont significativement moins susceptibles de présenter un besoin non satisfait (rapports de probabilités, 0,3–0,6). Les protestantes présentent un niveau de besoin non satisfait significativement supérieur à celui des catholiques (1,4). Étonnamment, la probabilité de besoin non satisfait de méthodes permanentes de contraception ne diffère pas significativement entre les femmes des milieux ruraux et urbains.

Ces observations restent similaires après ajout des variables contextuelles de ménage (modèle 2). Des quatre nouvelles variables ajoutées dans ce modèle, seul le désir d'avoir des enfants perçu chez le partenaire est significatif. Par rapport aux femmes qui estiment le désir de leur partenaire égal au leur à cet égard, celles qui pensent qu'il désire plus d'enfants qu'elles ou qui n'en savent rien sont plus susceptibles d'avoir un besoin non satisfait de moyens de limitation (2,8 et 2,0, respectivement).

Après ajout des variables mesurant l'exposition à l'information contraceptive et l'accès aux services de planification familiale (modèle 3), la probabilité d'avoir un besoin non satisfait est supérieure parmi les femmes non informées. Par rapport à celles informées sur la contraception dans une clinique, celles non informées lors de leurs consultations ou celles n'ayant pas fréquenté de clinique sont significativement plus susceptibles de présenter un besoin non satisfait de méthodes permanentes (1,9 et 2,0, respectivement). La probabilité de besoin non satisfait diminue du reste à mesure que le nombre de méthodes connues augmente (0,8). Enfin, les femmes non exposées aux méthodes de planification familiale à travers les médias sont significativement plus susceptibles que celles exposées de présenter un besoin non satisfait (1,4).

Dans le dernier modèle, les mesures des attitudes à l'égard de la planification familiale sont toutes trois associées au besoin non satisfait. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de présenter un besoin non satisfait est plus élevée parmi les femmes qui désapprouvent la planification familiale (rapport de probabilités, 2,9), parmi celles dont le partenaire la désapprouve (4,1) et parmi celles qui n'en parlent à leur partenaire que rarement ou pas du tout (1,9–3,0).

Après ajout des variables d'attitude, toutefois, la signification de certaines variables des modèles antérieurs change (notamment, le niveau d'études, la religion, le désir d'avoir des enfants du partenaire et la sensibilisation médiatique à la planification familiale), laissant entendre que les variables d'attitude régissent ces facteurs. En particulier, l'effet sur les femmes indiquant ignorer le nombre d'enfants désiré par leur partenaire est frappant: la probabilité passe de significativement positive (1,9) à négative mais non significative (0,7), donnant à penser que la discussion de la planification familiale et la connaissance de l'opinion du partenaire à son sujet peuvent contribuer à un moindre risque de besoin non satisfait, même si la femme n'est pas sûre du nombre d'enfants désiré par son partenaire. Les valeurs pseudo R^2 indiquent que tous les modèles contribuent à l'explication du besoin non satisfait. La contribution du modèle 4 paraît cependant plus substantielle que celle des modèles 2 et 3.

DISCUSSION

Le Rwanda peut être caractérisé comme un pays où la modernisation n'a pas encore produit de différentiation substantielle parmi les femmes concernant le désir de limitation de la taille des familles. La prévention des grossesses ne devient une option pour les femmes que dans la mesure où elles avancent en âge ou qu'elles approchent du nombre d'enfants désiré, indépendamment de leur niveau d'études, de leur occupation ou de leur appartenance religieuse. L'attitude dominante est pronataliste: la planification familiale reste actuellement une faible priorité.

Certaines observations révèlent cependant l'amorce d'un changement d'attitude. Ainsi, la proportion des femmes désireuses de limiter la taille de leur famille est supérieure en milieu urbain, et ce désir est le plus fort parmi les femmes des ménages les plus riches.

Dans la plupart des pays, l'éducation des femmes est un facteur important de déclenchement du déclin de la fécondité. Au Rwanda, pourtant, le niveau d'études de la femme ne paraît pas solidement associé au désir de ne plus avoir d'enfants. Dans nos résultats, les femmes scolarisées pendant 10 ans et plus sont moins susceptibles de désirer limiter la taille de leur famille que celles moins instruites.

Plus que de stimuler le désir de limiter le nombre d'enfants, il importe de résoudre le besoin non satisfait de moyens de limitation des familles. Une grande majorité des femmes approuve la planification familiale, mais plus de 50% de celles qui ne désirent plus avoir d'enfants présentent un besoin non satisfait de contraception moderne. L'éducation et la richesse semblent jouer un rôle dans la réduction du besoin non satisfait, mais les effets en sont limités. La planification familiale est un sujet de conversation tabou dans beaucoup de ménages rwandais. La majorité des femmes n'ont jamais abordé la question avec leur mari ou ne l'ont fait qu'une ou deux fois, et beaucoup ne sont pas sûres que leur partenaire l'approuve ou non. Il s'agit là de l'obstacle majeur à la pratique de la contraception moderne. Les centres de santé informent rarement leurs clientes des possibilités de soins de santé génésique qui leur sont disponibles. Certains n'offrent même pas ces services. Les attitudes négatives à l'égard de la planification familiale et les faibles structures de prestation sont les principaux obstacles à la pratique de la contraception moderne.

L'effort politique actuel d'autonomisation des femmes au sein de la société rwandaise en est d'autant plus important à la tentative de réduction de la fécondité excessive du pays. La route sera toutefois longue. Dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans, 40% de la totalité des femmes n'ont pas atteint trois ans de scolarisation. La fréquentation féminine de l'école primaire est en hausse au Rwanda (les inscriptions nettes y sont passées à 86%), mais la qualité de l'enseignement est faible et beaucoup de filles abandonnent rapidement l'école. L'inscription au niveau secondaire est extrêmement faible (environ 10%).[15] Ces deux observations révèlent un obstacle sérieux à toute progression sur le plan du contrôle de la fécondité.[21]*

Le climat politique du Rwanda semble aujourd'hui mûr pour l'adoption d'une approche démographique plus visible et plus persistante axée sur l'amélioration de la santé génésique et propice au désir des couples d'espacer ou de limiter leurs naissances. Notre recherche laisse entrevoir une série d'opportunités propices, pour les interventions sociales et programmatiques de l'État comme du secteur privé, à la réduction de la fécondité rwandaise aux niveaux observés ailleurs dans le monde en développement, y compris dans les contextes africains dont les efforts ont produit de bons résultats.

Notre première recommandation est que les interventions visant à accroître la pratique contraceptive ciblent les femmes à faibles niveaux d'éducation. À long terme, l'amélioration de la scolarisation et l'autonomisation des femmes mèneront à un niveau plus élevé de demande et de pratique de la planification familiale. Dans cette attente, l'offre à toutes les femmes d'un plein accès aux services de planification familiale sera essentielle à l'amélioration de leur position.

Notre deuxième recommandation est que les interventions ciblent les attitudes négatives à l'égard de la planification familiale, largement responsables du besoin non satisfait. La désapprobation féminine de la planification familiale s'est révélée fortement associée au besoin non satisfait, de même que le désir du partenaire d'avoir encore des enfants et que sa désapprobation de la planification familiale. Sur la scène du Rwanda moderne, les attitudes masculines imposent une contrainte majeure au désir des femmes de limiter la taille de leur famille.

La présentation d'exemples influence les comportements au sein du ménage et de la communauté, même parmi les femmes non instruites vivant dans des conditions économiques défavorables.[31] Il importe de découvrir les raisons des attitudes collectives négatives à l'égard de la planification familiale, afin d'impliquer les communautés dans la discussion et les programmes de santé génésique.

Notre troisième recommandation concerne l'impact des efforts de planification familiale et le mode optimal d'information des femmes et des hommes. Au Malawi,[32] la recherche a révélé une différence de genre en termes d'orientation sur les questions de planification familiale, soulignant dès lors l'importance d'une approche séparée. Comme l'indiquent nos observations, la dissémination de l'information relative à la planification familiale à travers le contact personnel dans les centres de santé contribue à un plus grand désir de limitation de la taille des familles et à un niveau de besoin non satisfait nettement inférieur.

Enfin, notre dernière recommandation concerne l'accès aux services de planification familiale. Malgré l'importante augmentation des dépenses globales de santé, l'investissement dans la santé génésique est resté relativement stable. Les services de planification familiale doivent devenir la norme dans tous les centres de santé du Rwanda. De plus, les services de planification familiale à l'échelle de la communauté pourraient améliorer grandement l'accès, en particulier dans les provinces sous-desservies. De tels services ont été introduits dans de nombreuses régions d'Afrique et d'Asie, où ils ont joué un rôle majeur dans l'accroissement de l'accès aux contraceptifs et de leur distribution.[33,34]

*Ainsworth et ses collègues montrent que les trois premières années de l'enseignement primaire ne sont pas liées à la fécondité; la relation entre fécondité et éducation est donc non linéaire (source: référence 21).

RÉFÉRENCES

1. United Nations Development Program (UNDP) Rwanda, Turning Vision 2020 into Reality: From Recovery to Sustainable Human Development, Kigali, Rwanda: UNDP Rwanda, 2007.

2. Verwimp PH, Development and genocide in Rwanda: a political economy analysis of peasants and power under the Habyarimana regime, unpublished dissertation, Leuven, Belgium: Economics Department, Catholic University of Leuven, 2003.

3. Hakizimana E, Some considerations on family planning and contraception worldwide and in Rwanda, *Famille, Sante, Developpement/ Imbonezamuryango,* 1988, No. 12, pp. 21–26.

4. Rwanda National Institute of Statistics, *Rwanda Demographic and Health Survey 2005,* Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2006.

5. Advance Africa, *Summary of Findings and Recommendations of Family Planning Qualitative Assessment in Rwanda,* Kigali, Rwanda: Advance Africa, 2002.

6. May JF, Mukamanzi M et Vekemans M, Family planning in Rwanda: status and prospects, *Studies in Family Planning,* 1990, 21(1):20–32.

7. May JF, Policies on population land use and environment in Rwanda, *Population and Environment,* 1995, 16(4):321–334.

8. Westoff CF et Bankole A, Trends in the demand for family limitation in developing countries, *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26(2):56–62.

9. Rwanda National Institute of Statistics, *Rwanda Demographic and Health Survey 1992,* Calverton, MD, USA: Macro International, 1994.

10. Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), Rwandan government proposes legislation limiting family size, <http://www.siecus.org/index.cfm?fuseaction=Feature.showFeature&featureid=973&pageid=642&parentid=633>, site consulté le 18 juillet 2007.

11. Remarks by His Excellency Paul Kagama at the African Climate Change Forum, London, 11 nov. 2008.

12. Rwanda Ministry of Finance and Economic Planning, *Economic Development and Poverty Reduction Strategy 2008–2012,* Kigali, Rwanda: Ministry of Finance and Economic Planning, 2007.

13. Population Division, United Nations (UN), *World Contraceptive Use 2005,* New York: UN, 2005.

14. Bongaarts J, The causes of stalling fertility transitions, *Policy Research Division Working Papers,* New York: Population Council, 2005, No. 204.

15. Rwanda National Census Service, *Synthesis of Results,* Kigali, Rwanda: National Census Service, 2003.

16. Rwanda National Institute of Statistics, *Service Provision Assessment Survey,* Kigali, Rwanda: National Institute of Statistics, 2008.

17. Solo J, Family planning in Rwanda: how a taboo topic became priority number one, IntraHealth, 2008, <http://www.intrahealth.org/assets/uploaded/countries/FP_in_Rwanda.pdf>, site consulté le 3 dec. 2008.

18. Westoff CF, New estimates of unmet need and the demand for family planning, *DHS Comparative Reports,* Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2006, No. 14.

19. Kravdal O, Education and fertility in Sub-Saharan Africa: individual and community effects, *Demography,* 2002, 39(2):233–250.

20. Agyei WK et Migadde M, Demographic and socio-cultural factors influencing contraceptive use in Uganda, *Biosocial Science,* 1995, 27(1): 47–60.

21. Ainsworth M, Beegle K et Nyamete A, The impact of women's schooling on fertility and contraceptive use: a study of fourteen Sub-Saharan African countries, Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank, 1996.

22. Agadjanian V, Religion, social milieu and the contraceptive revolution, *Population Studies,* 2001, 55(2):135–148.

23. Dodoo FN et Tempenis M, Gender, power and reproduction: rural-urban differences in the relationship between fertility goals and contraceptive use in Kenya, *Rural Sociology,* 2002, 67(1):46–71.

24. Cohen B, Family planning programs, socio-economic characteristics and use in Malawi, *World Development,* 2000, 28(5):843–860.

25. Talnan E et Vimard P, Développement local, pauvreté et pratique contraceptive en Côte d'Ivoire, paper presented at the fourth African Population Conference, Tunis, Tunisia, le 8–12 dec. 2003.

26. Becker S, Measuring unmet need: wives, husbands or couples? *International Family Planning Perspectives,* 1999, 25(4):172–180.

27. Westoff CF et Rodriguez G, The mass media and family planning in Kenya, *International Family Planning Perspectives,* 1995, 21(1):26–31 & 36.

28. DeRose LF et al., Does discussion of family planning improve knowledge of partner's attitude toward contraceptives? *International Family Planning Perspectives,* 2004, 30(2):87–93.

29. Wolff B, Blanc AK et Ssekamatte-Ssebuliba J, The role of couple negotiation in unmet need for contraception and decision to stop childbearing in Uganda, *Studies in Family Planning,* 2000, 31(2):124–137.

30. Brockerhoff M et Yang X, Impact of migration on fertility in Sub-Saharan Africa, *Social Biology,* 1994, 41(1–2):19–43.

31. McNay K, Arokiasamy P et Cassen RH, Why are uneducated women in India using contraception? a multilevel analysis, *Population Studies,* 2003, 57(1):21–40.

32. Paz Soldan VA, How family planning ideas are spread within social groups in rural Malawi, *Studies in Family Planning,* 2004, 35(4):275–290.

33. Korra A, Attitudes toward family planning and reasons for nonuse among women with unmet need for family planning in Ethiopia, Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2002.

34. Shelton JD, Putting unmet need to the test: community-based distribution of family planning in Pakistan, *International Family Planning Perspectives,* 1999, 25(4):191–195.

Remerciements

La recherche à la base de cet article a bénéficié du don W07-40-202-00 du programme de recherche du Netherlands Organisation for Scientific Research/The William and Flora Hewlett Foundation et du don NPT-RWA-053 du Netherlands Organisation for International Cooperation in Higher Education.

Coordonnées de l'auteur: *dieumu_res@yahoo.fr*