

Rwanda

Enquête Démographique et de Santé 1992



Office National de la Population



Demographic and Health Surveys
Macro International Inc.

REPUBLIQUE RWANDAISE

**Enquête Démographique
et de Santé
Rwanda
1992**

Bernard Barrère
Juan Schoemaker
Monique Barrère
Tite Habiyakare
Athanasie Kabagwira
Mathias Ngendakumana

Office National de la Population
Kigali, Rwanda

Macro International Inc.
Calverton, Maryland USA

Février 1994

Ce rapport présente les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSR) réalisée au Rwanda en 1992 par l'Office National de la Population (ONAPO). L'EDSR, financée par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), a bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc.

L'EDSR fait partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS) dont l'objectif est de collecter, d'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.

Des informations complémentaires sur l'EDSR peuvent être obtenues auprès de l'Office National de la Population, BP 914, Kigali, Rwanda (Téléphone (250) 7 47 93, 7 47 94, ou 7 42 67; Fax (250) 7 42 67). Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999).

TABLE DES MATIERES

	Page
Liste des tableaux	vii
Liste des graphiques	xi
Sigles et abréviations	xiii
Préface	xv
Remerciements	xvii
Résumé	xix
Carte du Rwanda	xxii

CHAPITRE 1 CARACTERISTIQUES DU PAYS ET PRESENTATION DE L'ENQUETE

1.1	Caractéristiques du pays	1
1.1.1	Géographie et histoire	1
1.1.2	Economie	2
1.1.3	La population	3
1.1.4	Politique en matière de santé publique et de planification familiale	4
1.2	Présentation de l'enquête	6
1.2.1	Cadre institutionnel et objectifs	6
1.2.2	Questionnaires	6
1.2.3	Echantillon	7
1.2.4	Collecte et exploitation des données	9

CHAPITRE 2 CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES ENQUETES

2.1	Enquête ménage	11
2.1.1	Répartition par sexe et âge de la population des ménages	11
2.1.2	Composition des ménages	13
2.1.3	Niveau d'instruction et fréquentation scolaire	15
2.1.4	Caractéristiques des logements et biens possédés par les ménages	19
2.2	Enquête individuelle : caractéristiques des femmes et des maris	22

CHAPITRE 3 FECONDITE

3.1	Niveau de la fécondité et fécondité différentielle	25
3.2	Tendances de la fécondité	29
3.3	Parité et stérilité primaire	33
3.4	Intervalle intergénérisique	34
3.5	Age à la première naissance	36

	Page
3.6	Fécondité des adolescentes 37
3.7	Discussion 40
 CHAPITRE 4 PLANIFICATION FAMILIALE	
4.1	Connaissance de la contraception 41
4.2	Pratique de la contraception 44
4.3	Utilisation actuelle de la contraception 46
4.4	Nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception 51
4.5	Connaissance de la période féconde 52
4.6	Sources d'approvisionnement de la contraception 53
4.7	Utilisation future et méthodes contraceptives préférées 54
4.8	Information sur la contraception 58
4.9	Opinions et attitudes vis-à-vis de la planification familiale 59
4.10	Discussion 63
 CHAPITRE 5 NUPTIALITE ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE	
5.1	Etat matrimonial 65
5.2	Age à la première union et âge aux premiers rapports sexuels 69
	5.2.1 Age à la première union 69
	5.2.2 Age aux premiers rapports sexuels 72
5.3	Activité sexuelle 73
5.4	Exposition au risque de grossesse 75
5.5	Discussion 78
 CHAPITRE 6 PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE	
6.1	Désir d'enfants supplémentaires 79
6.2	Besoins en matière de planification familiale 84
6.3	Nombre total d'enfants désirés 86
6.4	Planification de la fécondité 89
6.5	Discussion 91
 CHAPITRE 7 SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT	
7.1	Soins prénatals et accouchement 93
	7.1.1 Soins prénatals 93
	7.1.2 Accouchement 96

	Page
7.2 Vaccination	100
7.3 Maladies des enfants	105
7.3.1 Infections respiratoires	105
7.3.2 Fièvre	108
7.3.3 Diarrhée	110
7.4 Discussion	116
 CHAPITRE 8 ALLAITEMENT ET ETAT NUTRITIONNEL	
8.1 Allaitement et alimentation de complément	117
8.2 Etat nutritionnel	122
8.2.1 Retard de croissance	123
8.2.2 Emaciation	126
8.2.3 Insuffisance pondérale	127
8.3 Discussion	129
 CHAPITRE 9 MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	
9.1 Méthodologie	131
9.2 Niveaux et tendances	132
9.3 Mortalité différentielle et groupes à hauts risques	135
9.4 Discussion	141
 BIBLIOGRAPHIE	 143
 ANNEXE A ORGANIGRAMME ET PERSONNEL DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE	 145
ANNEXE B PLAN DE SONDAGE	151
ANNEXE C ERREURS DE SONDAGE	157
ANNEXE D TABLEAU POUR L'EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES	171
ANNEXE E QUESTIONNAIRES	179

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau 1.1	Indicateurs démographiques de base 4
Tableau 1.2	Taille et couverture de l'échantillon 8
Tableau 2.1	Population des ménages par âge et sexe 12
Tableau 2.2	Population par âge selon différentes sources 13
Tableau 2.3	Composition des ménages 14
Tableau 2.4.1	Niveau d'instruction de la population des hommes 15
Tableau 2.4.2	Niveau d'instruction de la population des femmes 16
Tableau 2.5	Taux de fréquentation scolaire 18
Tableau 2.6	Caractéristiques des logements 20
Tableau 2.7.1	Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées 22
Tableau 2.7.2	Caractéristiques socio-démographiques des maris enquêtés 22
Tableau 2.8	Niveau d'instruction des femmes et des maris enquêtés 24
Tableau 3.1	Fécondité actuelle 26
Tableau 3.2	Fécondité par caractéristiques socio-démographiques 27
Tableau 3.3	Fécondité par âge selon trois sources 29
Tableau 3.4	Tendances de la fécondité par âge 31
Tableau 3.5	Tendances de la fécondité par durée de mariage 32
Tableau 3.6	Enfants nés vivants et enfants survivants 33
Tableau 3.7	Intervalle intergénéral 35
Tableau 3.8	Age à la première naissance 36
Tableau 3.9	Age médian à la première naissance 37
Tableau 3.10	Fécondité des adolescentes 38
Tableau 3.11	Enfants nés de mères adolescentes 39
Tableau 4.1	Connaissance des méthodes contraceptives et des sources des méthodes 42
Tableau 4.2	Connaissance des méthodes contraceptives modernes et des sources des méthodes .. 44
Tableau 4.3	Utilisation de la contraception à un moment quelconque 45
Tableau 4.4	Utilisation actuelle de la contraception 47
Tableau 4.5	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques 49
Tableau 4.6	Nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception 51

	Page
Tableau 4.7	Connaissance de la période féconde 52
Tableau 4.8	Source d'approvisionnement en contraceptifs modernes 53
Tableau 4.9	Utilisation future de la contraception 55
Tableau 4.10	Raison de non-utilisation de la contraception 57
Tableau 4.11	Méthode contraceptive préférée pour une utilisation future 58
Tableau 4.12	Messages sur la planification familiale diffusés par les média 59
Tableau 4.13	Approbation de l'utilisation des média dans la diffusion de messages sur la planification familiale 60
Tableau 4.14	Discussion de la planification familiale par le couple 61
Tableau 4.15	Opinion des couples face à la planification familiale 62
Tableau 5.1	Etat matrimonial 65
Tableau 5.2	Polygamie 68
Tableau 5.3	Nombre de co-épouses 69
Tableau 5.4	Age à la première union 70
Tableau 5.5	Age médian à la première union 71
Tableau 5.6	Age aux premiers rapports sexuels 72
Tableau 5.7	Age médian aux premiers rapports sexuels 73
Tableau 5.8	Activité sexuelle récente 74
Tableau 5.9	Aménorrhée, abstinence et non-susceptibilité post-partum 76
Tableau 5.10	Durée médiane de la non-susceptibilité post-partum 77
Tableau 5.11	Fin d'exposition au risque de grossesse 78
Tableau 6.1	Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants 80
Tableau 6.2	Préférences des femmes en matière de fécondité selon l'âge 81
Tableau 6.3	Préférences des maris en matière de fécondité selon l'âge 82
Tableau 6.4	Préférences des couples en matière de fécondité 83
Tableau 6.5	Désir de limiter les naissances 84
Tableau 6.6	Besoins en matière de planification familiale 85
Tableau 6.7	Nombre idéal d'enfants des femmes 87
Tableau 6.8	Nombre idéal d'enfants des femmes par caractéristiques socio-démographiques 88
Tableau 6.9	Nombre idéal d'enfants des maris 89
Tableau 6.10	Planification de la fécondité 90
Tableau 6.11	Taux de fécondité désirée 90

	Page
Tableau 7.1	Soins prénatals 94
Tableau 7.2	Vaccination antitétanique 96
Tableau 7.3	Lieu de l'accouchement 97
Tableau 7.4	Assistance lors de l'accouchement 99
Tableau 7.5	Caractéristiques de l'accouchement: césarienne, prématurité, poids et taille à la naissance 100
Tableau 7.6	Vaccinations par sources d'information 101
Tableau 7.7	Vaccinations par caractéristiques socio-démographiques 103
Tableau 7.8	Vaccinations avant l'âge de 12 mois 104
Tableau 7.9	Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës 106
Tableau 7.10	Prévalence et traitement de la fièvre 109
Tableau 7.11	Prévalence de la diarrhée 111
Tableau 7.12	Connaissance et utilisation des sachets de SRO 113
Tableau 7.13	Traitement de la diarrhée 114
Tableau 8.1	Allaitement initial 118
Tableau 8.2	Allaitement et alimentation de complément 120
Tableau 8.3	Durée médiane et fréquence de l'allaitement 121
Tableau 8.4	Etat nutritionnel des enfants 124
Tableau 9.1	Mortalité des enfants de moins de cinq ans 133
Tableau 9.2	Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère 136
Tableau 9.3	Mortalité des enfants par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants 138
Tableau 9.4	Fécondité à hauts risques 140
Tableau B.1	Résultats des enquêtes auprès des ménages et des femmes par région et milieu de résidence 156
Tableau C.1	Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, EDS Rwanda 1992 161
Tableau C.2	Erreurs de sondage: Echantillon national, EDS Rwanda 1992 162
Tableau C.3	Erreurs de sondage: Milieu urbain, EDS Rwanda 1992 163
Tableau C.4	Erreurs de sondage: Milieu rural, EDS Rwanda 1992 164
Tableau C.5	Erreurs de sondage: Préfectures de Kigali, EDS Rwanda 1992 165
Tableau C.6	Erreurs de sondage: Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi, EDS Rwanda 1992 166
Tableau C.7	Erreurs de sondage: Cyangugu/Gikongoro, EDS Rwanda 1992 167
Tableau C.8	Erreurs de sondage: Butare/Gitarama, EDS Rwanda 1992 168

	Page
Tableau C.9 Erreurs de sondage: Byumba/Kibungo, EDS Rwanda 1992	169
Tableau D.1 Répartition par âge de la population des ménages	173
Tableau D.2 Répartition par âge des femmes éligibles et des femmes enquêtées	174
Tableau D.3 Complétude de l'enregistrement	175
Tableau D.4 Naissances par année du calendrier	176
Tableau D.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours	177
Tableau D.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois	178

LISTE DES GRAPHIQUES

	Page
Graphique 1.1	Evolution de la population - Rwanda, 1952-1991 4
Graphique 2.1	Pyramide des âges de la population - Rwanda, 1992 12
Graphique 2.2	Niveau d'instruction selon l'âge 17
Graphique 2.3	Taux de fréquentation scolaire 19
Graphique 2.4	Caractéristiques des logements 21
Graphique 2.5	Etat matrimonial des enquêtées 23
Graphique 3.1	Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence 26
Graphique 3.2	Indice synthétique de fécondité et descendance atteinte à 40-49 ans 28
Graphique 3.3	Taux de fécondité générale par âge selon l'ENF (1983), le RGPH (1991) et l'EDSR (1992) 29
Graphique 3.4	Tendances de la fécondité par âge 31
Graphique 3.5	Tendances de l'ISF pour les femmes de 15-34 ans, selon l'ENF et l'EDSR 32
Graphique 3.6	Adolescentes de 15-19 ans ayant commencé leur vie féconde 39
Graphique 4.1	Connaissance de la contraception par les femmes de 15-49 ans, 1983 et 1992 43
Graphique 4.2	Prévalence de la contraception parmi les femmes de 15-49 ans en union, 1983 et 1992 48
Graphique 4.3	Méthode utilisée par les utilisatrices actuelles de la contraception 48
Graphique 4.4	Utilisation actuelle de la contraception par les femmes de 15-49 ans en union 50
Graphique 4.5	Sources d'approvisionnement de la contraception moderne 54
Graphique 4.6	Intention d'utiliser la contraception par les femmes actuellement en union et non utilisatrices 56
Graphique 4.7	Opinion des femmes et perception de l'opinion de leur mari face à la planification familiale 63
Graphique 5.1	Etat matrimonial des femmes de 15-49 ans 66
Graphique 5.2	Etat matrimonial par âge en 1983 (ENF) et en 1992 (EDSR) 67
Graphique 5.3	Agés médians à la première union et aux premiers rapports sexuels 71
Graphique 6.1	Désir d'enfants supplémentaires des femmes en union, selon le nombre d'enfants vivants 80
Graphique 6.2	Désir d'enfants supplémentaires des femmes en union, selon l'âge 82
Graphique 6.3	Indice synthétique de fécondité et indice synthétique de fécondité désirée 91
Graphique 7.1	Visites prénatales et durée de grossesse à la première visite 95

	Page
Graphique 7.2	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans nés dans des établissements sanitaires . . . 98
Graphique 7.3	Vaccinations des enfants de 12-23 mois selon le type de vaccin et la source d'information 102
Graphique 7.4	Couverture vaccinale des enfants avant l'âge de 12 mois de 1988-89 à 1991-92 105
Graphique 7.5	Prévalence des infections respiratoires aiguës chez les enfants de moins de 5 ans selon l'âge 107
Graphique 7.6	Prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans selon l'âge 110
Graphique 7.7	Diarrhée par âge chez les enfants de moins de 5 ans 112
Graphique 7.8	Allaitement et quantité de liquides donnés aux enfants ayant la diarrhée 115
Graphique 8.1	Pratique de l'allaitement des enfants de moins de 3 ans 119
Graphique 8.2	Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans 125
Graphique 8.3	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance 126
Graphique 8.4	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints d'insuffisance pondérale 128
Graphique 9.1	Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans selon l'ENF (1983) et l'EDSR (1992) 134
Graphique 9.2	Tendances de la mortalité des enfants de moins de 1 an 135
Graphique 9.3	Mortalité infanto-juvénile selon les caractéristiques de la mère 137
Graphique 9.4	Mortalité infantile et comportement procréateur 139

SIGLES ET ABREVIATIONS

BCG	Bacille Bilié de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
CDC	Centers for Disease Control (Centres de contrôle des maladies, Etats-Unis)
DHS (EDS)	Demographic and Health Surveys
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DR	District de Recensement
DTCoq	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche (vaccin)
EDS (DHS)	Enquête Démographique et de Santé
EDSR	Enquête Démographique et de Santé au Rwanda
ENF	Enquête Nationale sur la Fécondité
ET	Ecart Type
IEC	Information, Education et Communication
ISSA	Integrated System for Survey Analysis
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISFD	Indice Synthétique de Fécondité Désirée
MINITRAPE	Ministère des Travaux Publics et de l'Energie
MRND	Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement
NCHS	National Center for Health Statistics (Centre national des statistiques sanitaires, Etats-Unis)
NN	Néonatale (mortalité)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONAPO	Office National de la Population
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNN	Post-Néonatale (mortalité)
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SRO	Sels de Réhydratation par voie Orale
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
UPS	Unité Primaire de Sondage
USAID	United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le Développement International)

PREFACE

L'Enquête Démographique et de Santé (EDSR) réalisée au Rwanda avec l'assistance de Macro International Inc. et grâce au financement de l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID), fait partie d'un programme mondial d'enquêtes socio-démographiques et sanitaires menées depuis le milieu des années 1980 dans les pays en développement. Ces enquêtes font suite à celles menées dans le cadre du projet de l'Enquête Mondiale sur la Fécondité et dans le cadre des Enquêtes sur la Prévalence de la Contraception.

L'EDSR s'inscrit, au Rwanda, dans le prolongement des études et recherches réalisées par l'Office National de la Population (ONAPO) depuis l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1983. De 1983 à 1992, l'ONAPO a déjà réalisé une dizaine de recherches. L'EDSR contribue à une meilleure connaissance de la population rwandaise, en fournissant des indicateurs fiables, principalement dans le domaine de la fécondité, de la planification familiale, de la santé maternelle et infantile et de la mortalité infanto-juvénile.

L'importance qu'occupent aujourd'hui les questions de population dans les préoccupations des autorités politico-administratives et des agents de développement régional intégré accroît encore l'intérêt des différents indicateurs mis à la disposition des utilisateurs de l'EDSR, notamment dans les programmes d'Information, Education, et Communication (IEC) et de Santé Familiale.

L'EDSR a également été une opération durant laquelle les participants ont acquis et renforcé leur expérience pour mener des études et recherches du même type dans l'avenir.

Puisse ce nouveau pas réalisé par l'ONAPO dans l'éclairage des phénomènes de population au Rwanda, aider les décideurs politiques et les planificateurs du développement à tirer profit des résultats de l'EDSR dans la mise en oeuvre des politiques de population arrêtées par le Gouvernement rwandais.

La Directrice de l'ONAPO
Directrice Nationale de l'EDSR



HABIMANA NYIRASFARI Gaudence

REMERCIEMENTS

Au terme de l'EDSR, c'est avec plaisir que nous adressons nos remerciements à tous ceux qui ont contribué, à des degrés divers, aux différentes étapes de ce projet.

Nous exprimons tout d'abord nos remerciements aux populations des zones enquêtées pour leur disponibilité, et surtout aux femmes qui ont accepté de livrer des informations sur leur vie privée et intime. Que les autorités administratives locales trouvent ici notre gratitude pour la sollicitude qu'elles ont témoignée envers nos équipes et pour avoir assuré leur sécurité quand elles sillonnaient leur région.

Que les formateurs, les chefs d'équipes, les contrôleuses, les enquêtrices, les chauffeurs soient remerciés pour leur courage, leur endurance et leur patience pour avoir surmonté les difficultés rencontrées. Parmi les membres de l'équipe nationale de l'EDSR, nous adressons plus particulièrement nos remerciements à :

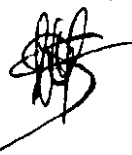
- MM. HAKIZIMANA Evariste et HABİYAKARE Tite, et Mlle KABAGWIRA Athanasie qui ont coordonné avec sagesse et compétence les activités de l'EDSR;
- Mme BAZIRAMWABO Madeleine et M. NGENDAKUMANA Mathias qui, durant tout le déroulement de l'enquête, sont restés prêts à résoudre tout problème survenant sur le terrain par une supervision régulière;
- Mlle MUKAMUGENGA Winifred et son équipe qui a rendu agréable le séjour des participants de l'EDSR au Centre de Formation de Kicukiro durant la formation;
- Mme NYIRANGARUYE Daphrose, et MM. RUTAGANDA Tatien, NDUWIMANA Sixbert et SIMBABURANGA Oswald de la Section Recherches de l'ONAPO qui ont mis la dernière main à la version finale de l'analyse de l'EDSR sous l'animation de M. BARRERE Bernard de Macro International Inc.

De l'expertise internationale, nous nous souviendrons toujours de MM. SCHOEMAKER Juan et EKOUEVI Koffi qui ont vécu avec nous les premiers chocs de la suspension de l'EDSR suite à l'éclatement de la guerre d'octobre 1990 et qui ont, par la suite, facilité la reprise du projet. Nos remerciements sont également exprimés à Mlle LE Thanh, Mme CUSHING Jeanne, et MM. SCOTT Chris, CROFT Trevor, CANALES Victor et ABDERRAHIM Noureddine de Macro International Inc. qui ont apporté leur compétence technique à l'EDSR. Nous remercions vivement Mmes MITCHELL Kaye et KOVENSKY Aylene, et M. DAMMONS Jonathan qui ont eu la lourde charge d'assurer la composition finale du rapport à Macro International Inc.

Nous réservons une mention spéciale à l'USAID-Kigali qui a financé cette opération et surtout à MM. MARTIN William B. et NZAHABWANAMUNGU Patrice qui, avec une attention permanente, ont trouvé à tout moment une solution appropriée aux exigences de l'EDSR.

Nous remercions enfin tous ceux ou celles qui n'ont pas été cités nommément et qui ont joué un rôle important dans la réussite de l'EDSR.

La Directrice de l'ONAPO
Directrice Nationale de l'EDSR



HABIMANA NYIRASAFARI Gaudence

RESUME

L'Enquête Démographique et de Santé au Rwanda (EDSR) a été exécutée par l'Office National de la Population (ONAPO) avec l'assistance technique de Macro International Inc. Il s'agit d'une enquête par sondage réalisée au niveau national, dont l'objectif est de fournir des informations détaillées sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant et la mortalité infanto-juvénile. Faisant suite à l'Enquête Nationale sur la Fécondité (ENF) réalisée par l'ONAPO en 1983 et au Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1991, les résultats de l'EDSR permettent de mettre en lumière les changements intervenus au Rwanda durant ces dernières années, en particulier en ce qui concerne les niveaux de fécondité, de connaissance et d'utilisation de la planification familiale et ceux de mortalité infanto-juvénile. Au cours de l'EDSR, dont les travaux de collecte se sont déroulés de juin à octobre 1992, 6 252 ménages, 6 551 femmes en âge de procréer (15-49 ans) et 598 maris appartenant à ces ménages ont été enquêtés avec succès sur l'ensemble du territoire national.

Avec les niveaux actuels de la fécondité, les femmes rwandaises donneront naissance, en moyenne, à 6,2 enfants durant leur vie féconde. Bien que cette fécondité reste élevée, elle a fortement diminué au cours des dernières années puisque, selon l'ENF de 1983, les femmes avaient, en moyenne, 8,5 enfants. La fécondité a donc connu une baisse de 27 pour cent en moins de 10 ans. La forte proportion de femmes célibataires, le recul de l'âge au premier mariage et aux premiers rapports sexuels et l'augmentation de la prévalence contraceptive sont autant de facteurs qui expliquent cette baisse. En outre, les niveaux de fécondité varient fortement en fonction de la résidence et du niveau d'instruction. Les femmes du milieu urbain (4,5 enfants) donnent naissance à près de deux enfants de moins que les femmes du milieu rural (6,3 enfants). Les femmes ayant dépassé le niveau d'instruction primaire (4,3 enfants) ont, en moyenne, plus d'un enfant de moins que celles ayant seulement un niveau d'instruction primaire (5,9 enfants), et près de trois enfants de moins que celles qui n'ont jamais fréquenté l'école (7,0 enfants). Du point de vue régional, la fécondité varie d'un minimum de 5,2 enfants dans les préfectures de Butare/Gitarama à un maximum de 7,2 dans les préfectures de Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi.

Au moment de l'enquête, 10 pour cent des adolescentes de 15-19 ans avaient déjà eu, au moins, un enfant ou étaient enceintes pour la première fois. En outre, cette proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde varie fortement selon la région (de 7 pour cent à Butare/Gitarama, à 16 pour cent à Byumba/Kibungo), et selon le niveau d'instruction (de 3 pour cent chez les adolescentes ayant dépassé le niveau d'instruction primaire, à 22 pour cent chez celles sans instruction). Ce sont les catégories de femmes chez lesquelles se rencontrent ces fortes proportions d'adolescentes mères ou enceintes qui ont les niveaux les plus élevés de fécondité.

Parmi les femmes enquêtées, la proportion des célibataires est importante : 32 pour cent ont déclaré n'avoir jamais été en union. De même, on observe une forte proportion de femmes en rupture d'union, soit par veuvage (4 pour cent), soit par divorce ou séparation (6 pour cent). Ainsi, au total, 42 pour cent des femmes de 15-49 ans n'étaient pas en union au moment de l'enquête. A 20-24 ans, 45 pour cent des femmes sont encore célibataires, et l'âge médian d'entrée en union est de plus en plus tardif : il est passé de 18,7 ans chez les femmes des générations les plus anciennes, âgées de 45-49 ans à l'enquête, à 20,9 ans chez celles de 25-29 ans. De même, dans les générations récentes âgées de 25-29 ans à l'enquête, les premiers rapports sexuels se produisent plus tardivement (médiane de 20,2 ans) que dans les générations anciennes (médiane de 18,4 ans). Ces changements de comportement en matière d'union et de rapports sexuels expliquent, en grande partie, la baisse de la fécondité observée récemment.

Depuis l'ENF (1983), la connaissance de la contraception s'est très nettement améliorée : 67 pour cent de femmes connaissaient une méthode quelconque de contraception en 1983, contre 98 pour cent en

1992 pour les seules méthodes modernes. En outre, parmi les femmes en union qui déclarent connaître une méthode, 92 pour cent savent où se la procurer. Plus d'une femme sur cinq utilisait la contraception au moment de l'enquête. Parmi les méthodes modernes, les injections (8 pour cent) et la pilule (3 pour cent) sont les plus utilisées; parmi les méthodes traditionnelles, c'est la continence périodique (5 pour cent) et le retrait (3 pour cent) qui sont les plus pratiquées. Le condom reste très peu utilisé (moins de 1 pour cent). Depuis 1983, la prévalence contraceptive a fortement augmenté, en particulier pour les méthodes modernes, passant de 1 à 13 pour cent. Le développement de la contraception, et surtout des méthodes modernes, est un autre facteur important expliquant la baisse de la fécondité observée récemment.

Comme pour la fécondité, les niveaux d'utilisation de la contraception varient selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction : 13 pour cent des femmes du milieu rural utilisent une méthode moderne contre 20 pour cent en milieu urbain. De même, l'utilisation de la contraception moderne varie de 11 pour cent chez les femmes sans instruction à 28 pour cent chez celles qui ont un niveau d'instruction supérieur au primaire. Cependant, 93 pour cent des femmes en union qui connaissent une méthode contraceptive approuvent la planification familiale, et la diffusion d'informations à ce sujet dans les médias est approuvée par 95 pour cent.

Plus d'un tiers des femmes rwandaises en union et plus d'un tiers de leur mari partagent le même désir de limiter leur descendance : ils ont exprimé le souhait de ne plus avoir d'enfants. Si toutes les grossesses non désirées étaient évitées, la fécondité totale serait de 4,2 enfants, soit 2 enfants de moins que la fécondité actuelle. Ce niveau de fécondité désirée (4,2 enfants) correspond également au nombre idéal d'enfants exprimé par les femmes et leurs maris. On estime que 40 pour cent des femmes en union ont des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale. Si ces besoins étaient satisfaits, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 62 pour cent. Ces résultats laissent présager que la baisse de la fécondité amorcée se poursuivra dans les années à venir.

L'EDSR fournit aussi un ensemble d'informations très importantes sur la santé de la mère et de l'enfant ainsi que sur l'état nutritionnel des enfants.

Concernant les soins prénatals, on constate que, quelles que soient les caractéristiques de la mère, 92 à 99 pour cent des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête ont donné lieu à des consultations prénatales. Par ailleurs, dans 9 cas sur 10, la mère a reçu au moins une injection antitétanique pendant la grossesse. Cependant, trois naissances sur quatre ont lieu à la maison et une naissance sur cinq se déroule sans l'assistance de professionnels de la santé. En outre, on constate d'énormes différences du point de vue du niveau d'instruction de la mère et du milieu de résidence : 67 pour cent des naissances du milieu urbain ont lieu en formation sanitaire contre 23 pour cent en milieu rural, et 65 pour cent des naissances des femmes ayant une instruction supérieure au primaire se sont déroulées avec l'assistance de professionnels de la santé, contre seulement 18 pour cent des naissances chez les femmes sans instruction.

D'après les déclarations des mères et selon les renseignements tirés des carnets de vaccination, la grande majorité des enfants de 12-23 mois (87 pour cent) ont reçu tous les vaccins du Programme Élargi de Vaccination (PEV) et, pour 83 pour cent des enfants, ces vaccinations ont été faites conformément au calendrier vaccinal recommandé par l'OMS. Cette couverture vaccinale est assez uniformément répartie selon le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction puisqu'elle ne varie que de 83 à 95 pour cent selon les différents groupes de mères.

En ce qui concerne les maladies de l'enfance, 33 pour cent des enfants de moins de cinq ans ont présenté des symptômes d'infections respiratoires aiguës (toux et respiration courte et rapide), 42 pour cent ont eu de la fièvre et 23 pour cent ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques, pendant les deux semaines

qui ont précédé l'enquête. Quelle que soit la maladie, moins d'un tiers des enfants ont été conduits en consultation lorsqu'ils étaient malades. En outre, environ 3 enfants sur 10 n'ont reçu aucun traitement pendant leur maladie; pour ceux qui ont reçu un traitement, il s'agissait le plus fréquemment de remèdes traditionnels. Parmi les enfants atteints de diarrhée, la moitié d'entre eux n'a bénéficié d'aucune forme de réhydratation par voie orale, alors que la grande majorité des femmes connaissent les sels de réhydratation orale (85 pour cent).

La quasi totalité des enfants rwandais nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ont été allaités (97 pour cent), et cela sur une longue période, puisque un enfant sur deux est allaité pendant près de 28 mois. Cependant, seulement 18 pour cent des enfants sont mis au sein immédiatement après la naissance. En outre, contrairement aux recommandations de l'OMS selon lesquelles un enfant ne doit recevoir rien d'autre que le sein jusqu'à 4-6 mois, un enfant sur trois reçoit des compléments nutritionnels à l'âge de 4-5 mois. A l'opposé, parmi les enfants de 6-7 mois pour lesquels le lait maternel seul n'est plus suffisant à leur alimentation, un sur trois ne reçoit pas d'aliment de complément.

Près de la moitié des enfants rwandais de moins de cinq ans souffrent de sous-nutrition chronique qui se manifeste par un retard de croissance. Cette forme de sous-nutrition augmente avec l'âge pour atteindre 54 pour cent des enfants de 12-23 mois et pour se maintenir ensuite autour de 50 à 60 pour cent. Par ailleurs, 7 pour cent des enfants de 12-23 mois souffrent de sous-nutrition aiguë qui se manifeste par l'émaciation.

Malgré des résultats très satisfaisants dans le domaine des soins prénatals et de la vaccination des enfants, la forte prévalence des maladies de l'enfance et leur manque de traitement explique que la mortalité des enfants rwandais reste toujours élevée. Sur mille enfants qui naissent vivants, 85 décèdent avant le premier anniversaire, et sur mille enfants qui atteignent un an, 72 meurent avant d'atteindre 5 ans. Globalement, la mortalité infanto-juvénile touche 150 enfants pour mille naissances vivantes. Ces niveaux de mortalité ont néanmoins nettement diminué au cours des 15 dernières années : depuis la fin des années 1970, où elle était estimée à 225 pour mille, la mortalité infanto-juvénile aurait baissé de 44 pour cent.

Les niveaux de mortalité présentent d'assez faibles variations selon le milieu de résidence des mères, la mortalité infanto-juvénile variant de 163 pour mille en milieu rural à 155 pour mille en milieu urbain. Par contre, les enfants de mères sans instruction courent près de deux fois plus de risques de décéder avant l'âge de 5 ans que ceux dont la mère a un niveau d'instruction supérieur au primaire. Par ailleurs, les enfants nés de mères très jeunes (moins de 20 ans) sont plus exposés à la mortalité infantile (121 pour mille) que ceux nés de mères plus âgées (90 pour mille ou moins); de même, les intervalles intergénésiques très courts sont associés à une mortalité infantile (159 pour 1 000) près de trois fois plus élevée que celle associée aux intervalles intergénésiques de quatre ans ou plus (57 pour mille). Ainsi, la fécondité précoce et des grossesses trop rapprochées contribuent au maintien d'une mortalité élevée parmi les enfants.

RWANDA



CHAPITRE 1

CARACTERISTIQUES DU PAYS ET PRESENTATION DE L'ENQUETE

1.1 CARACTERISTIQUES DU PAYS

1.1.1 Géographie et histoire

Le Rwanda est un pays de l'Afrique centrale situé au sud de l'Equateur, entre 1°04' et 2°51' de latitude sud et entre 28°53' et 30°53' de longitude est. Avec une superficie de 26 338 km², le pays est entouré par l'Ouganda au nord, la Tanzanie à l'est, le Zaïre à l'ouest et le Burundi au sud. Sans accès à la mer, le Rwanda est ainsi enclavé et se situe, à vol d'oiseau, à 1 200 km de l'Océan Indien et à 2 000 km de l'Océan Atlantique.

Le Rwanda se rattache morphologiquement aux hautes terres de l'Afrique centrale et orientale avec un relief montagneux et une altitude moyenne de 1 700 mètres. Cependant, trois grandes unités peuvent être distinguées :

- L'Ouest et le Centre-Nord du pays présentent un relief montagneux constitué de la Crête Zaïre-Nil et de ses contreforts, de la chaîne de Birunga (volcans) ainsi que des Hautes Terres de Byumba et de Ruhengeri. Cet ensemble est caractérisé par un relief abrupt et disséqué avec des vallées encaissées. Mises à part ces vallées, l'altitude y est supérieure à 2 000 mètres. La Crête culmine à 3 000 mètres d'altitude mais reste à son tour dominée par la chaîne des volcans dont le plus haut, le Kalisimbi, culmine à 4 507 mètres d'altitude.
- Au centre du pays, le paysage montagneux cède la place à un relief collinaire qui a valu au Rwanda l'appellation de *pays des mille collines*. L'altitude varie, en moyenne, entre 1 500 et 2 000 mètres. C'est une morphologie faiblement disséquée appelée aussi "plateau central."
- Plus à l'est, s'étend une vaste zone de plateau dite "plateau de l'est" où l'aspect collinaire s'estompe au profit d'un relief plat, monotone, découpé de quelques collines et de vallées lacustres. L'altitude tombe généralement en-dessous de 1 500 mètres.

Il faut ajouter qu'à l'ouest, la Crête Zaïre-Nil domine le lac Kivu qui occupe le graben du rift et se situe à 1 460 mètres d'altitude.

Sur le plan climatique, le Rwanda jouit d'un climat subéquatorial tempéré par l'altitude. La température annuelle moyenne oscillant autour de 18,5°C tandis que la pluviométrie est de l'ordre de 1 250 mm, en moyenne, répartie en deux saisons inégales qui alternent avec une petite et une grande saisons sèches. Le climat connaît cependant des variations régionales qui restent en général calquées sur les étages altitudinaux.

- A l'ouest et au nord, les régions de la crête, des volcans et des hautes terres de Byumba et Ruhengeri jouissent d'un climat frais (16°C en moyenne) et humide avec une

pluviométrie moyenne supérieure à 1 300 mm mais pouvant dépasser 1 600 mm au-dessus de la crête et sur le piémont des volcans.

- La région des collines du centre reçoit, en moyenne, entre 1 100 mm et 1 300 mm de pluie par an.
- Le plateau de l'est connaît un climat relativement chaud et faiblement arrosé avec des totaux annuels de pluies généralement inférieurs à 1 000 mm, le minimum variant autour de 800 mm.

Avec des températures quasi constantes, le climat du Rwanda reste cependant caractérisé par des variabilités interannuelles, voire des irrégularités notables de pluies marquées par des excès et surtout des déficits. Ces perturbations affectent profondément la production agricole qui enregistre parfois des périodes de crise.

L'hydrographie du pays est caractérisée par un réseau dense de rivières. En dehors de la façade ouest de la Crête Zaïre-Nil dont le drainage est tourné vers le fleuve Zaïre, le reste du pays est drainé vers le Nil par la rivière Akagera qui collecte presque toutes les rivières de ce bassin. L'hydrographie reste aussi caractérisée par beaucoup de lacs entourés de marécages.

La pression démographique et la déforestation qui s'en est suivie ont donné lieu à une végétation anthropique où ne subsistent que quelques lambeaux (5 pour cent du territoire) de forêts naturelles situées sur la Crête Zaïre-Nil et sur les volcans.

Lors de la Conférence Internationale de Berlin (1884-1885), le Rwanda, alors presque inconnu des européens, fut englobé dans les territoires dévolus à l'Allemagne dont le protectorat fut effectif et reconnu à la cour royale du Rwanda en 1899. En 1916, au cours de la première guerre mondiale, le Rwanda passe sous le contrôle militaire belge. L'occupation belge est confirmée par le Traité de Versailles de 1919. Le Rwanda devient, en 1923, un territoire sous-mandat de la Société des Nations confié à la Belgique. En 1946, le pays passe sous la tutelle de l'Organisation des Nations Unies, assurée également par la Belgique jusqu'au 1^{er} juillet 1962, date d'accession du Rwanda à l'indépendance.

Peu après la révolution sociale de 1959, le Rwanda est proclamé République le 28 janvier 1961. En 1973, un coup d'état militaire consacre la deuxième République, gérée en régime de parti unique depuis la création du Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement (MRND) en 1975. Le 10 juin 1991 une nouvelle constitution instituant le multipartisme est promulguée.

1.1.2 Economie

Le Rwanda est un pays essentiellement agricole. Les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1991 montrent que 91 pour cent de la population active occupée travaille dans le secteur primaire, dominé par l'agriculture, 3 pour cent dans le secteur secondaire et 6 pour cent dans le tertiaire.¹ En 1991, ces trois secteurs représentaient respectivement 40, 20 et 40 pour cent du Produit Intérieur Brut (PIB). D'après la Banque Mondiale, en 1991, le produit national brut *per capita* était de 270 dollars US.²

¹ Service National du Recensement, 1993.

² Banque Mondiale, 1993.

Rurale à près de 95 pour cent, la population rwandaise vit d'une agriculture de quasi subsistance qui n'est ouverte au marché qu'à l'occasion des excédents conjoncturels. La pluviométrie capricieuse fait que les années qui approchent l'autosuffisance alimentaire alternent avec les années de famine souvent très marquée. Aussi faut-il souligner que la pression démographique que connaît le pays a conduit à une crise foncière qui hypothèque dangereusement le développement de ce secteur clé de l'économie qu'est l'agriculture. Le café constitue la principale source de devises pour le pays, mais il reste, lui aussi, soumis aux aléas climatiques et surtout à la fluctuation des cours internationaux. C'est ainsi que la chute des cours du café intervenue depuis 1987 a plongé le pays dans une crise importante conduisant à une rupture profonde des équilibres économiques. Les autres cultures de rente sont le thé (également source de devises), le pyrèthre et la canne à sucre.

Le sous-sol rwandais est pauvre et se résume à quelques gisements de cassitérite, de wolfram, de colombo-tantalite, de béryl et d'un peu d'or. Ceci fait que les activités minières participent faiblement au revenu national.

L'économie du Rwanda reste, par ailleurs, sous la contrainte de l'enclavement du pays. Cet enclavement grève les prix des marchandises importées et exportées, suite à la longueur du transport, sa cherté et son incertitude quand les zones traversées par les routes vers Mombasa et Dar-es-Salam, principaux ports, connaissent des troubles.

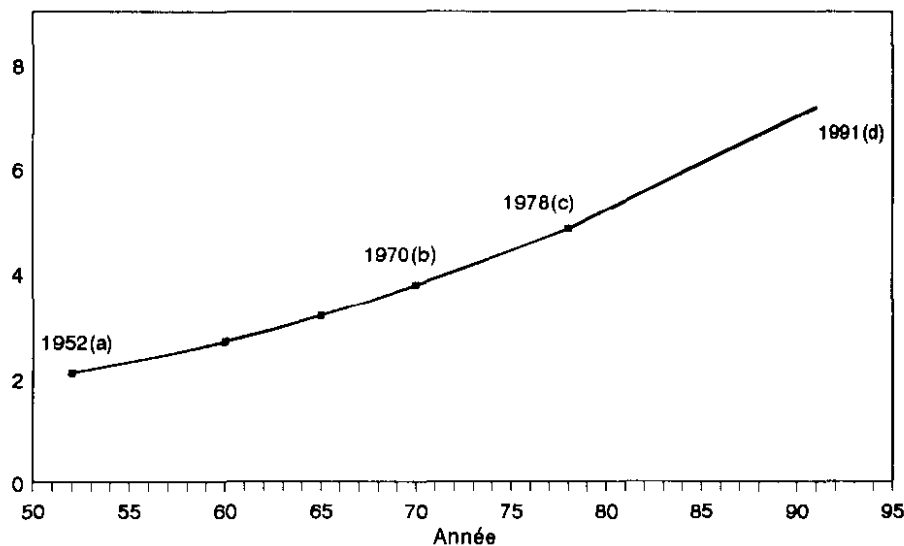
1.1.3 La population

Depuis plusieurs siècles, la population est composée de trois grands groupes ethniques : les hutu, les tutsi et les twa qui représentent, respectivement, 90 pour cent, 8 pour cent et moins de 1 pour cent de la population. Ces ethnies partagent une langue commune, le kinyarwanda, langue nationale et officielle du pays.

D'après le RGPH de 1991, la population du Rwanda s'élève à environ 7,2 millions d'habitants (Graphique 1.1) : c'est l'un des pays les plus densément peuplés d'Afrique, avec une densité brute de plus de 270 habitants par km². Le taux de croissance de la population, estimé à 3,2 pour cent par an, est également parmi les plus élevés du continent. La pression démographique, causée par la forte densité et un taux de croissance excessivement élevé, pose un problème particulièrement grave au Rwanda, d'autant plus que le pays est peu urbanisé et peu industrialisé. En effet, à peine un peu plus de 5 pour cent de la population réside en milieu urbain, et environ 90 pour cent de la population travaille dans le secteur primaire, largement dominé par l'agriculture dont la capacité d'absorption de main d'oeuvre est faible. Etant donné l'insuffisance d'emplois dans le secteur industriel et dans celui des services, une partie importante de la force de travail générée par la croissance démographique n'arrive pas à s'insérer convenablement dans le système économique. Aussi, depuis plusieurs années, la réalisation de l'équilibre entre population et ressources retient l'attention des autorités rwandaises. La situation démographique du Rwanda peut être résumée par les indicateurs qui figurent au Tableau 1.1.

Graphique 1.1 Evolution de la population - Rwanda, 1952-1991

Population (millions)



Sources: ONAPO (1990), et a) Enquête Démographique 1952, b) Enquête Démographique 1970, c) Recensement 1978, d) Recensement 1991

Tableau 1.1 Indicateurs démographiques de base

Indicateurs	1978-83	1991-92
Population totale	4 831 527 ^a	7 157 551 ^c
Densité (habitants/km ²)	183 ^a	272 ^c
Population urbaine (pour cent)	4,6 ^a	5,5 ^c
Taux brut de natalité (pour mille)	54 ^a	45,9 ^c
Taux brut de mortalité (pour mille)	17 ^a	14,1 ^c
Taux d'accroissement naturel (pour cent)	3,7 ^a	3,2 ^c
Indice Synthétique de Fécondité (enfants/femme)	8,5 ^b	6,2 ^d
Taux de mortalité infantile (pour mille)	120 ^b	85 ^d

Sources:

^aRecensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), 1978

^bEnquête Nationale sur la Fécondité, 1983

^cRecensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), 1991

^dEnquête Démographique et de Santé, 1992

1.1.4 Politique en matière de santé publique et de planification familiale

Le problème posé par la pression démographique étant une des priorités de la 2^e République depuis son établissement en 1973, le gouvernement du Rwanda a créé, en 1981, l'Office National de la Population (ONAPO) pour faire face à ce problème. La mission principale de l'ONAPO est d'étudier les

problèmes découlant de l'accroissement démographique et de proposer au Gouvernement des solutions appropriées. La sensibilisation aux contraintes multiples engendrées par un rythme rapide d'accroissement de la population a été la préoccupation de l'ONAPO depuis sa création.

D'une manière générale, les actions en santé publique ont pour but l'amélioration globale de la santé, réductrice de mortalité, gage d'un meilleur bien-être physique, et facteur de la réduction du nombre d'enfants par femme. La politique nationale en la matière est axée sur la promotion des huit composantes des soins de santé primaires. Les programmes dans ce secteur visent à :

- développer et appliquer un schéma cohérent et efficace d'organisation des formations médicales;
- renforcer la supervision-formation des centres de santé et du personnel;
- renforcer l'approvisionnement des centres de santé et de la population en médicaments essentiels et en matériel médical de base (initiative de Bamako), avec création d'une centrale nationale d'approvisionnement, création des pharmacies communautaires communales et création d'une industrie pharmaceutique nationale;
- améliorer quantitativement et qualitativement la formation du personnel;
- améliorer, au moyen d'études, la connaissance des principales causes de morbidité et de mortalité;
- améliorer le niveau nutritionnel des Rwandais, et particulièrement celui des groupes vulnérables : enfants, femmes enceintes et celles qui allaitent, et travailleurs.

En ce qui concerne la planification familiale proprement dite, les programmes sont axés sur les volets suivants :

- un appui ferme de toutes les autorités politico-administratives et religieuses du pays à la planification familiale;
- la promotion et le renforcement de la fourniture des services de planification familiale du Ministère de la Santé, par une intégration de ces services à ceux de la Santé Maternelle et Infantile (SMI). Ceci implique la généralisation de ces services dans toutes les formations socio-sanitaires;
- l'adoption de mesures législatives connexes accompagnant la politique de planification familiale et incitant à une plus grande utilisation des méthodes contraceptives;
- l'amélioration de la qualité des services de planification familiale par une formation et un engagement accru du personnel, une meilleure organisation, supervision et encadrement, un meilleur accueil des utilisateurs de planification familiale, un meilleur suivi de ces utilisateurs, une information plus adéquate sur tous les effets des méthodes de contraception;
- la distribution à base communautaire de certaines méthodes (condoms, spermicides, réapprovisionnement en pilule...);
- la promotion plus importante de certaines méthodes peu utilisées (Dispositif Intra-Utérin -DIU-, pilule...).

1.2 PRESENTATION DE L'ENQUETE

1.2.1 Cadre institutionnel et objectifs

Conformément à sa mission, c'est l'ONAPO qui a eu la responsabilité d'exécuter l'Enquête Démographique et de Santé au Rwanda (EDSR), avec l'assistance technique de Macro International, Inc. Cette enquête, qui entre dans le cadre du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS, ou Demographic and Health Surveys - DHS), a bénéficié d'un financement de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID). L'UNICEF a également fourni une assistance matérielle.

L'EDSR est une enquête par sondage dont l'objectif principal est de recueillir, à l'échelle nationale, des données fiables et de qualité permettant de :

- calculer certains taux démographiques et, plus particulièrement, les taux de fécondité et de mortalité infantile ;
- analyser les facteurs qui déterminent le niveau et les tendances de la fécondité et de la mortalité ;
- estimer les niveaux de connaissance et de pratique de la contraception chez les femmes en âge de procréer et chez leur mari ;
- connaître les préférences en matière de fécondité et l'attitude envers la planification familiale des femmes et de leur mari ;
- évaluer la situation de la santé maternelle et infantile en ce qui concerne les vaccinations, la prévalence et le traitement de la diarrhée et des maladies respiratoires, les pratiques d'allaitement, les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement ;
- évaluer l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans à partir des mesures anthropométriques.

Grâce à l'expérience acquise par les cadres durant l'EDSR, ce projet vise également à renforcer les capacités du Rwanda, en général, et de l'ONAPO, en particulier, pour réaliser des études similaires dans le futur.

1.2.2 Questionnaires

Trois questionnaires ont été utilisés au cours de l'EDSR : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme et le questionnaire mari. Les entretiens se sont déroulés dans la langue nationale, le kinyarwanda.

Le **questionnaire ménage** a permis d'établir la liste de tous les membres du ménage et de collecter à leur sujet quelques caractéristiques importantes. Ce questionnaire comporte aussi plusieurs questions relatives aux caractéristiques physiques des logements, permettant d'évaluer les conditions économiques et environnementales dans lesquelles vivent les femmes qui sont enquêtées individuellement. Néanmoins, l'objectif principal du questionnaire ménage a été de permettre l'identification des femmes éligibles et, éventuellement, de leur mari.

Le questionnaire individuel femme a été utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes de 15-49 ans, ayant passé la nuit précédant l'entretien dans le ménage sélectionné, quel que soit leur statut de résidence. Ce questionnaire comprend huit sections qui portent sur les thèmes suivants :

- caractéristiques socio-démographiques
- reproduction
- connaissance et utilisation de la contraception
- grossesse et allaitement, vaccination et santé des enfants
- nuptialité
- préférences en matière de fécondité
- caractéristiques du conjoint et activité économique de la femme
- mesures anthropométriques des enfants de moins de cinq ans.

Le questionnaire mari qui est une forme simplifiée du questionnaire individuel femme, comprend les sections suivantes :

- caractéristiques socio-démographiques
- connaissance et utilisation de la contraception
- préférences en matière de fécondité.

1.2.3 Echantillon

Les opérations de collecte des données ont débuté à la mi-août 1990 mais, au mois d'octobre, de façon inattendue, l'ONAPO a été obligé de suspendre les activités de l'enquête sur le terrain en raison des hostilités déclenchées par les forces rebelles et de la situation d'insécurité qui en résultait. Diverses tentatives pour reprendre les opérations se sont soldées par des échecs du fait de l'insécurité qui régnait dans le pays pendant plusieurs mois.

Au moment de l'interruption du travail, en octobre 1990, un tiers de l'échantillon, c'est-à-dire près de 2 000 femmes en âge de procréer, avaient déjà été interviewées. Malgré ce nombre important de cas, les données recueillies ne constituaient qu'une partie de l'échantillon non uniformément répartie et, par conséquent, n'étaient pas représentatives. Le manque de représentativité de ces données les rendant inutilisables pour des analyses démographiques approfondies fiables, elles n'ont pas été exploitées.

En renonçant aux données recueillies en 1990, la décision fut prise de conduire une deuxième enquête, basée sur un nouvel échantillon, le premier échantillon sélectionné étant obsolète du fait des mouvements de population engendrés par le conflit. Les opérations de collecte des données se sont finalement déroulées de juin à octobre 1992, pendant quatre mois environ.

L'EDSR est basée sur un échantillon représentatif au niveau national, stratifié en milieu urbain/rural, le taux de sondage pour le milieu urbain étant le triple de celui du milieu rural.³ Dans chacun de ces milieux, l'échantillon est auto-pondéré. Les Unités Primaires de Sondage (UPS) ont été constituées, pour le milieu rural, par les *cellules*,⁴ dont la liste des ménages a été actualisée, et par les Districts de

³ Le classement urbain-rural est basé sur la définition officielle du Ministère des Travaux Publics et de l'Energie (MINITRAPE), également utilisée par le Service National du Recensement.

⁴ La *cellule* est la plus petite unité administrative au Rwanda. En 1991, la taille moyenne des cellules était d'environ 800 personnes.

Recensement (DR) du RGPH de 1991, pour le milieu urbain. Pour faciliter le travail sur le terrain et réduire le déplacement des équipes, les UPS dépassant 500 ménages ont été divisées en deux ou trois segments, dont un seul a été sélectionné. Au total, 201 grappes ont été sélectionnées, composées de 150 cellules rurales et de 51 DR urbains. Pour des raisons de sécurité, certaines zones ont été exclues de l'enquête : il s'agit de 44 secteurs ruraux dans les préfectures de Byumba et Ruhengeri. Les zones exclues représentent environ 2,8 pour cent de la population rwandaise. De plus, l'enquête n'a pas été réalisée dans deux des quinze grappes sélectionnées à Byumba parce que cette zone était considérée à hauts risques et que l'ONAPO ne voulait pas exposer les enquêteurs aux dangers du conflit. Cependant, les ménages de ces cellules ne représentant qu'une très faible portion de l'échantillon, le fait qu'ils n'aient pas été enquêtés n'entraîne pas de distorsion significative de l'information.

Malgré le climat d'insécurité régnant dans le pays au moment du travail sur le terrain, les résultats de l'enquête sont satisfaisants. A l'intérieur des 201 grappes de l'échantillon, on a sélectionné 6 509 ménages, dans lesquels 6 947 femmes éligibles ont été identifiées (Tableau 1.2). Parmi les ménages sélectionnés, 6 368 ont été identifiés et 6 252 enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 98,2 pour cent. Parmi les femmes éligibles, 6 551 ont été interrogées avec succès, soit un taux de réponse de 94,3. En ce qui concerne l'enquête auprès des maris, il a été décidé d'interviewer tous les maris présents dans un ménage sélectionné sur cinq seulement. Le choix d'un sous-échantillon de si petite taille répondait à des contraintes budgétaires, induites par l'arrêt, puis la reprise des activités de l'enquête. A l'intérieur des 1 227 ménages sélectionnés pour cette enquête et pour lesquels l'interview avait été complétée, 715 maris ont été identifiés et 598 d'entre eux ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 83,6 pour cent. Compte tenu de la petite taille de l'échantillon, les résultats concernant l'enquête auprès des maris ne constitueront pas un chapitre à part, mais seront présentés en même temps que les résultats concernant les femmes, et au niveau national seulement.

Tableau 1.2 Taille et couverture de l'échantillon			
Effectifs des ménages, des femmes et des maris sélectionnés, identifiés et enquêtés, et taux de réponse selon le milieu de résidence, EDS Rwanda 1992			
Enquête	Résidence		Total
	Urbain	Rural	
Enquête ménage			
Nombre de logements sélectionnés	1113	5396	6509
Nombre de ménages identifiés	1057	5311	6368
Nombre de ménages enquêtés	1020	5232	6252
Taux de réponse	96,5	98,5	98,2
Enquête individuelle femme			
Nombre de femmes éligibles	1227	5720	6947
Nombre de femmes enquêtées	1158	5393	6551
Taux de réponse	94,4	94,3	94,3
Enquête individuelle mari			
Nombre de maris éligibles	91	624	715
Nombre de maris enquêtés	72	526	598
Taux de réponse	79,1	84,3	83,6

Pour l'analyse de l'enquête, les résultats seront présentés selon le milieu de résidence urbain-rural et selon un regroupement de préfectures. En effet, la taille de l'échantillon ne permet pas de mener des analyses statistiquement significatives au niveau des 11 préfectures du pays prises séparément. Au cours de l'analyse, on a donc utilisé les regroupements suivants : les préfectures de Kibuye, Ruhengeri et Gisenyi, les préfectures de Cyangugu et de Gikongoro, les préfectures de Butare et de Gitarama, les préfectures de Byumba et de Kibungo, et les préfectures de Kigali (rural) et de la ville de Kigali.⁵

1.2.4 Collecte et exploitation des données

Après une formation d'environ trois semaines, six équipes, chacune composée de quatre enquêtrices, d'un agent chargé des mesures anthropométriques, d'une contrôleuse et d'un chef d'équipe, se sont chargées de la collecte des données pendant une période d'environ quatre mois. Des missions de supervision étaient régulièrement organisées sur le terrain dans le but de renforcer, auprès des enquêtrices, les contrôles pour garantir la qualité des données. La saisie des données se faisant parallèlement à la collecte, le service informatique produisait des tableaux de qualité des données permettant de mettre en évidence les erreurs les plus importantes commises par chaque équipe pendant la collecte. Ces tableaux constituaient, pour les superviseurs de terrain, un outil efficace pour signaler aux enquêtrices certains problèmes, omissions ou incohérences trouvées dans les données collectées. Les missions de supervision relayaient le travail de contrôle permanent qu'effectuaient le chef d'équipe et la contrôleuse.

Tous les questionnaires remplis, contrôlés et regroupés par grappe étaient ramenés à la direction de l'EDSR à Kigali par les superviseurs à leur retour de mission. Après réception des dossiers de grappe, un contrôle d'exhaustivité des questionnaires et une vérification sommaire de la cohérence des données étaient réalisées avant la saisie des questionnaires. La saisie et l'édition des données ont été effectuées sur micro-ordinateurs en utilisant le logiciel ISSA (Integrated System for Survey Analysis) développé par Macro International, Inc.

Après la saisie et l'édition des données, l'imputation de certaines dates manquantes et l'apurement des fichiers, dans les mois suivant la fin des opérations de collecte, une première série de tableaux a été produite pour l'élaboration du rapport préliminaire. Les tableaux qui figurent dans le présent rapport ont été produits après publication du rapport préliminaire, après que de nouvelles vérifications et que l'apurement des fichiers aient été exécutés. Toutes les phases du traitement des données ont été réalisées au moyen du logiciel ISSA.

⁵ Dans la suite du texte, ces regroupements de préfectures seront désignés de la façon suivante : Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi, Cyangugu/Gikongoro, Butare/Gitarama, Byumba/Kibungo, et Kigali.

CHAPITRE 2

CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES ENQUETES

Le questionnaire ménage de l'EDSR fournit un ensemble de données relatives à la structure de la population, à la composition des ménages, ainsi qu'aux caractéristiques de l'habitat et à certains biens possédés par les ménages. Au cours des travaux de collecte des données sur le terrain, des interviews ont été menées avec succès auprès de 6 252 ménages, dans lesquels on a dénombré un total de 31 035 personnes et, parmi ces dernières, 6 947 femmes en âge de reproduction ont été identifiées et, par la suite, sélectionnées pour être enquêtées individuellement.

Ce chapitre présente une description de certaines des caractéristiques des ménages recensés et de la population qui les compose, ainsi qu'une description des caractéristiques de base des femmes et des maris ayant été enquêtés individuellement. L'objectif de ce chapitre est donc de présenter le contexte dans lequel vivent les femmes, leur mari et leurs enfants qui font l'objet des analyses ultérieures. Une telle description est essentielle dans la mesure où le comportement procréateur des femmes, aussi bien que l'état de santé et l'état nutritionnel des enfants, sont conditionnés par l'environnement physique et socio-culturel ainsi que par la situation économique.

2.1 ENQUETE MENAGE

2.1.1 Répartition par sexe et âge de la population des ménages

Le Tableau 2.1 donne la répartition par sexe et âge de la population dans les ménages enquêtés. Cette répartition est illustrée par la pyramide des âges au Graphique 2.1.

La structure de la population par groupe d'âges quinquennal est assez régulière et caractéristique d'une population jeune, dont la pyramide, large à la base, se rétrécit rapidement au fur et à mesure que l'on évolue vers les âges élevés. Les pyramides de cette forme sont propres aux pays à forte fécondité et à mortalité élevée. Cependant, on peut noter que la proportion de population du premier groupe d'âges (0-4 ans) est pratiquement identique à celle du groupe d'âges suivant (5-9 ans), et même légèrement moins importante pour le sexe féminin. Cette *contraction* de la base de la pyramide est certainement la conséquence de la forte baisse de la fécondité qui s'est produite récemment au Rwanda (voir Chapitre 3 - Fécondité).

Comme on l'a déjà indiqué, le Rwanda est un pays principalement rural et agricole, la population rurale représentant un peu moins de 95 pour cent de la population totale. Au niveau national, la répartition de la population par sexe fait apparaître un léger déséquilibre au profit des femmes (48 pour cent d'hommes contre 52 pour cent de femmes), et la même tendance s'observe en milieu rural où le Rapport de Masculinité¹ est de 93 hommes pour 100 femmes. Par contre, en milieu urbain, le déséquilibre s'inverse puisque les hommes sont plus nombreux que les femmes (101 hommes pour 100 femmes). Ces répartitions par sexe, différentielles selon le milieu de résidence, résultent de mouvements migratoires différentiels entre les deux milieux de résidence mais aussi, certainement, d'une mortalité différente des hommes et des femmes selon leur milieu de résidence. On notera également que la proportion de la population de moins de 15 ans est beaucoup plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (48 pour cent contre 41 pour cent), ce qui résulte, en particulier, d'une fécondité plus élevée des femmes rurales, ainsi que d'une migration d'adultes vers les centres urbains.

¹ Rapport de la population de sexe masculin à la population de sexe féminin.

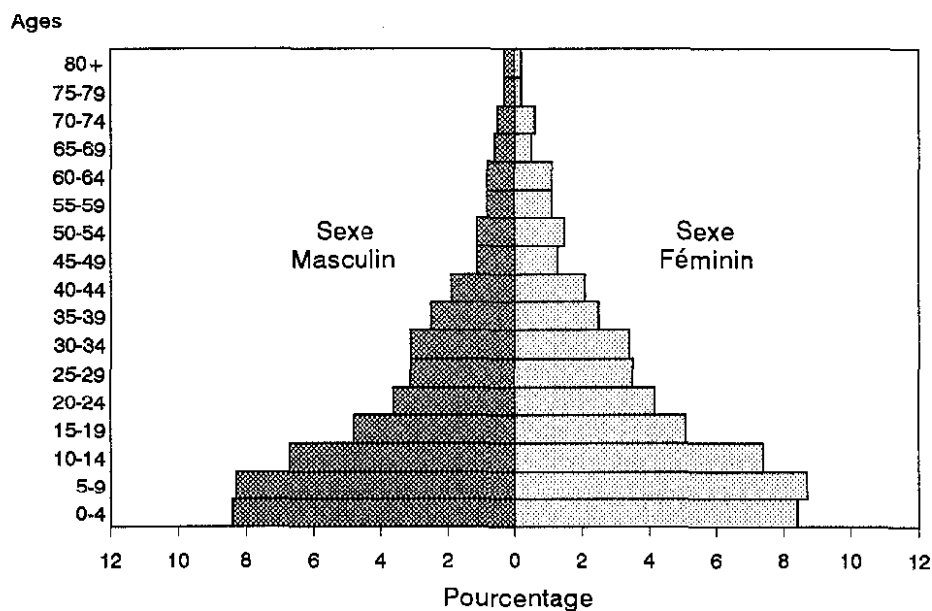
Tableau 2.1 Population des ménages par âge et sexe

Répartition (en %) de la population (de fait) des ménages par groupe d'âges quinquennal, selon le milieu de résidence et le sexe, EDS Rwanda 1992

Groupe d'âges	Urbain			Rural			Ensemble		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
0-4	13,6	15,0	14,4	17,7	16,3	17,0	17,5	16,2	16,8
5-9	13,0	14,2	13,6	17,4	17,0	17,2	17,2	16,8	17,0
10-14	12,8	12,5	12,7	14,0	13,9	13,9	14,0	13,8	13,9
15-19	10,3	12,5	11,4	9,9	9,7	9,8	10,0	9,9	9,9
20-24	10,5	11,2	10,8	7,2	8,0	7,6	7,4	8,2	7,8
25-29	10,1	10,0	10,0	6,1	6,6	6,4	6,3	6,8	6,6
30-34	9,3	7,5	8,4	6,2	6,6	6,4	6,4	6,7	6,5
35-39	7,0	5,3	6,2	5,0	4,7	4,8	5,1	4,8	4,9
40-44	4,8	3,3	4,1	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
45-49	2,3	2,0	2,2	2,3	2,6	2,4	2,3	2,5	2,4
50-54	1,3	1,4	1,3	2,4	2,9	2,6	2,3	2,8	2,6
55-59	1,5	1,5	1,5	1,8	2,1	1,9	1,8	2,1	1,9
60-64	0,7	1,2	0,9	1,7	2,1	1,9	1,6	2,1	1,9
65-69	0,7	0,7	0,7	1,2	1,0	1,1	1,2	1,0	1,1
70-74	0,5	0,6	0,6	1,1	1,2	1,1	1,0	1,1	1,1
75-79	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
80+	0,2	0,3	0,3	0,6	0,4	0,5	0,6	0,4	0,5
ND/NSP	0,8	0,4	0,6	0,9	0,3	0,6	0,9	0,3	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	838	827	1666	14120	15223	29369	14958	16050	31035

ND = Non déterminé
NSP = Ne sait pas

**Graphique 2.1
Pyramide des âges de la population
Rwanda, 1992**



EDSR 1992

Au Tableau 2.2 figure la répartition de la population en grands groupes d'âges à différentes dates, à savoir en 1978 d'après le 1^{er} RGPH,² en 1983 d'après l'Enquête Nationale sur la Fécondité (ENF),³ en 1991 d'après le 2^e RGPH et en 1992 selon l'EDSR. Il ressort de ces données que la structure de la population n'a que peu varié de 1978 à aujourd'hui; aux quatre dates, un peu moins de la moitié de la population est âgée de moins de 15 ans, les adultes de 15-64 ans représentent environ un habitant sur deux, alors que les Rwandais âgés de 65 ans et plus représentent moins de 4 pour cent de la population totale du pays. Comparée aux résultats de l'ENF de 1983, la proportion de population de moins de 15 ans aurait légèrement diminuée, ce qui pourrait résulter de la baisse de fécondité déjà mentionnée.

Tableau 2.2 Population par âge selon différentes sources

Répartition (en %) de la population par âge à différentes dates (population de droit), EDS Rwanda 1992

Groupe d'âges	RGPH 1978	ENF 1983	RGPH 1991	EDSR 1992
<15 ans	45,7	48,5	47,5	47,6
15-64 ans	51,5	48,6	49,3	48,5
65 ans ou +	2,8	2,9	3,2	3,4
ND	-	-	-	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources:

1978 : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

1983 : Enquête Nationale sur la Fécondité

1991 : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

2.1.2 Composition des ménages

Le Tableau 2.3 porte sur la composition des ménages, plus précisément, il en fournit la répartition selon le sexe du chef de ménage, la taille et le type de ménage.

Dans leur grande majorité (79 pour cent), les chefs de ménage sont des hommes. Cependant, les ménages qui ont des femmes comme chef et qui sont souvent des ménages de niveau socio-économique plus défavorisés que lorsqu'un homme en est le chef, représentent une part non négligeable avec plus d'un cas sur cinq (21 pour cent). En outre, on notera que les femmes chefs de ménage sont légèrement plus représentées en milieu rural qu'en milieu urbain (21 pour cent contre 19 pour cent), ce qui s'explique probablement par l'émigration masculine.

Du point de vue de la taille, on constate que les ménages de 3 à 6 personnes sont les plus fréquents (14 pour cent et plus pour chaque cas) : au total, ces ménages de 3 à 6 personnes représentent 59 pour cent des ménages rwandais. Dans un cas sur quatre (25 pour cent), les ménages ont une taille élevée et comptent 7 membres ou plus, alors que ceux de petite taille (1 ou 2 personnes) ne représentent que 16 pour cent. La taille moyenne s'établit à 5,0 personnes par ménage et varie légèrement selon le milieu de résidence, passant de 4,6 personnes par ménages en milieu urbain à 5,0 en milieu rural. On notera également que les ménages composés d'une seule personne (5 pour cent) sont beaucoup plus fréquents en milieu urbain (12 pour cent) qu'en milieu rural (5 pour cent), conséquence, certainement, d'une prédominance des personnes seules dans le courant migratoire rural-urbain.

Pour l'analyse du type de ménage, on a distingué cinq catégories définies selon le nombre de membres du ménage et leur relation avec le chef. On a ainsi distingué : a) les *ménages d'une personne*; b) les *familles nucléaires complètes*, qui englobent les ménages composés soit du chef et de son conjoint, soit du chef, de son conjoint et des enfants du chef; c) les *familles nucléaires monoparentales*, c'est-à-dire les

² Bureau National de Recensement, 1984.

³ ONAPO, 1984.

Tableau 2.3 Composition des ménages

Répartition (en %) des ménages par sexe du chef de ménage, taille du ménage, lien de parenté avec le chef de ménage, selon le milieu de résidence, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Chef de ménage			
Homme	80,6	79,1	79,2
Femme	19,4	20,8	20,8
Nombre de membres habituels			
1	11,8	5,0	5,4
2	13,9	10,1	10,3
3	14,0	14,4	14,4
4	12,9	16,0	15,9
5	12,8	14,6	14,5
6	11,6	14,3	14,1
7	8,4	10,9	10,8
8	5,9	6,6	6,5
9 ou +	8,6	8,0	8,1
Taille moyenne	4,6	5,0	5,0
Lien de parenté (membres habituels)			
Ménage d'une personne	11,8	5,0	5,4
Famille nucléaire complète	31,2	57,1	55,7
Famille nucléaire monoparentale	8,0	9,2	9,1
Famille élargie	18,7	22,4	22,2
Ménage complexe	30,3	6,2	7,6
Pourcentage de ménages avec des enfants orphelins	2,5	1,8	1,8

ménages composés du chef et de ses enfants, mais sans conjoint; d) les *familles élargies*, à savoir les ménages qui comprennent le noyau nucléaire et, en plus, d'autres parents du chef y compris, en cas de polygamie, les autres épouses si elles habitent le même logement; et e) les *ménages complexes* dans lesquels, en plus des personnes ayant un rapport de parenté avec le chef de ménage, certains autres membres n'ont aucune relation de parenté avec le chef.

Dans l'ensemble, la majorité des ménages (56 pour cent) correspondent à des *familles nucléaires complètes*, c'est-à-dire composées du chef de ménage, de son conjoint et de ses enfants. Néanmoins, en milieu urbain, ce type de ménage ne représente que 31 pour cent, proportion pratiquement identique à celle des *ménages complexes* (30 pour cent). Ce pourcentage élevé de ménages à structure complexe en milieu urbain s'explique, en partie, par la présence assez fréquente de domestiques et de *pensionnaires*, résultant de la migration vers les centres urbains. La proportion de *familles nucléaires monoparentales* est relativement faible (moins de 10 pour cent). Par contre, un ménage sur cinq (22 pour cent) correspond à une *famille élargie*, ce type de ménage étant légèrement moins représenté en milieu rural qu'en milieu urbain (19 pour cent contre 22 pour cent). Enfin, les *ménages d'une personne* sont beaucoup plus représentés en milieu urbain qu'en milieu rural (12 pour cent contre 5 pour cent), ce qui s'explique certainement, comme cela a déjà été signalé, par la migration de personnes seules vers les centres urbains.

Le Tableau 2.3 fournit également la proportion de ménages comptant un (ou plusieurs) enfant de moins de 15 ans dont les parents sont décédés. Une assez faible proportion de ménages (moins de 2 pour cent) comptent ainsi comme membre un (ou plusieurs) enfant orphelin.

2.1.3 Niveau d'instruction et fréquentation scolaire

Le niveau d'instruction des membres des ménages est une caractéristique très importante car il a une influence considérable sur le comportement procréateur, l'utilisation de la contraception, le comportement en matière de santé ainsi que sur les habitudes en matière d'hygiène et de nutrition. En outre, le niveau d'instruction étant étroitement lié à la situation socio-économique de la famille, il constitue un indicateur fiable de la position du ménage dans le contexte social et économique global.

Dans le cadre de l'EDSR, on a collecté des données sur le niveau d'instruction atteint et, pour chaque niveau, sur la dernière classe achevée par chaque membre du ménage âgé de 6 ans ou plus. Les Tableaux 2.4.1 et 2.4.2 donnent, pour chaque sexe et par âge, la répartition des membres des ménages selon le niveau d'instruction atteint.

Caractéristique	Niveau d'instruction				Total	Effectif	Nombre médian d'années
	Aucun	Primaire	Post-primaire ou plus	ND			
Groupe d'âges							
6-9	52,8	44,3	0,0	2,9	100,0	2026	0,0
10-14	13,6	85,4	0,3	0,7	100,0	2088	3,6
15-19	17,6	69,4	12,3	0,8	100,0	1488	5,5
20-24	20,4	61,9	16,6	1,1	100,0	1102	5,9
25-29	28,0	58,3	12,5	1,2	100,0	949	4,1
30-34	28,6	63,0	6,8	1,6	100,0	950	4,1
35-39	25,9	66,2	6,6	1,4	100,0	761	3,9
40-44	30,0	61,3	7,2	1,5	100,0	602	3,6
45-49	37,2	56,2	5,1	1,5	100,0	338	2,6
50-54	39,0	51,6	7,8	1,6	100,0	343	2,3
55-59	45,6	48,7	3,5	2,2	100,0	262	1,2
60-64	59,8	38,1	0,8	1,4	100,0	240	0,0
65 ou plus	72,6	23,7	1,2	2,4	100,0	509	0,0
ND	38,3	34,0	8,0	19,7	100,0	139	2,0
Milieu de résidence							
Urbain	16,8	58,8	22,7	1,7	100,0	703	5,4
Rural	32,3	60,9	5,1	1,7	100,0	11095	2,7
Préfecture							
Kigali	28,2	61,3	9,4	1,1	100,0	2154	3,2
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	31,9	61,2	4,7	2,2	100,0	3156	2,4
Cyangugu/Gikongoro	32,3	60,2	5,6	1,9	100,0	1694	2,7
Butare/Gitarama	30,4	61,3	6,6	1,7	100,0	2845	3,1
Byumba/Kibungo	34,5	59,5	4,4	1,6	100,0	1950	2,5
Ensemble	31,4	60,8	6,1	1,7	100,0	11799	2,8

Tableau 2.4.2 Niveau d'instruction de la population des femmes

Répartition (en %) de la population féminine (de fait) des ménages, âgée de six ans et plus, par niveau d'instruction atteint, et nombre médian d'années d'études accomplies selon l'âge, le milieu et la région de résidence, EDS Rwanda 1992

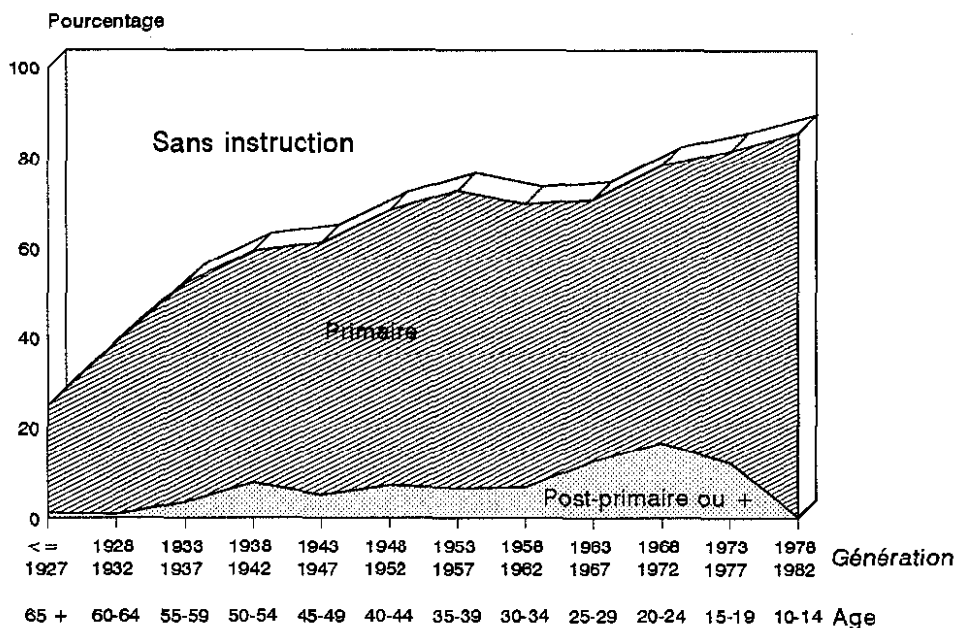
Caractéristique	Niveau d'instruction				Total	Effectif	Nombre médian d'années
	Aucun	Primaire	Post-primaire ou plus	ND			
Groupe d'âges							
6-9	54,1	43,8	0,0	2,1	100,0	2127	0,0
10-14	15,5	83,4	0,3	0,8	100,0	2214	3,6
15-19	20,9	69,0	9,7	0,4	100,0	1586	5,7
20-24	23,7	64,0	11,7	0,6	100,0	1317	5,6
25-29	36,2	52,5	11,0	0,2	100,0	1086	3,4
30-34	42,9	51,2	5,8	0,1	100,0	1068	2,1
35-39	48,2	46,2	5,0	0,6	100,0	766	1,0
40-44	63,5	34,0	2,2	0,4	100,0	642	0,0
45-49	71,7	25,8	1,9	0,6	100,0	409	0,0
50-54	80,1	18,0	0,9	1,0	100,0	455	0,0
55-59	85,6	12,8	0,1	1,6	100,0	334	0,0
60-64	87,1	11,1	0,1	1,7	100,0	337	0,0
65 ou plus	93,3	5,0	0,0	1,6	100,0	490	0,0
ND	46,4	17,7	0,0	35,8	100,0	46	0,6
Milieu de résidence							
Urbain	24,7	52,8	21,3	1,1	100,0	676	4,6
Rural	43,6	52,0	3,4	1,0	100,0	12201	1,5
Préfecture							
Kigali	40,0	51,8	7,6	0,5	100,0	2162	2,2
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	47,3	48,2	2,8	1,7	100,0	3630	0,9
Cyangugu/Gikongoro	45,2	50,2	3,5	1,2	100,0	1952	1,5
Butare/Gitarama	36,4	57,6	5,2	0,7	100,0	3097	2,6
Byumba/Kibungo	43,7	52,6	3,0	0,7	100,0	2035	1,4
Ensemble	42,6	52,1	4,4	1,0	100,0	12877	1,6

Globalement, tous âges confondus à partir de 6 ans, deux hommes rwandais sur trois (67 pour cent) et plus d'une femme sur deux (57 pour cent) ont fréquenté l'école, et le nombre médian d'années achevées dans le système scolaire est de 2,8 ans pour les hommes contre 1,6 ans pour les femmes.

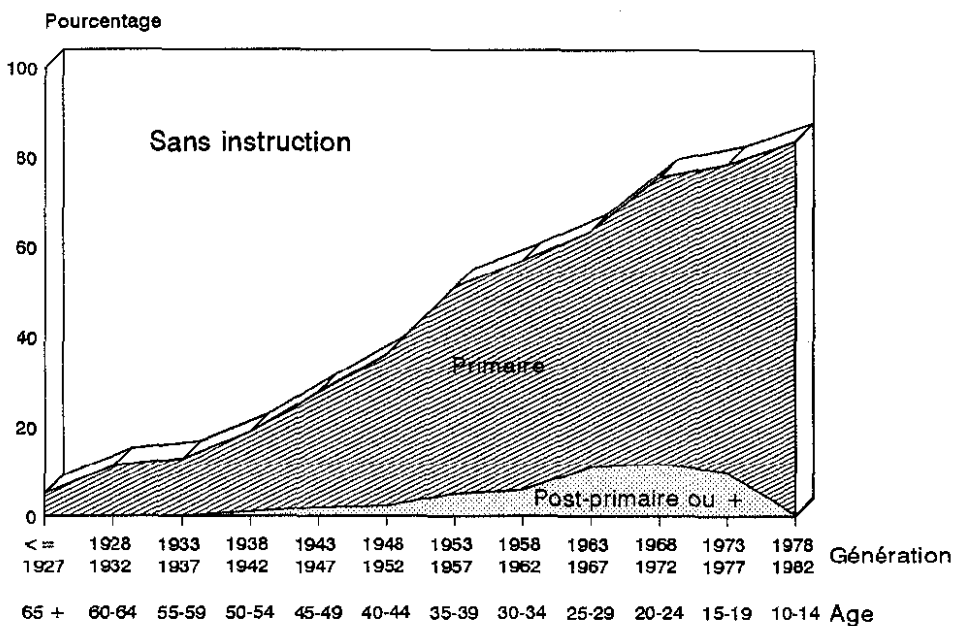
Le niveau d'instruction a augmenté considérablement des générations les plus anciennes aux générations les plus récentes (voir Graphique 2.2), ce qui résulte d'une amélioration importante du système éducatif du Rwanda. La proportion de personnes sans instruction passe de 73 pour cent chez les hommes âgés de 65 ou plus à 30 pour cent chez ceux âgés de 40-44 ans et à seulement 14 pour cent chez ceux de 10-14 ans; à l'inverse, la proportion d'hommes ayant fait des études passe de 25 pour cent chez les hommes les plus âgés à 86 pour cent chez ceux de 10-14 ans. En outre, on notera qu'à 15-19 ans, 82 pour cent des hommes ont, au moins, une instruction primaire, dont une part non négligeable (12 pour cent) ont même une instruction supérieure au primaire.

Graphique 2.2 Niveau d'instruction selon l'âge

Sexe masculin



Sexe féminin



EDSR 1992

La tendance à l'amélioration du niveau d'instruction est encore plus nette chez les femmes, celles sans instruction passant de 93 pour cent à 65 ans ou plus à seulement 16 pour cent chez celles de 10-14 ans. Ce résultat indique qu'au fur et à mesure que l'accès au système éducatif s'améliorait, se produisait également un processus d'égalisation des sexes en matière d'éducation.

Par ailleurs, on remarque que, parallèlement à l'augmentation des proportions d'hommes et de femmes ayant atteint un certain niveau d'instruction, le nombre d'années passées dans le système éducatif augmente également : quel que soit le sexe, entre 15 et 25 ans, le nombre médian d'années achevées à l'école varie de 5,5 à 5,9 années.

Comme on pouvait s'y attendre, le niveau d'instruction atteint varie de façon très importante selon le milieu de résidence. En milieu rural, 32 pour cent des hommes et 44 pour cent des femmes n'ont jamais fréquenté l'école contre, respectivement, 17 pour cent et 25 pour cent en milieu urbain. A l'opposé, les proportions de personnes ayant atteint un niveau supérieur au primaire atteignent 23 pour cent pour les hommes et 21 pour cent pour les femmes du milieu urbain, contre seulement 5 pour cent et 3 pour cent en milieu rural.

Du point de vue régional, et quel que soit le sexe, peu d'écarts apparaissent, cependant les proportions de personnes ayant de l'instruction sont légèrement plus élevées dans les préfectures de Kigali et de Butare/Gitarama que dans le reste du pays.

Le taux de fréquentation scolaire qui se mesure par le rapport du nombre de personnes scolarisées d'un groupe d'âges à la population totale de ce groupe d'âges, donne une indication sur l'accès actuel de la population au système éducatif. Les questions relatives à la fréquentation scolaire ont été posées pour toutes les personnes âgées de 6 à 24 ans. Les résultats, par groupe d'âges, sexe et milieu de résidence, qui figurent au Tableau 2.5 et au Graphique 2.3, montrent qu'à 6-10 ans 48 pour cent des enfants sont scolarisés. Ce taux atteint un maximum de 51 pour cent à 11-15 ans, âges qui correspondent à la scolarisation, à la fois, en primaire et en post-primaire. A 16-20 ans, âges d'étude au niveau secondaire, le taux chute à 13 pour cent et diminue de plus de moitié (5 pour cent) à 21-24 ans, âges de scolarisation dans le supérieur.

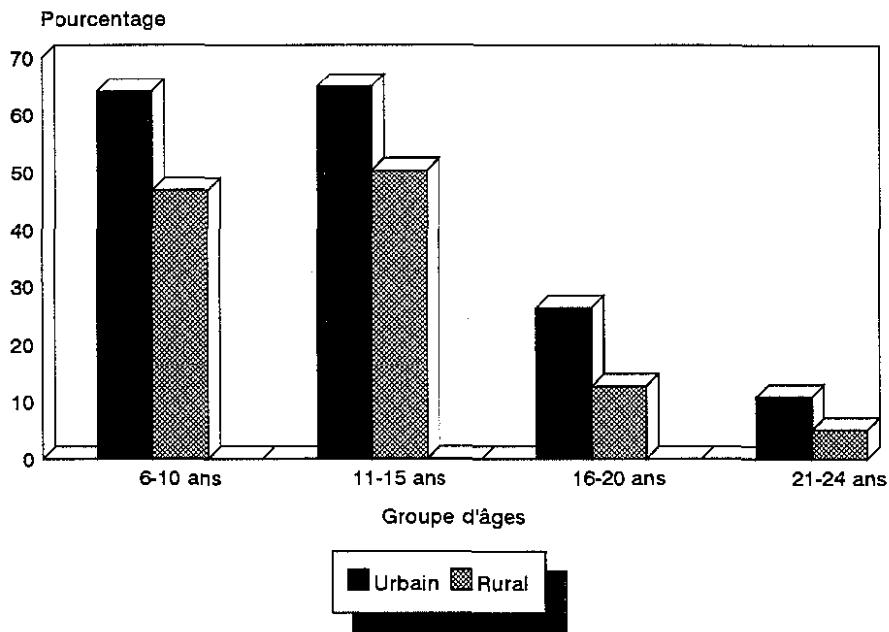
Les taux de fréquentation scolaire ne varient pas de façon significative selon le sexe, sauf en milieu rural où, pour le groupe 16-20 ans (niveau secondaire), le taux est plus élevé chez les hommes (16 pour cent) que chez les femmes (10 pour cent). A l'âge des études supérieures (21-24 ans), l'écart relatif est encore plus important entre le taux de fréquentation scolaire des hommes du milieu rural (7 pour cent) et les femmes de ce même milieu (4 pour cent). Par contre, dans ce même groupe d'âges, en milieu urbain, les femmes (13 pour cent) sont plus scolarisées que les hommes (9 pour cent).

Tableau 2.5 Taux de fréquentation scolaire

Proportion de la population (de fait) des ménages, âgée de 6 à 24 ans, fréquentant un établissement scolaire, par âge, selon le sexe et le milieu de résidence, EDS Rwanda 1992

Groupe d'âges	Hommes			Femmes			Ensemble		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
6-10	62,1	47,3	47,9	65,9	46,1	47,0	64,0	46,7	47,5
11-15	71,3	50,7	51,7	58,9	49,8	50,2	64,9	50,2	50,9
6-15	66,2	48,8	49,6	62,7	47,7	48,4	64,4	48,2	49,0
16-20	28,0	15,5	16,3	24,5	9,8	10,8	26,2	12,5	13,4
21-24	8,5	6,5	6,6	12,8	3,7	4,4	10,7	5,0	5,4

Graphique 2.3
Taux de fréquentation scolaire



EDSR 1992

Selon le milieu de résidence, on observe que la fréquentation scolaire est beaucoup plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural et que l'écart tend à augmenter avec l'âge, et donc avec le niveau d'étude. A 6-15 ans, 64 pour cent des enfants urbains sont scolarisés, contre 48 pour cent des enfants du milieu rural; mais, à 16-20 ans et 21-24 ans, les taux de fréquentation scolaire en milieu urbain sont deux fois plus élevés qu'en milieu rural : 26 pour cent contre 13 pour cent à 16-20 ans et 11 pour cent contre 5 pour cent à 21-24 ans. Cette augmentation de l'écart entre les taux des deux milieux de résidence s'explique essentiellement par le fait que l'accès aux établissements d'enseignement secondaire et supérieur est beaucoup plus restreint en milieu rural qu'en milieu urbain.

2.1.4 Caractéristiques des logements et biens possédés par les ménages

Lors de l'enquête ménage, on a recueilli des informations sur certaines caractéristiques du logement, à savoir la disponibilité de l'électricité, le type d'approvisionnement en eau, le type de toilettes, le matériau du sol du logement et le nombre de pièces utilisées pour dormir. Ces caractéristiques, qui servent d'indicateurs de la situation socio-économique du ménage, ont également une influence déterminante sur l'état de santé des membres du ménage. Par ailleurs, on a collecté des données sur la possession de postes de radio. Etant donné qu'il n'y avait pas de télévision au Rwanda au moment de l'enquête,⁴ et que la diffusion des journaux est très limitée, la radio est le moyen de communication le plus important et, de plus, un poste de radio est considéré comme un bien important.

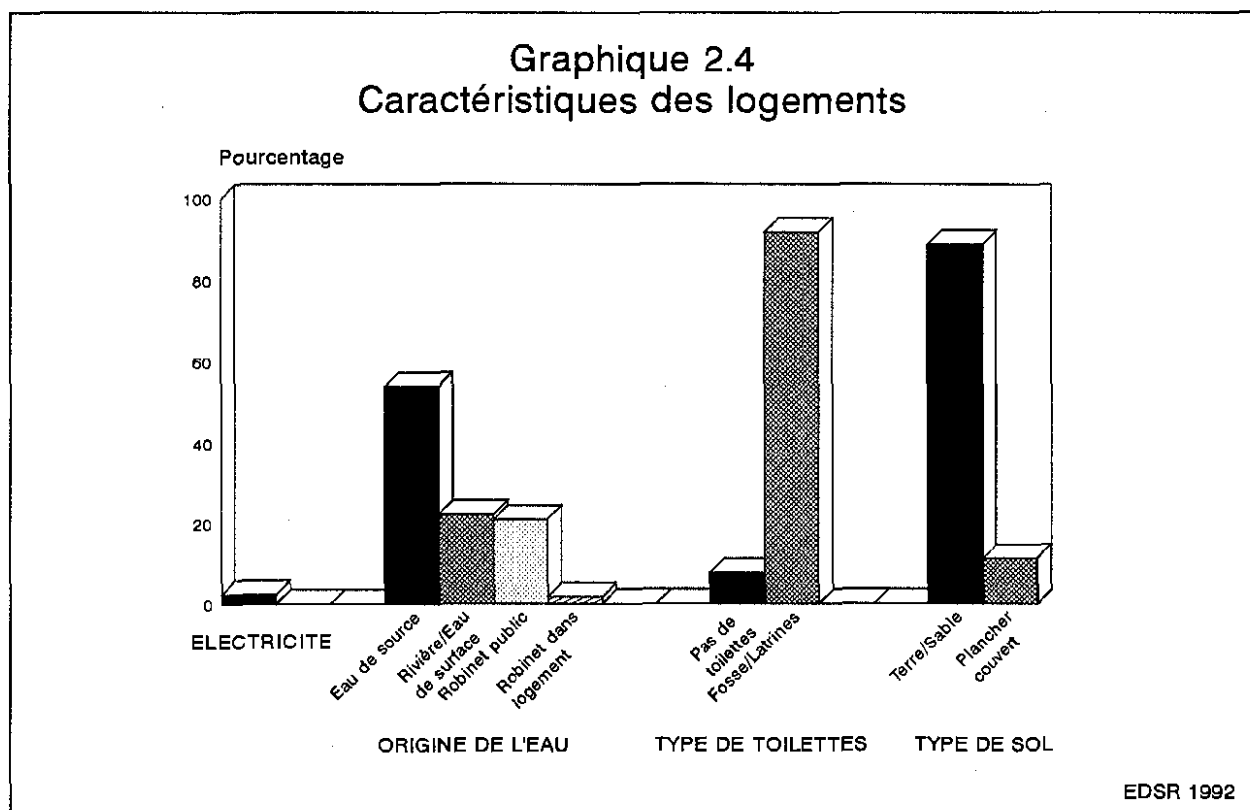
⁴ La télévision n'est apparu au Rwanda qu'à la fin de 1992.

Il ressort du Tableau 2.6 et du Graphique 2.4 qu'au niveau national, seule une très faible minorité de ménages possèdent l'électricité (2 pour cent). Comme on pouvait s'y attendre, la disponibilité de l'électricité varie énormément selon le milieu de résidence mais, même en milieu urbain, moins d'un ménage sur trois (31 pour cent) est doté de l'électricité, alors que cette proportion n'atteint pas 1 pour cent en milieu rural.

Tableau 2.6 Caractéristiques des logements			
Répartition (en %) des ménages, par caractéristique des logements, selon le milieu de résidence, EDS Rwanda 1992			
Caractéristique des logements	Urbain	Rural	Total
Electricité			
Oui	31,1	0,5	2,3
Non	68,9	99,5	97,7
Approvisionnement en eau à boire			
Robinet dans le logement	26,0	0,2	1,7
Robinet public	43,4	19,4	20,8
Eau de source	22,6	55,5	53,7
Rivière/Eau de surface	3,9	23,1	22,0
Autre	4,0	1,6	1,8
ND	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
Type de toilettes			
Chasse d'eau	10,6	0,2	0,8
Fosse/Latrines	85,3	92,1	91,7
Pas de toilettes	4,1	7,7	7,5
ND	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
Type de sol			
Plancher couvert	57,7	8,2	11,0
Terre/Sable	42,3	91,6	88,8
ND	0,0	0,2	0,1
Total	100,0	100,0	100,0
Nombre de personnes par pièce utilisée pour dormir			
1-2	70,6	55,6	56,5
3-4	26,0	39,6	38,8
5-6	3,1	4,1	4,0
7 ou plus	0,2	0,5	0,5
ND	0,1	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Moyenne	2,3	2,7	2,6
Possession d'une radio	62,0	30,5	32,3
Effectif de ménages	356	5896	6252

Pour boire, la grande majorité des ménages consomment, soit l'eau de source (54 pour cent), soit l'eau de rivière ou de surface (22 pour cent), alors que seulement 2 pour cent des ménages disposent de l'eau courante à la maison et qu'un ménage sur cinq (21 pour cent) s'approvisionne à des robinets publics. En milieu urbain, la source d'approvisionnement la plus importante est le robinet public (43 pour cent), tandis qu'en milieu rural la très grande majorité des ménages (79 pour cent) consomment de l'eau de source, de rivière ou de surface.

Graphique 2.4
Caractéristiques des logements



Très peu de ménages disposent de toilettes adéquates puisque moins d'un pour cent des logements sont équipés de chasse d'eau, alors que la quasi totalité des ménages disposent de fosses ou latrines (92 pour cent), voire d'aucun équipement (7 pour cent). Par rapport au milieu rural où pratiquement personne (0,2 pour cent) ne dispose de toilettes avec chasse d'eau, la situation est un peu meilleure en milieu urbain où ce type d'installation sanitaire se rencontre dans 11 pour cent des cas bien que, même en ville, la très grande majorité des ménages n'utilisent que des latrines (85 pour cent).

En ce qui concerne le matériau utilisé comme sol du logement, on constate que, dans la grande majorité des cas, les ménages vivent dans des logements dont le sol est en terre (89 pour cent), à peine 11 pour cent des logements ayant un plancher recouvert de bois, de carrelage, de vinyle ou de ciment. En zone rurale, le sol de presque tous les logements (92 pour cent) est en terre, alors qu'un milieu urbain, 58 pour cent des ménages disposent d'un revêtement quelconque sur le sol de leur logement.

Le nombre de personnes dormant par pièce fournit une indication du degré d'entassement du ménage. Au niveau national, dans 57 pour cent des cas, 1 à 2 personnes dorment par pièce et, dans 39 pour cent des cas, ce sont 3 à 4 personnes qui dorment dans la même pièce, et le nombre moyen de personnes par pièce s'établit à 2,6. Le degré d'entassement est plus important en milieu rural où, dans 44 pour cent des ménages, 3 personnes ou plus dorment par pièce, contre 29 pour cent en milieu urbain.

Dans l'ensemble du pays, un tiers des ménages seulement (32 pour cent) possèdent un poste de radio et même si, en milieu urbain, la proportion de ménages ayant un poste de radio est deux fois plus élevée qu'en milieu rural (62 pour cent contre 31 pour cent), il apparaît que très peu de ménages rwandais ont accès aux moyens d'information de masse.

2.2 ENQUETE INDIVIDUELLE : CARACTERISTIQUES DES FEMMES ET DES MARIS

Cette section traite des caractéristiques socio-démographiques des femmes et des maris enquêtés individuellement. Dans la suite de l'analyse, ces caractéristiques, à savoir l'âge, l'état matrimonial, le niveau d'instruction, le milieu et la région de résidence, seront utilisées comme variables de classification de la plupart des phénomènes étudiés. Compte tenu du fait que la quasi totalité des femmes enquêtées (91 pour cent) sont d'ethnie hutu et que les analyses préliminaires⁵ n'ont pas permis de mettre en évidence des différences significatives entre ces femmes et celles d'autres ethnies (en particulier les tutsi), il a été décidé de ne pas inclure la variable ethnie à la suite des analyses. La distribution des femmes selon les différentes variables retenues est présentée au Tableau 2.7.1. Le même type de distribution concernant les maris figure au Tableau 2.7.2.

Tableau 2.7.1 Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées

Répartition (en %) des femmes enquêtées par âge, état matrimonial, niveau d'instruction, milieu et région de résidence, EDS Rwanda 1992

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage pondéré	Effectif	
		Pondéré	Non pondéré
Groupe d'âges			
15-19	22,3	1464	1471
20-24	19,0	1247	1266
25-29	16,0	1050	1083
30-34	15,7	1030	1017
35-39	11,4	745	741
40-44	9,4	615	592
45-49	6,1	399	381
Etat matrimonial			
Célibataire	32,1	2100	2175
Mariée	34,0	2225	2169
Vivant avec quelqu'un	23,8	1560	1529
Veuve	4,1	267	271
Divorcée	6,1	398	406
Niveau d'instruction			
Aucun	38,0	2488	2342
Primaire	54,1	3544	3492
Post-primaire ou plus	7,9	519	717
Milieu de résidence			
Urbain	6,2	408	1158
Rural	93,8	6143	5393
Préfecture			
Kigali	17,5	1146	1505
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	26,3	1723	1614
Cyangugu/Gikongoro	14,6	954	859
Butare/Gitarama	25,1	1643	1563
Byumba/Kibungo	16,6	1084	1010
Ensemble des femmes	100,0	6551	6551

Tableau 2.7.2 Caractéristiques socio-démographiques des maris enquêtés

Répartition (en %) des maris enquêtés par âge, niveau d'instruction, milieu et région de résidence, EDS Rwanda 1992

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage pondéré	Effectif	
		Pondéré	Non pondéré
Groupe d'âges			
15-29	23,1	138	131
30-44	53,8	322	332
45 ou plus	23,1	138	135
Niveau d'instruction			
Aucun	29,9	179	172
Primaire	64,0	383	382
Post-primaire ou plus	6,1	36	44
Milieu de résidence			
Urbain	4,3	26	72
Rural	95,7	572	526
Préfecture			
Kigali	14,4	86	106
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	29,3	175	165
Cyangugu/Gikongoro	15,6	94	88
Butare/Gitarama	23,0	138	136
Byumba/Kibungo	17,6	105	103
Ensemble des maris	100,0	598	598

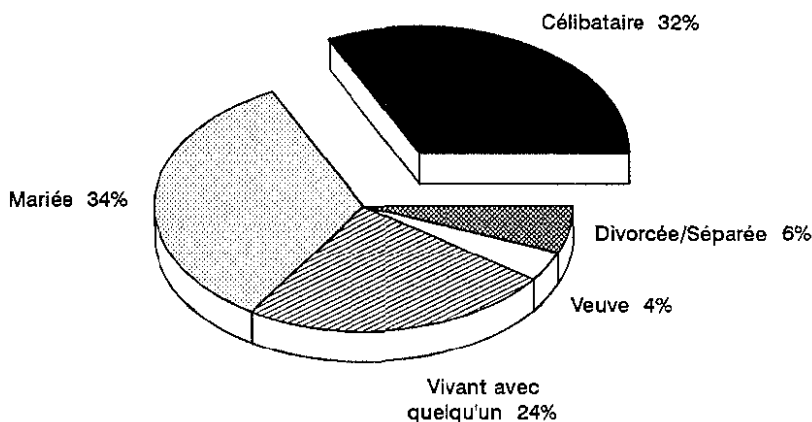
⁵ ONAPO et Macro International. 1993. *Enquête Démographique et de Santé 1992, Rapport préliminaire*. Columbia, Maryland.

L'âge, variable fondamentale dans l'analyse des phénomènes démographiques, est l'une des informations les plus difficiles à obtenir de façon fiable lorsque les enregistrements écrits des événements n'existent pas ou sont rares. De ce fait, un soin particulier a été accordé à son estimation au moment de l'enquête. On demandait d'abord aux femmes leur date de naissance, puis leur âge. Lorsque la date de naissance et l'âge étaient obtenus, l'enquêtrice contrôlait la cohérence entre les deux informations. Dans le cas où l'enquêtée ne connaissait pas sa date de naissance ou son âge, l'enquêtrice essayait d'obtenir un document officiel, tel qu'une pièce d'identité, où la date de naissance figure. Lorsqu'aucun document n'était disponible, l'enquêtrice devait estimer l'âge de la femme, soit par comparaison à l'âge d'autres membres du ménage, soit par déduction à partir de l'histoire de la femme, ou encore en utilisant des références historiques.

La distribution des femmes de 15-49 ans par groupe d'âges quinquennal (Tableau 2.7.1) présente une allure régulière, les proportions de femmes de chaque groupe d'âges diminuant régulièrement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés, passant de 22 pour cent à 15-19 ans à 16 pour cent à 30-34 ans et à 6 pour cent à 45-49 ans. Les femmes aux âges de fécondité maximale, c'est-à-dire celles de moins de 30 ans, représentent la part la plus importante des femmes enquêtées, soit 57 pour cent. Contrairement aux femmes, parmi lesquelles seules celles âgées de 15 à 49 ans étaient éligibles, aucune limite d'âge n'était imposé pour la sélection des maris. On constate au Tableau 2.7.2 que les maris sont beaucoup plus âgés que les femmes, puisque 77 pour cent d'entre eux ont 30 ans ou plus, contre 43 pour cent chez les femmes. Plus de la moitié des maris enquêtés (54 pour cent) se situent dans la tranche d'âges 30-44 ans, et près d'un quart (23 pour cent) ont plus de 44 ans.

En ce qui concerne l'état matrimonial, on a considéré comme étant en union toute femme mariée, légalement ou non, formellement ou non, ainsi que toute femme vivant en union consensuelle. Selon cette définition, il apparaît que près d'un tiers des femmes (32 pour cent) sont célibataires, c'est-à-dire qu'elles n'ont jamais été en union, et que 10 pour cent des femmes sont, soit veuves (4 pour cent), soit divorcées ou séparées (6 pour cent). En d'autres termes, un peu plus d'une femme sur quatre (42 pour cent) n'était pas en union au moment de l'enquête (Graphique 2.5). Les femmes en union étaient, quant à elles, soit mariées (34 pour cent), soit en union non formelle (24 pour cent).

Graphique 2.5
Etat matrimonial des enquêtées



EDSR 1992

Du point de vue du milieu de résidence, la quasi totalité des femmes (94 pour cent) et des maris (96 pour cent) habitent en milieu rural. S'agissant de la préfecture de résidence, une femme sur deux vit à Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi (26 pour cent) ou à Butare/Gitarama (25 pour cent); les femmes vivant dans les autres régions sont réparties presque uniformément entre les préfectures de Kigali (18 pour cent), de Byumba/Kibungo (17 pour cent) et de Cyangugu/Gikongoro (15 pour cent). Concernant les maris (Tableau 2.7.2), leur répartition géographique est assez voisine de celle des femmes.

Plus d'une femme sur deux (54 pour cent) a fréquenté l'école primaire et 8 pour cent des enquêtées ont dépassé ce niveau (Tableau 2.7.1). En outre, le niveau d'instruction atteint varie de façon importante selon certaines caractéristiques socio-démographiques (Tableau 2.8). Ainsi, et comme on l'avait remarqué pour la population des

ménages, la proportion de femmes ayant de l'instruction augmente régulièrement des générations les plus anciennes aux générations les plus récentes : 28 pour cent seulement des femmes de 45-49 ans ont un niveau d'instruction primaire ou supérieur, contre 79 pour cent des femmes de 15-19 ans. Corrélativement, c'est chez les femmes les plus jeunes que les proportions de celles sans instruction sont les plus faibles. Bien que les maris soient plus âgés que les femmes, ils ont fréquenté l'école en plus forte proportion que les femmes (70 pour cent contre 62 pour cent) (voir Tableaux 2.7.1 et 2.7.2). En outre, comme chez les femmes, la proportion de maris ayant de l'instruction est plus élevée dans les générations récentes (72 pour cent chez les moins de 45 ans) que dans les générations anciennes (64 pour cent chez les 45 ans ou plus) (voir Tableau 2.8).

C'est en zone urbaine que les proportions de femmes ayant de l'instruction sont les plus élevées : les femmes n'ayant jamais été scolarisées représentent 20 pour cent en milieu urbain, contre 39 pour cent en milieu rural. En outre, un tiers des femmes du milieu urbain ont dépassé le niveau primaire, contre à peine 6 pour cent en milieu rural.

Du point de vue régional, c'est à Butare/Gitarama et dans les préfectures de Kigali que l'on trouve les plus fortes proportions de femmes ayant fréquenté l'école (respectivement, 71 et 65 pour cent), à l'opposé, c'est à Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi que la proportion de femmes sans instruction est la plus élevée (47 pour cent). Enfin, il convient de souligner la part relativement importante de femmes ayant atteint un niveau supérieur au primaire dans les préfectures de Kigali (14 pour cent).

Tableau 2.8 Niveau d'instruction des femmes et des maris enquêtés

Répartition (en %) des femmes par niveau d'instruction atteint, selon le groupe d'âges quinquennal, le milieu et la région de résidence, et répartition (en %) des maris par niveau d'instruction atteint, selon le groupe d'âges quinquennal, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Niveau d'instruction			Total	Effectif
	Aucun	Primaire	Post-primaire ou plus		
FEMMES					
Groupe d'âges					
15-19	20,8	69,5	9,7	100,0	1464
20-24	24,3	64,1	11,6	100,0	1247
25-29	37,1	51,8	11,1	100,0	1050
30-34	43,5	51,1	5,5	100,0	1030
35-39	48,7	46,6	4,6	100,0	745
40-44	64,2	33,3	2,5	100,0	615
45-49	71,7	26,3	2,0	100,0	399
Milieu de résidence					
Urbain	19,7	47,6	32,7	100,0	408
Rural	39,2	54,5	6,3	100,0	6143
Préfecture					
Kigali	34,7	51,7	13,6	100,0	1146
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	46,7	47,9	5,5	100,0	1723
Cyangugu/Gikongoro	38,9	54,6	6,5	100,0	954
Butare/Gitarama	29,4	61,6	9,1	100,0	1643
Byumba/Kibungo	39,9	54,8	5,3	100,0	1084
Ensemble	38,0	54,1	7,9	100,0	6551
MARIS					
Groupe d'âges					
15-29	27,6	66,4	6,0	100,0	138
30-44	28,4	66,0	5,6	100,0	322
45 ou plus	36,0	57,0	7,1	100,0	138
Ensemble	29,9	64,0	6,1	100,0	598

CHAPITRE 3

FECONDITE

Un des principaux objectifs de l'EDSR était de recueillir des données permettant d'estimer les niveaux de la fécondité, d'en dégager les tendances passées et de mettre en lumière certains aspects de la fécondité différentielle. Pour obtenir ces données, les enquêtrices ont reconstitué, à partir des réponses des femmes interviewées, l'historique complet des naissances, en ordre chronologique, et en enregistrant, pour chacune d'entre elles, le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance, et l'état de survie (l'enfant est toujours vivant ou décédé). En outre, pour les enfants décédés, on enregistrerait l'âge au décès.

Comme il s'agit d'une enquête rétrospective, les informations obtenues permettent, non seulement, d'estimer le niveau actuel de la fécondité, mais aussi d'estimer les tendances de la fécondité au cours des 15 à 20 dernières années. Par contre, le fait qu'il s'agisse d'une enquête rétrospective peut être à l'origine de certaines erreurs ou imprécisions des données obtenues. Il s'agit notamment :

- du sous-enregistrement de naissances, en particulier l'omission d'enfants en bas âge, ce qui peut entraîner une sous-estimation des niveaux de fécondité;
- de l'imprécision des déclarations de date de naissance et/ou d'âge, en particulier l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, qui peut entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges et/ou pour certaines époques.

L'analyse de la distribution des naissances par année (voir Tableau D.4 en Annexe D), l'analyse des tendances de la fécondité ainsi que le rapprochement des données de l'EDSR avec d'autres sources ne mettent en évidence aucune sous-estimation manifeste des enregistrements.

Par ailleurs, lors des enquêtes EDS, on a parfois observé certains déplacements de dates de naissance d'enfants nés durant la dernière période quinquennale vers les années précédentes. Ces déplacements d'année de naissance sont souvent effectués *volontairement* par les enquêtrices, non seulement pour éviter de poser les questions sur la santé des enfants (section 4 du questionnaire) qui ne portent que sur les naissances de la dernière période quinquennale, mais encore pour éviter de prendre les mesures anthropométriques de ces mêmes enfants. Ces déplacements sont plus fréquents lorsque la mère ne connaît pas avec exactitude le mois et l'année de naissance de ses enfants. Dans le cas de l'EDSR, ces déplacements, en particulier des naissances de 1987 (début de la dernière période quinquennale) vers 1986,¹ sont très peu importants et ne peuvent donc pas induire de sous-estimation significative de la fécondité des cinq dernières années.

3.1 NIVEAU DE LA FECONDITE ET FECONDITE DIFFERENTIELLE

Généralement, la fécondité des femmes se mesure au moyen des taux de fécondité générale par groupe d'âges quinquennal et au moyen de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) ou Somme des Naissances Réduites, qui correspond à un cumul des taux de fécondité par âge. L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants

¹ A l'Annexe D, le Tableau D.4 fournit la distribution des naissances par année de naissance. Le "rapport de naissances annuelles" (rapport des naissances d'année x à la demi-somme des naissances des années précédente et suivante, soit $N_x / [(N_{x-1} + N_{x+1}) / 2]$), rend compte des déplacements d'années de naissance. Le rapport ne semble indiquer aucun sous-enregistrement de naissances en 1987 (rapport = 101 > 100) par rapport à 1986 (rapport = 106,9 < 100).

nés vivants qu'aurait une femme à l'issue de sa vie féconde, en supposant que les taux de fécondité actuels restent invariables. Dans le cas actuel, les taux de fécondité et l'ISF sont calculés pour la période des trois années ayant précédé l'enquête : cette période de référence a été retenue afin de pouvoir calculer les indicateurs de fécondité les plus récents possibles, tout en disposant d'un nombre suffisant de cas pour réduire au maximum les erreurs de sondage. Les taux de fécondité par groupe d'âges et l'ISF, selon le milieu de résidence, sont présentés au Tableau 3.1 qu'illustre le Graphique 3.1.

La fécondité est élevée au Rwanda puisque, en arrivant en fin de vie féconde, une femme aurait, en moyenne, 6,2 enfants. Cependant, la courbe des taux de fécondité présente une allure quelque peu différente de celle que l'on peut observer généralement dans les pays à forte fécondité, en particulier en Afrique subsaharienne. En effet, les femmes rwandaises ne commencent à procréer qu'assez tardivement : à 15-19 ans,

le taux de fécondité n'atteint que 60 pour mille et, si la fécondité des femmes de 20-24 ans est relativement élevée (227 pour mille), le maximum n'est atteint que dans le groupe d'âges 25-29 ans avec un taux de 294

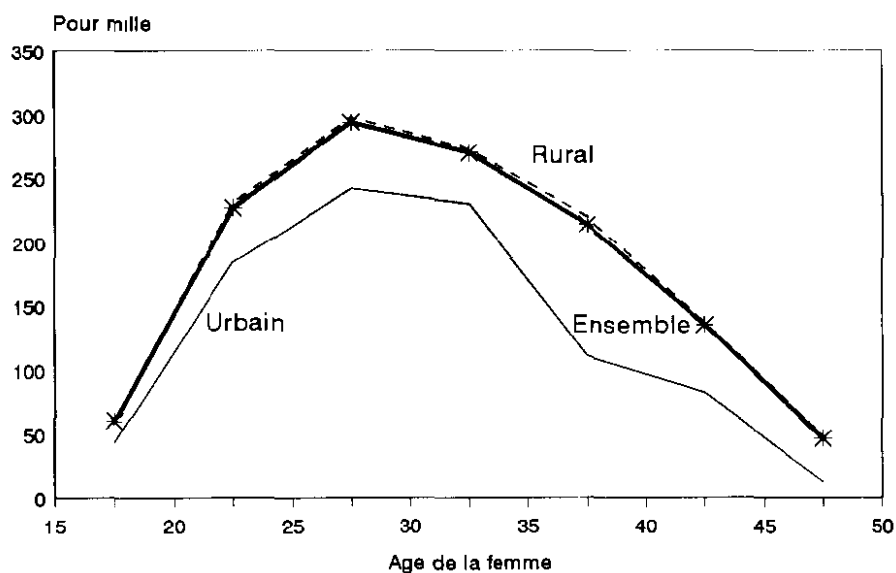
Tableau 3.1 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, indice synthétique de fécondité (ISF), taux brut de natalité (TBN) et taux global de fécondité générale (TGFG) pour la période des trois années précédant l'enquête, selon le milieu de résidence, EDS Rwanda 1992

Groupe d'âges	Résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
15-19	43	61	60
20-24	184	231	227
25-29	242	298	294
30-34	230	273	270
35-39	111	220	214
40-44	82	137	135
45-49	12	48	46
ISF 15-49 (pour 1 femme)	4,51	6,33	6,23
ISF 15-44 (pour 1 femme)	4,46	6,09	6,00
TGFG (pour 1 000)	154	200	197
TBN (pour 1 000)	38	41	40

Note: Les taux sont calculés pour la période de 1-36 mois avant l'enquête. Les taux à 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges.

Graphique 3.1
Taux de fécondité générale par âge
selon le milieu de résidence



EDSR 1992

pour mille. Après ce maximum, le niveau de fécondité ne diminue que très légèrement puisque les taux valent encore 270 pour mille à 30-34 ans, soit un niveau supérieur à celui de 20-24 ans, et 214 pour mille à 35-39 ans. Ainsi, les femmes de 35-39 ans ont une fécondité assez peu différente de celles de 20-24 ans. Aux âges les plus élevés, la fécondité reste encore importante, en effet, à 40-44 ans, avec 135 pour mille, le taux de fécondité est plus de deux fois plus élevé que celui observé à 15-19 ans (60 pour mille). Alors que dans la plupart des pays à forte fécondité l'essentiel des naissances se produisent avant 35 ans, au Rwanda, la fécondité des femmes de 35 ans et plus contribue pour près d'un tiers (32 pour cent) à la fécondité totale.

Il apparaît au Tableau 3.1 et au Graphique 3.1 que les différences de fécondité selon le milieu de résidence sont très importantes. L'ISF qui est de 6,2 enfants par femme pour l'ensemble du pays, varie de 4,5 en milieu urbain à 6,3 en milieu rural. Cela signifie que, si les niveaux actuels de fécondité se maintenaient invariables, les femmes résidant en milieu rural auraient, en fin de vie féconde, près de deux enfants de plus que celles résidant en milieu urbain. Ces différences de fécondité s'observent à tous les âges, mais l'écart relatif entre les taux est particulièrement important aux âges où la fécondité est la moins élevée : ainsi, à 15-19 ans, le taux vaut 43 pour mille en milieu urbain et 61 pour mille en milieu rural, soit 42 pour cent de plus; à 20-24 ans, le taux du milieu rural (231 pour mille) est supérieur de 25 pour cent à celui du milieu urbain (184 pour mille); à 40-44 ans, les femmes rurales ont une fécondité (137 pour mille) 1,7 fois supérieure à celle des femmes urbaines (82 pour mille) et, à 45-49 ans, le rapport entre les deux niveaux de fécondité est de 1 à 4. Les femmes du milieu rural ont donc une fécondité plus précoce et qui se maintient plus élevée aux âges avancés que les femmes urbaines.

Au niveau national, le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer, atteint 197 pour mille. Le Taux Brut de Natalité (TBN), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population totale, est de 40 pour mille pour l'ensemble du pays.

Du point de vue régional (Tableau 3.2 et Graphique 3.2), il apparaît que le niveau de fécondité varie fortement selon la région de résidence. Les ISF les plus faibles s'observent à Butare/Gitarama (5,2 enfants par femme) et dans les préfectures de Kigali (5,9 enfants par femme), régions qui abritent les deux centres urbains les plus importants du pays (Kigali-ville et Butare), alors que Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi se caractérise par une fécondité beaucoup plus élevée que partout ailleurs avec 7,2 enfants par femme.

Les écarts les plus importants entre niveaux de fécondité s'observent en fonction du niveau d'instruction des femmes, le nombre d'enfants étant d'autant plus faible que le niveau d'instruction est élevé. Les femmes sans instruction ont en moyenne 7,0 enfants, contre 5,9 chez les femmes ayant un niveau d'instruction primaire, quant à celles ayant dépassé le niveau primaire, elles ont, en moyenne, près de 3 enfants de moins que celles qui n'ont jamais fréquenté l'école (4,3 contre 7,0 enfants).

Tableau 3.2 Fécondité par caractéristiques socio-démographiques

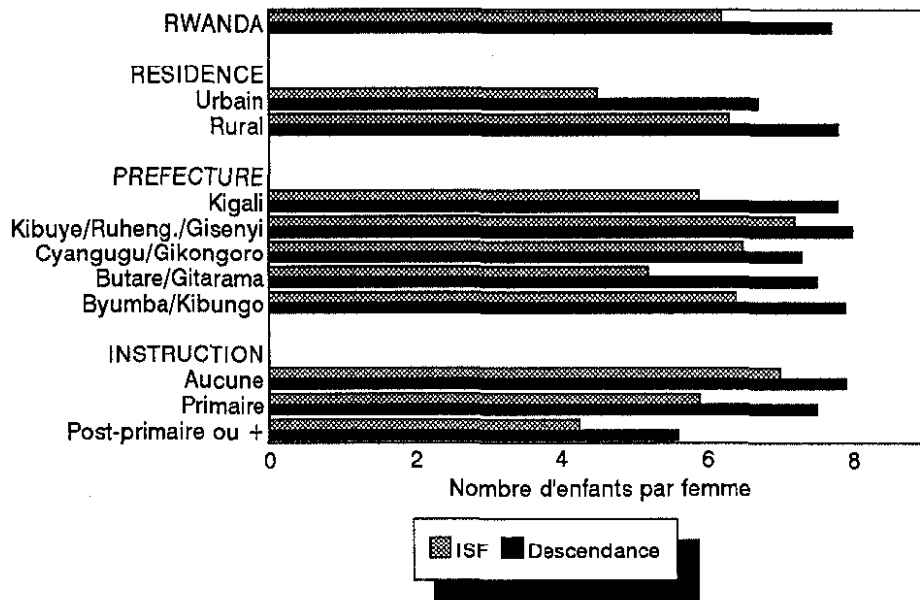
Indice synthétique de fécondité pour la période des trois années précédant l'enquête et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Indice synthétique de fécondité ¹	Nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans
Milieu de résidence		
Urbain	4,51	6,71
Rural	6,33	7,78
Préfecture		
Kigali	5,91	7,81
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	7,16	8,02
Cyangugu/Gikongoro	6,49	7,32
Butare/Gitarama	5,19	7,53
Byumba/Kibungo	6,39	7,92
Niveau d'instruction		
Aucun	7,00	7,94
Primaire	5,88	7,46
Post-primaire ou plus	4,25	5,64
Ensemble	6,23	7,74

¹Indice synthétique de fécondité pour les femmes âgées de 15-49 ans

Au Tableau 3.2 et au Graphique 3.2 figure le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme de 40-49 ans, c'est-à-dire à la fin de leur vie féconde. Contrairement à l'ISF qui mesure la fécondité actuelle ou du moment, ce nombre moyen, qui peut être assimilé à une descendance, est le résultat de la fécondité passée des femmes enquêtées qui atteignent 40-49 ans. Dans une population où la fécondité reste invariable, cette descendance tend à se rapprocher de l'ISF; par contre, si l'ISF est inférieur au nombre moyen d'enfants par femme en fin de vie féconde, cela indique une tendance à la baisse de la fécondité. Au Rwanda, l'ISF (6,2) est nettement inférieur à la descendance (7,7) ce qui suggère une baisse importante de la fécondité au cours des dernières années. Un écart important entre descendance et ISF s'observe quelles que soient les caractéristiques des femmes, ce qui signifie que la baisse de fécondité touche toutes les couches de la population. Cependant, l'écart observé entre les deux indicateurs, et donc la baisse de fécondité qu'il suggère, est particulièrement important chez les femmes urbaines, celles des préfectures de Kigali et de Butare/Gitarama, et chez celles ayant une instruction supérieure au primaire : ce sont les catégories de femmes qui ont aujourd'hui la fécondité la plus faible.

Graphique 3.2
Indice synthétique de fécondité et
descendance atteinte à 40-49 ans



EDSR 1992

3.2 TENDANCES DE LA FECONDITE

Une première façon de dégager les tendances de la fécondité est de comparer les résultats de l'EDSR avec ceux provenant d'autres sources. Le Tableau 3.3 et le Graphique 3.3 présentent ainsi les taux de fécondité par âge selon l'ENF de 1983, le RGPH de 1991² et l'EDSR.

Contrairement à l'EDSR où les données sur la fécondité sont obtenues à partir de l'historique des naissances des femmes, lors du RGPH de 1991, la fécondité a été estimée à partir de questions portant sur les naissances des douze mois ayant précédé le recensement. Les niveaux de fécondité estimés par le RGPH correspondent donc à la fécondité de l'année 1990-1991, année qui précède le recensement. Dans le cas de l'EDSR, les niveaux de fécondité, mesurés pour la période de trois ans ayant précédé l'enquête, correspondent à la fécondité des années 1989-1992. Les niveaux de fécondité estimés par les deux opérations se réfèrent donc à une période à peu près

Tableau 3.3 Fécondité par âge selon trois sources

Taux de fécondité par âge et indice synthétique de fécondité selon l'ENF (1983), le RGPH (1991) et l'EDSR (1992)

Groupe d'âges	ENF 1983 ¹	RGPH 1991 ²		EDSR 1992
		Données observées	Données ajustées	
15-19	79	38	59	60
20-24	327	181	242	227
25-29	378	259	327	294
30-34	367	252	310	270
35-39	296	213	258	214
40-44	184	128	146	135
45-49	68	39	39	46
ISF 15-49	8,5	5,6	6,9	6,2

Note: Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes.

Source:

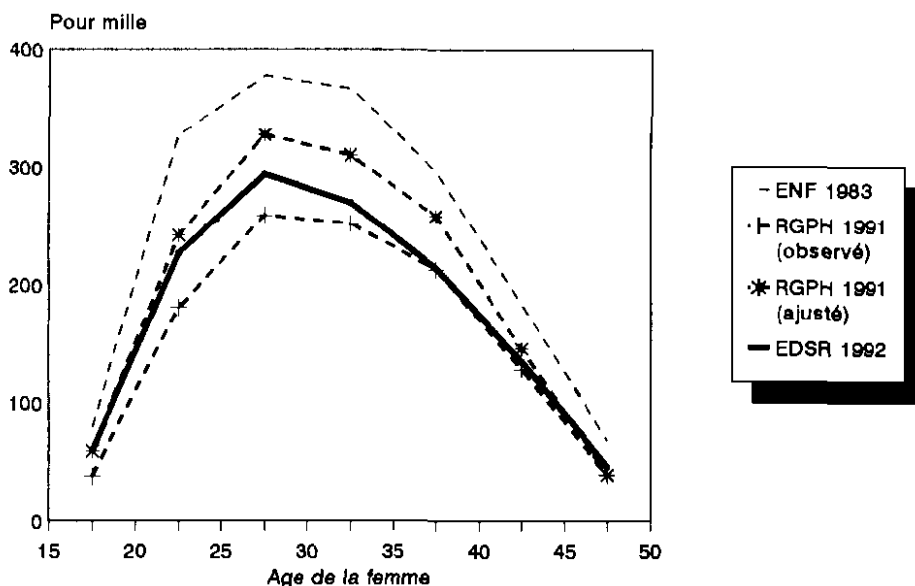
1983 : Enquête Nationale sur la Fécondité (ENF)

1991 : Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH)

¹Taux calculés pour la période de 3 années précédant l'enquête.

²Taux calculés à partir des naissances des 12 derniers mois.

Graphique 3.3
Taux de fécondité générale par âge selon l'ENF (1983), le RGPH (1991) et l'EDSR (1992)



² Service National du Recensement, 1994 (à paraître).

similaire et leur rapprochement ne permet donc pas de dégager des tendances. Par contre, la comparaison de ces deux opérations devrait permettre de juger de la validité des résultats de chacune d'entre elles.

Concernant le RGPH, comme cela a déjà été mentionné, les taux sont calculés à partir d'informations collectées sur les naissances des douze derniers mois, méthode de collecte qui a tendance à sous-estimer le nombre de ces naissances et, par là, les niveaux de fécondité. Pour cette raison, les taux de fécondité calculés à partir des données observées lors des recensements sont généralement réestimés en utilisant différents types de méthodes indirectes d'estimation. Cela a été le cas au Rwanda et, au Tableau 3.3 et au Graphique 3.3, figurent, pour le RGPH de 1991, les taux de fécondité observés et les taux de fécondité ajustés. Il apparaît que les taux observés du RGPH sont, à tous les âges, inférieurs à ceux de l'EDSR, par contre, les taux ajustés du recensement sont, à tous les âges, supérieurs à ceux de l'enquête. En outre, dans tous les cas, la courbe des taux de fécondité a la même allure. Du point de vue de la fécondité totale, l'ISF calculé sur la base des taux observés (5,6 enfants par femme) est inférieur de 10 pour cent environ à celui de l'enquête (6,2), alors que le cumul des taux ajustés donne un ISF (6,9) supérieur de 11 pour cent environ à celui de l'EDSR. Entre ces deux valeurs, qui restent très voisines, ISF de 6,2 à l'EDSR et ISF de 6,9 au recensement (ajusté), il n'est pas possible d'affirmer avec certitude laquelle serait la plus *exacte*. En effet, il se peut que l'EDSR ait très légèrement sous-estimé le niveau de la fécondité, alors que les méthodes d'ajustement utilisées par le RGPH auraient trop surévalué les niveaux de fécondité observés. Néanmoins, les résultats du RGPH comme ceux de l'EDSR attestent, et de façon similaire, de la baisse très importante de la fécondité intervenue au Rwanda ces dernières années. La suite de cette section, relative aux tendances de la fécondité, est consacrée à l'analyse de cette baisse.

Les résultats concernant l'ENF comparés à ceux de l'EDSR (Tableau 3.3 et Graphique 3.3) mettent en évidence une chute très importante de la fécondité entre les deux dates : l'ISF, estimé à 8,5 enfants par femme en 1983, est passé à 6,2 enfants par femme en 1992, soit une baisse de près de 30 pour cent en moins de 10 ans. L'examen des taux par âge permet de constater que la baisse de fécondité s'est produite à tous les âges, chaque taux de fécondité de 1992 étant inférieur au taux correspondant de 1983 : en valeur relative, les taux de 1992 sont inférieurs, selon le groupe d'âges, de 22 à 32 pour cent à ceux de 1983.

Une réduction aussi importante et aussi rapide de la fécondité est exceptionnelle, en particulier en Afrique Subsaharienne. Cependant, les sections et chapitres suivants permettront de mettre en évidence d'autres modifications importantes intervenues récemment au Rwanda et qui peuvent expliquer cette baisse de la fécondité. Il s'agit principalement de l'augmentation des proportions de femmes qui ne sont pas en union, de l'augmentation importante de la prévalence contraceptive, et du recul important de l'âge d'entrée en première union, de l'âge aux premiers rapports sexuels et de l'âge à la première naissance.

Les données collectées lors de l'EDSR permettent également, en tant que telles, de retracer les tendances passées de la fécondité. Pour cela, on a calculé les taux de fécondité par âge de la mère à la naissance de ses enfants, par période de quatre ans précédant l'enquête (Tableau 3.4). Le Graphique 3.4 qui visualise ces données permet de constater que les taux de fécondité n'ont que peu varié durant les trois périodes les plus anciennes (de 4 à 15 ans avant l'enquête) et que ces taux sont très voisins de ceux qui avaient été calculés lors de l'ENF de 1983. Si l'on admet comme valables les résultats de l'enquête de 1983, il est donc permis d'affirmer que les données sur la fécondité ancienne, obtenues lors de l'EDSR, sont valables et que la baisse importante des taux observée récemment (0 à 3 ans avant l'enquête) correspond à une baisse réelle de la fécondité des femmes rwandaises.

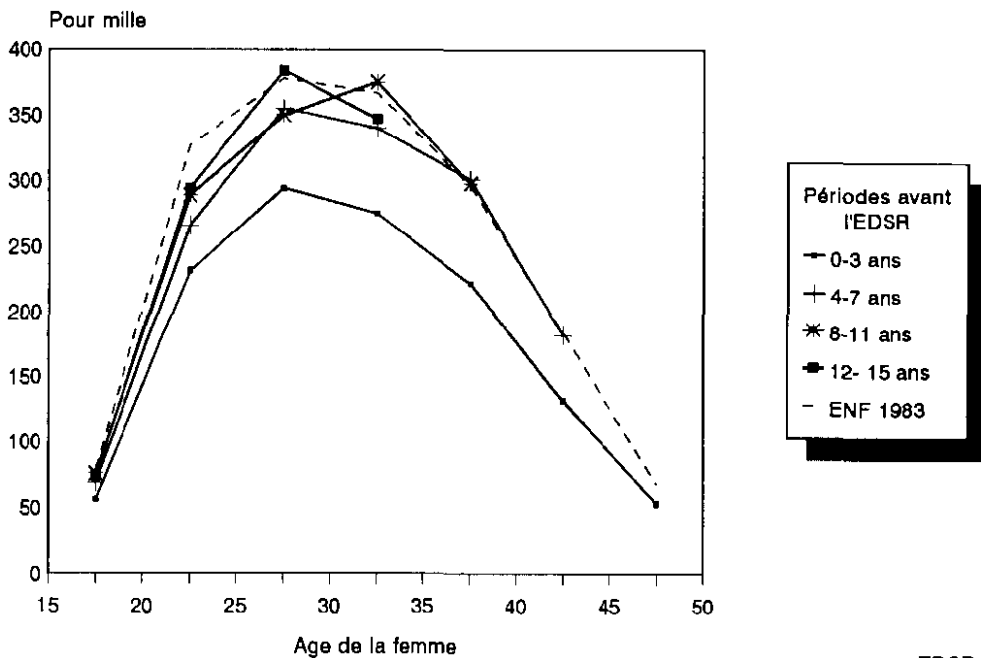
Tableau 3.4 Tendances de la fécondité par âge

Taux de fécondité par âge par périodes de quatre ans précédant l'enquête, et selon l'âge de la mère, EDS Rwanda 1992

Groupe d'âges	Périodes précédant l'enquête (en années)				
	0-3	4-7	8-11	12-15	16-19
15-19	56	69	76	74	77
20-24	232	266	289	294	291
25-29	294	355	350	384	[383]
30-34	275	340	375	347	[375] ¹
35-39	222	301	[298]	[325] ¹	-
40-44	132	[182]	-	-	-
45-49	[53]	-	-	-	-

Note: Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1000 femmes. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes.
¹Taux calculés sur la base de moins de 500 cas (exposition)

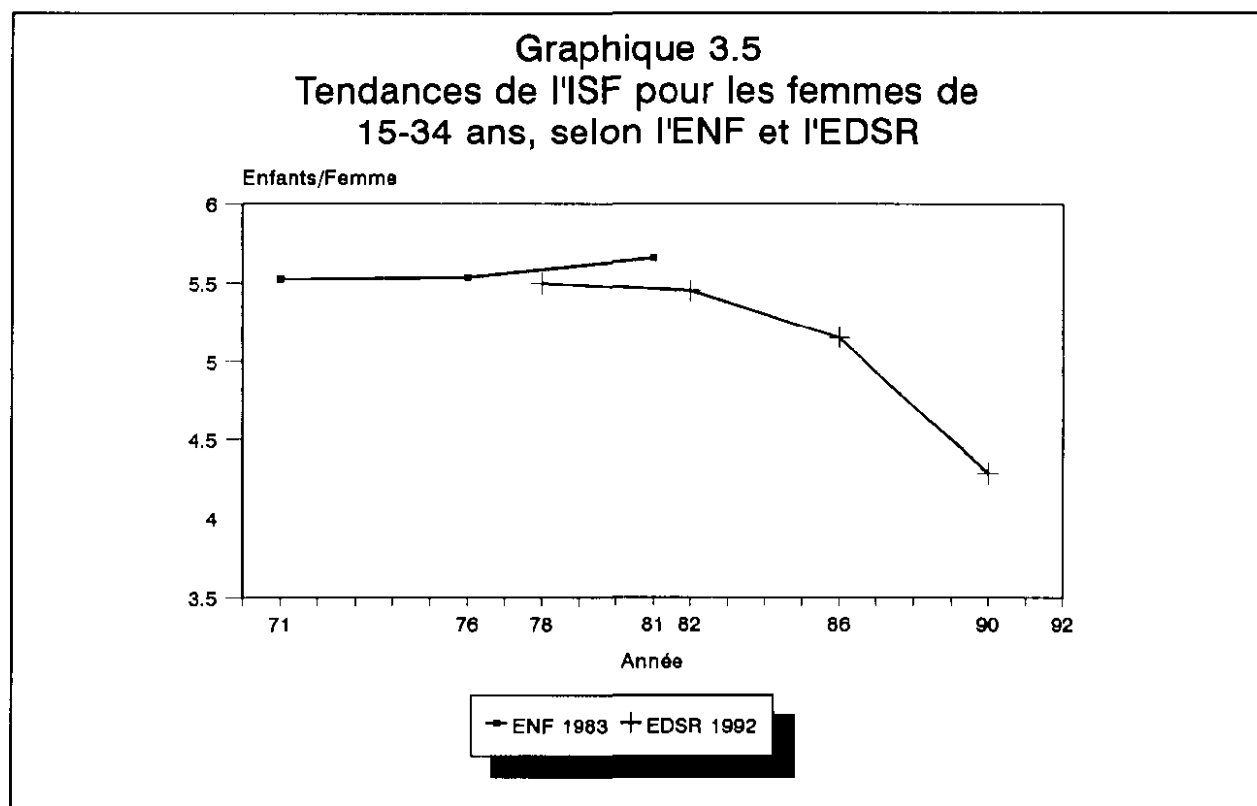
**Graphique 3.4
Tendances de la fécondité par âge**



EDSR 1992

A partir des taux par âge, on a calculé, pour chaque période, l'ISF des femmes de 15-34 ans. Ces ISF sont représentés au Graphique 3.5 sur lequel on a également porté des données similaires obtenues à partir de l'ENF de 1983 (par période quinquennale). De l'examen de ce graphique, deux conclusions importantes peuvent être tirées. D'une part, il y a cohérence entre les résultats des deux enquêtes : en particulier, on constate que les ISF calculés par l'EDSR pour les périodes les plus anciennes, centrées sur les années 1982

et 1978, sont très proches de l'ISF le plus récent de l'ENF, centré sur l'année 1981. Ceci confirme, à nouveau, la bonne qualité des données rétrospectives sur la fécondité collectées lors de l'EDSR. Par ailleurs, il apparaît nettement que de 1971 à 1982, le niveau de la fécondité est resté pratiquement inchangé; de 1982 à 1986, on observe une légère diminution de la fécondité, l'ISF des femmes de 15-34 ans passant de 5,5 à 5,2 enfants par femme. Enfin, durant la dernière période de quatre années avant l'enquête, la fécondité a chuté brutalement, le nombre d'enfants par femme passant de 5,2 à 4,3.



Le Tableau 3.5 présente le même type de données que le tableau précédant, mais les taux de fécondité sont calculés par durée de mariage, pour les différentes périodes de quatre années avant l'enquête. On observe ici une baisse de même ampleur que celle observée pour les taux de fécondité par âge. Pour les durées 5-9 ans et plus de mariage, tous les taux de fécondité ont chuté de façon importante, entre la période 4-7 ans avant l'enquête et la période la plus récente; de plus, la baisse semble d'autant plus importante que la durée de mariage est élevée. Par contre, on ne constate pratiquement aucun changement des taux de

Tableau 3.5 Tendances de la fécondité par durée de mariage

Taux de fécondité par périodes de quatre ans précédant l'enquête, selon la durée écoulée depuis le premier mariage, EDS Rwanda 1992

Nombre d'années depuis le premier mariage	Périodes précédant l'enquête (en années)				
	0-3	4-7	8-11	12-15	16-19
0-4	380	396	392	386	377
5-9	317	373	364	380	393
10-14	276	353	355	370	337
15-19	213	310	359	314	[370] ¹
20-24	179	234	[231] ¹	-	-
25-29	73	[113]	-	-	-

Note: Taux de fécondité pour 1000 femmes non-célibataires. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes.

¹Taux calculés sur la base de moins de 500 cas (exposition)

fécondité pour les durées de mariages les plus courtes (0-4 ans). Il semble donc que les femmes continuent à avoir rapidement leurs enfants, en début de mariage, mais que, le nombre souhaité d'enfants étant rapidement atteint, elles limitent très vite leur fécondité.

L'analyse des tendances de la fécondité, basée sur les résultats des enquêtes de 1983 et de 1992, a mis en évidence le caractère très récent de la baisse importante des niveaux de la fécondité au Rwanda, baisse qui résulte essentiellement de modifications profondes du comportement reproductif des femmes rwandaises.

3.3 PARITE ET STERILITE PRIMAIRE

A partir du nombre total d'enfants que les femmes ont eu au cours de leur vie, on a calculé les parités moyennes par groupe d'âges, pour l'ensemble des femmes et pour les femmes actuellement en union (Tableau 3.6). On constate tout d'abord qu'en début de vie féconde, les parités restent faibles puisque les femmes atteignant 25 ans ont eu, en moyenne, moins de 1 enfant. Par contre, à partir de 25 ans, on assiste à une augmentation régulière et très rapide des parités avec l'âge de la femme : ainsi de 0,8 enfant, en moyenne, à moins de 25 ans, la parité atteint 4,2 enfants à moins de 35 ans, 5,8 enfants à moins de 40 ans et les femmes qui avaient atteint 45-49 ans à l'enquête avaient donné naissance, en moyenne, à 8,1 enfants. Cette variation assez originale des parités selon l'âge résulte, à la fois, de la faible fécondité aux jeunes âges, de la forte fécondité des femmes des générations les plus anciennes et de la baisse récente de la fécondité.

Tableau 3.6 Enfants nés vivants et enfants survivants

Répartition (en %) de toutes les femmes et des femmes actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon l'âge des femmes, EDS Rwanda 1992

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total	Effectif de femmes	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
TOUTES LES FEMMES															
15-19	91,8	7,0	1,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1464	0,10	0,09
20-24	50,8	26,5	15,4	5,8	1,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1247	0,81	0,70
25-29	15,1	15,5	23,8	22,2	13,1	6,8	2,2	1,1	0,2	0,0	0,0	100,0	1050	2,39	2,02
30-34	4,7	4,9	9,9	13,4	22,2	21,6	12,7	7,0	2,8	0,8	0,0	100,0	1030	4,17	3,44
35-39	1,6	3,3	3,9	5,5	9,8	16,9	20,3	17,8	12,1	5,5	3,3	100,0	745	5,78	4,67
40-44	1,1	0,9	2,0	3,2	5,2	7,1	10,8	12,7	20,4	17,1	19,5	100,0	615	7,49	5,73
45-49	0,6	2,6	1,8	2,4	2,3	7,4	7,2	9,7	15,4	18,2	32,4	100,0	399	8,13	6,11
Total	33,6	10,5	9,3	7,9	7,6	7,6	6,1	5,1	4,7	3,5	4,2	100,0	6551	3,07	2,46
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	39,2	47,2	10,5	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	123	0,77	0,67
20-24	19,7	38,7	27,7	10,9	2,4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	619	1,39	1,21
25-29	5,9	14,2	25,7	25,1	16,4	8,4	2,8	1,4	0,3	0,0	0,0	100,0	802	2,77	2,37
30-34	1,5	3,8	8,4	13,0	23,1	24,3	13,8	8,0	3,2	0,8	0,0	100,0	846	4,45	3,72
35-39	1,1	2,6	2,7	4,2	8,6	17,1	20,1	20,6	13,1	6,4	3,4	100,0	605	6,03	4,94
40-44	0,5	0,2	1,7	2,2	3,8	5,6	11,1	13,3	21,2	18,4	22,0	100,0	485	7,84	6,11
45-49	0,4	2,5	1,1	1,5	2,0	6,2	5,7	10,5	16,1	16,8	37,2	100,0	304	8,45	6,46
Total	6,3	12,4	12,9	11,2	11,0	11,3	8,8	7,9	6,9	4,9	6,4	100,0	3785	4,48	3,65

Par ailleurs, la répartition des femmes selon le nombre de naissances met en évidence une fécondité tardive par rapport à d'autres populations africaines, puisqu'une femme de 20-24 ans sur deux (51 pour cent) n'a encore aucun enfant et qu'à 25-29 ans, 31 pour cent des femmes sont encore nullipares ou ont seulement un enfant. A l'opposé, il faut souligner que parmi les femmes les plus âgées (45-49 ans), une sur deux a eu 9 enfants ou plus pendant sa vie féconde.

Les résultats concernant les femmes actuellement en union diffèrent nettement de ceux concernant toutes les femmes. En effet, même si le nombre moyen d'enfants par femme ne varie que très peu chez les femmes les plus âgées, on observe que les parités augmentent ici, dès 15-19 ans, de façon régulière et rapide. Par ailleurs, la répartition des femmes en union selon le nombre de naissances permet de constater une fécondité élevée dès les plus jeunes âges, puisque 61 pour cent des femmes en union de 15-19 ans et 80 pour cent de celles de 20-24 ans ont déjà eu, au moins, un enfant. Comme cela a déjà été souligné, il semble donc que les femmes ont leur enfant très rapidement après être entrées en union, quel que soit l'âge de cette union. Cependant, du fait que peu de femmes se marient à des âges jeunes (voir Chapitre 5 - Nuptialité et exposition au risque de grossesse), la forte fécondité précoce de ces femmes en union n'a que peu d'influence sur les niveaux de fécondité de l'ensemble des femmes.

D'une manière générale, les femmes qui restent volontairement sans enfant sont relativement rares en Afrique et en particulier au Rwanda : par conséquent, la parité zéro des femmes actuellement mariées et les plus âgées permet d'estimer le niveau de la stérilité totale ou primaire. Parmi les femmes de 35-49 ans, âges auxquels l'arrivée d'un premier enfant est peu probable, seulement 0,7 pour cent n'ont jamais eu d'enfants et peuvent être considérées comme stériles. Ce niveau de stérilité primaire est parmi les plus faibles observés lors des enquêtes EDS dans d'autres pays d'Afrique (Arnold et Blanc, 1990).

3.4 INTERVALLE INTERGENESIQUE

La longueur de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur son état de santé et sur celui de la mère. En particulier, de nombreuses recherches ont montré que les intervalles intergénésiques courts (inférieurs à 24 mois) sont nuisibles à la santé et à l'état nutritionnel des enfants et augmentent ainsi leur risque de décéder (voir Chapitre 9 - Mortalité des enfants). Le Tableau 3.7 présente la répartition des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, en fonction de diverses caractéristiques démographiques et socio-économiques de la mère de l'enfant.

On constate que 9 pour cent des naissances sont arrivées moins de dix-huit mois après la naissance précédente et que 12 pour cent des enfants sont nés entre dix-huit mois et deux ans après leur aîné : au total donc, dans un cas sur cinq (21 pour cent), l'intervalle intergénésiq est inférieur à deux ans. La majorité des naissances (45 pour cent) se produisent entre 24 et 35 mois après la naissance précédente, et 34 pour cent des enfants sont nés trois ans et plus après leur aîné. La durée médiane de l'intervalle intergénésiq est légèrement supérieure à deux ans et demi (31,6 mois).

Du point de vue de l'âge, il apparaît que les intervalles intergénésiques sont légèrement plus courts chez les jeunes femmes (médiane de 28,8 mois à 20-29 ans) que chez les femmes plus âgées, en particulier celles de 40 ans et plus (médiane de 34,5 mois). Bien que le Tableau 3.7 mette en évidence une très forte proportion de naissances précédées par un intervalle de moins de deux ans chez les femmes de 15-19 ans (59 pour cent), cela ne reflète pas le comportement réel de ces femmes car les naissances de rang un qui constituent l'essentiel de leur fécondité ne peuvent être prises en considération dans le calcul. Du point de vue du rang de naissance et du sexe de l'enfant, on ne note que très peu d'écart entre les intervalles, bien que les naissances de premiers rangs (2 et 3) soient légèrement plus rapprochées des naissances précédentes (médiane de 30,3 mois) que les naissances de rangs supérieurs (médiane supérieure à 32 mois). Par contre,

Tableau 3.7 Intervalle intergénérisique

Répartition (en %) des naissances des cinq années précédant l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente					Total	Effectif de naissances	Nombre médian de mois depuis la naissance précédente
	7-17	18-23	24-35	36-47	48 ou +			
Groupe d'âges								
15-19	24,0	35,2	18,5	22,3	0,0	100,0	20	23,4
20-29	10,9	16,7	48,2	16,4	7,8	100,0	1509	28,8
30-39	7,3	10,6	44,6	24,3	13,2	100,0	2341	32,6
40 ou plus	7,2	8,7	38,3	25,9	19,9	100,0	751	34,5
Rang de naissance								
2-3	10,0	15,4	43,9	18,2	12,6	100,0	1615	30,3
4-6	7,1	10,8	45,2	24,6	12,2	100,0	1830	32,4
7 ou plus	8,8	10,8	44,8	23,0	12,7	100,0	1176	32,0
Sexe de l'enfant précédent								
Masculin	8,2	12,0	43,6	23,2	13,0	100,0	2288	31,8
Féminin	8,9	12,8	45,6	20,8	11,9	100,0	2334	31,4
Survie de l'enfant précédent								
Toujours vivant	4,5	11,2	47,4	24,0	12,9	100,0	3874	32,5
Décédé	29,7	18,5	30,1	11,3	10,4	100,0	748	24,5
Milieu de résidence								
Urbain	9,8	14,3	38,2	20,9	16,8	100,0	204	31,6
Rural	8,5	12,3	44,9	22,0	12,2	100,0	4417	31,6
Préfecture								
Kigali	8,6	11,4	45,5	20,1	14,4	100,0	753	31,3
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	8,6	13,2	47,8	20,5	10,0	100,0	1401	30,9
Cyangugu/Gikongoro	9,7	13,2	41,1	25,4	10,5	100,0	702	31,4
Butare/Gitarama	7,1	11,0	40,6	23,3	18,0	100,0	976	33,3
Byumba/Kibungo	9,1	13,2	46,2	21,8	9,7	100,0	789	31,3
Niveau d'instruction								
Aucun	9,0	12,0	44,1	22,6	12,4	100,0	2318	31,9
Primaire	7,8	12,6	45,7	21,9	12,0	100,0	2107	31,3
Post-primaire ou plus	11,1	15,7	39,1	15,6	18,5	100,0	196	30,3
Ensemble	8,5	12,4	44,6	22,0	12,4	100,0	4621	31,6

Note : Les naissances de rang 1 sont exclues. L'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.

les naissances qui suivent des enfants décédés se produisent beaucoup plus rapidement que lorsque l'enfant précédent est toujours en vie : 48 pour cent des naissances ont lieu moins de deux ans après la naissance de l'enfant précédent lorsque celui-ci est décédé, contre 16 pour cent lorsqu'il est toujours en vie.

En ce qui concerne le milieu de résidence, les intervalles intergénérisiques ne présentent que très peu de variations. Du point de vue de la région, l'intervalle médian varie assez peu, de 30,9 mois à Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi à 33,3 mois à Butare/Gitarama. Enfin, selon le niveau d'instruction de la mère, on constate, là encore, que les intervalles entre naissances varient de façon non-significative : 31,9 mois de médiane chez les femmes sans instruction, contre 30,3 mois chez celles ayant atteint un niveau supérieur au primaire.

3.5 AGE A LA PREMIERE NAISSANCE

L'âge à la première naissance est un indicateur démographique important dans la mesure où cet âge influe sur la descendance finale des femmes, en particulier lorsque l'utilisation de la contraception est faible. Le Tableau 3.8 donne la répartition des femmes par âge à leur première naissance et leur âge médian à la première naissance, selon le groupe d'âges au moment de l'enquête.

Les résultats présentés dans ce tableau montrent, une fois de plus, que la fécondité des femmes rwandaises est relativement tardive. Parmi les femmes de 15-19 ans, 92 pour cent sont encore sans enfant et, parmi celles actuellement âgées de 20-24 ans, 51 pour cent n'ont pas d'enfant et seulement 25 pour cent ont eu leur premier enfant avant d'atteindre leur 20^e anniversaire. Si on se limite aux femmes actuellement âgées de 25 ans et plus, on observe une tendance très nette et très régulière à un recul de l'âge à la première naissance. Ainsi, l'âge médian à la première naissance passe de 20,5 ans chez les femmes des générations les plus anciennes, aujourd'hui âgées de 45-49 ans, à 22,0 ans parmi les générations les plus récentes, ayant 25-29 ans à l'enquête. De même, si l'on considère les femmes ayant eu leur premier enfant avant 20 ans, leur proportion passe de 44 pour cent dans le groupe d'âges 45-49 ans à 28 pour cent dans le groupe d'âge 25-29 ans. L'âge à la première naissance, déjà relativement tardif chez les femmes les plus âgées, a donc tendance à augmenter régulièrement. Cette tendance au vieillissement ne semble pas résulter d'un recul de la première naissance dans le cadre de l'union, mais plutôt d'une tendance similaire au vieillissement de l'âge d'entrée en première union (voir Chapitre 5 - Nuptialité et exposition au risque de grossesse). Ce recul de l'âge d'entrée en première union explique, en grande partie, la baisse de la fécondité qui a été constatée précédemment.

Age actuel	Femmes sans naissance	Age à la première naissance						Total	Effectif de femmes	Age médian à la première naissance
		<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25 ou +			
15-19	91,8	0,4	4,9	2,9	a	a	a	100,0	1464	b
20-24	50,8	0,2	8,1	16,3	16,7	7,9	a	100,0	1247	b
25-29	15,1	0,7	8,8	18,4	22,5	25,5	9,1	100,0	1050	22,0
30-34	4,7	0,8	8,8	17,8	26,6	28,0	13,2	100,0	1030	21,7
35-39	1,6	0,9	9,6	20,8	24,8	26,6	15,8	100,0	745	21,5
40-44	1,1	1,1	13,5	20,9	27,1	21,2	15,1	100,0	615	21,2
45-49	0,6	2,0	17,6	23,9	24,5	20,3	11,2	100,0	399	20,5

^aSans objet
^bNon applicable: moins de 50% de femmes ont eu un enfant

L'âge médian à la première naissance, qui s'établit à 21,5 ans pour l'ensemble des femmes de 25-49 ans (Tableau 3.9), ne présente que peu de variations selon les caractéristiques socio-économiques. Du point de vue du milieu de résidence, l'âge médian diffère peu entre les femmes de 25-49 du milieu rural (21,4 ans) et celles du milieu urbain (22,4 ans); en outre, la tendance au vieillissement de l'âge à la première naissance s'observe aussi bien en rural qu'en urbain, bien qu'elle soit plus prononcée en ville où l'âge médian atteint 24,0 ans chez les femmes de 25-29 ans, contre 21,9 chez les femmes rurales du même âge.

Si l'on n'observe pratiquement aucune différence selon la région de résidence, on constate, par contre, que l'âge à la première naissance augmente avec le niveau d'instruction. Ainsi, pour les femmes de 25-49 ans, l'âge médian passe de 21,1 ans parmi celles sans instruction, à 21,7 ans parmi les femmes ayant un niveau d'instruction primaire, et atteint 23,5 ans chez les femmes ayant un niveau supérieur au primaire, soit deux ans de plus que chez les femmes sans instruction. De plus, si la tendance au recul de l'âge à la première naissance est très nette pour les femmes ayant fréquenté l'école, il n'en est pas de même pour les femmes sans instruction pour lesquelles, quel que soit le groupe d'âges/génération, l'âge médian reste très voisin de 21 ans. Ainsi, la proportion croissante de femmes fréquentant l'école et l'augmentation du niveau d'instruction de la population féminine, par le biais d'une augmentation de l'âge à la première naissance, ont une influence importante sur le niveau de la fécondité.

Tableau 3.9 Age médian à la première naissance

Age médian à la première naissance (femmes de 25-49 ans) par âge actuel et par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Age actuel					Age 25-49
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence						
Urbain	24,0	22,0	21,8	21,8	20,2	22,4
Rural	21,9	21,6	21,5	21,1	20,5	21,4
Préfecture						
Kigali	22,5	21,7	21,6	21,5	20,9	21,7
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	21,4	21,4	21,1	21,0	20,8	21,2
Cyangugu/Gikongoro	22,4	21,9	21,2	22,2	20,7	21,7
Butare/Gitarama	22,6	22,0	22,0	20,8	19,5	21,7
Byumba/Kibungo	21,5	21,1	21,4	20,8	20,6	21,2
Niveau d'instruction						
Aucun	21,0	21,3	21,2	21,1	20,6	21,1
Primaire	22,1	21,8	21,7	21,1	20,0	21,7
Post-primaire ou plus	24,1	23,4	22,7	22,8	22,4	23,5
Ensemble	22,0	21,7	21,5	21,2	20,5	21,5

Note: L'âge médian pour les cohortes 15-19 et 20-24 ne peut être déterminé car de nombreuses femmes peuvent encore avoir une naissance avant d'atteindre, respectivement, 20 et 25 ans.

3.6 FECONDITE DES ADOLESCENTES

On a souligné précédemment le faible niveau de fécondité des adolescentes (15-19 ans) qui ne contribuent que pour 5 pour cent à la fécondité totale des femmes; par ailleurs, l'âge médian à la première naissance (21,5 ans pour les femmes de 25-49 ans) se situe nettement au-delà de cette tranche d'âges. Le Tableau 3.10 fournit, par âge détaillé entre 15 et 19 ans, les proportions d'adolescentes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants et de celles qui sont enceintes pour la première fois : la somme de ces deux valeurs donne la proportion de femmes ayant commencé leur vie féconde. On remarque que 10 pour cent des femmes de 15-19 ans entrent dans cette catégorie, 8 pour cent ayant déjà, au moins, un enfant et 2 pour cent étant enceintes pour la première fois : ces proportions sont particulièrement faibles comparées à celles trouvées dans de nombreux autres pays africains. Pour très peu d'adolescentes, la maternité commence avant l'âge de

Tableau 3.10 Fécondité des adolescentes

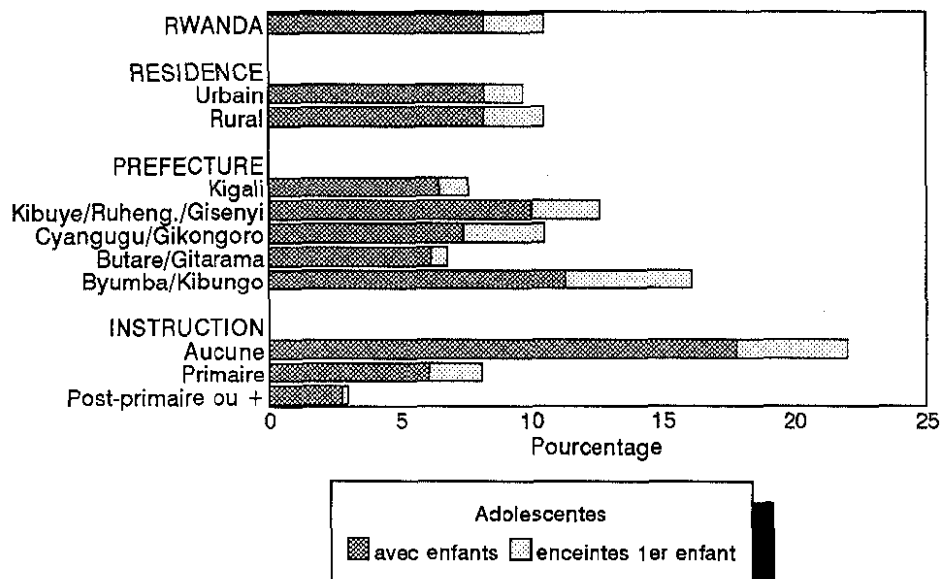
Pourcentage d'adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceintes d'un premier enfant par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Adolescentes qui sont:		Adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde	Effectif
	Mères	Enceintes d'un premier enfant		
Age				
15	0,0	0,4	0,4	280
16	2,2	0,4	2,5	311
17	6,5	1,2	7,7	304
18	11,4	5,1	16,5	302
19	22,3	4,4	26,7	267
Milieu de résidence				
Urbain	8,2	1,5	9,7	95
Rural	8,2	2,3	10,6	1369
Préfecture				
Kigali	6,5	1,1	7,6	270
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	10,0	2,6	12,6	367
Cyangugu/Gikongoro	7,4	3,1	10,5	221
Butare/Gitarama	6,2	0,6	6,8	361
Byumba/Kibungo	11,3	4,8	16,1	245
Niveau d'instruction				
Aucun	17,8	4,2	22,1	304
Primaire	6,1	2,0	8,1	1017
Post-primaire ou plus	2,8	0,2	3,1	143
Ensemble	8,2	2,3	10,5	1464

18 ans : moins de 1 pour cent à 15 ans, 3 pour cent à 16 ans et 8 pour cent à 17 ans. Parmi les femmes de 18 ans, 11 pour cent sont déjà mères et 5 pour cent ont leur première grossesse. Ce n'est qu'à 19 ans que plus d'une adolescente sur quatre (27 pour cent) a déjà eu, au moins, un enfant (22 pour cent), ou est enceinte pour la première fois (4 pour cent).

Si le comportement des adolescentes en matière de fécondité ne varie qu'assez peu selon le milieu de résidence, on note, par contre, des différences régionales assez marquées (Tableau 3.10 et Graphique 3.6). Les proportions d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde varient de 7 pour cent à Butare/Gitarama et 8 pour cent dans les préfectures de Kigali, régions où l'ISF est le plus faible, à 11 pour cent à Cyangugu/Gikongoro, à 13 pour cent à Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi, qui enregistre la fécondité totale la plus élevée du pays, et atteint 16 pour cent à Byumba/Kibungo. Enfin, en ce qui concerne l'instruction, on constate, une fois encore, que la fécondité est d'autant moins précoce que le niveau de scolarisation est élevé : ainsi, une adolescente sans instruction sur cinq a commencé sa vie féconde avant le 20^e anniversaire, alors que seulement 8 pour cent de celles ayant un niveau primaire et 3 pour cent de celles ayant un niveau supérieur au primaire sont dans la même situation.

Graphique 3.6
Adolescentes de 15-19 ans ayant
commencé leur vie féconde



EDSR 1992

Le Tableau 3.11 fournit la répartition des adolescentes par âge détaillé, selon leur nombre d'enfants. On constate que parmi les adolescentes qui ont déjà eu au moins un enfant (8 pour cent des femmes de 15-19 ans), la très grande majorité (7 pour cent par rapport à 8 pour cent) ne sont mères que d'un seul enfant. Même à 19 ans, où 22 pour cent des adolescentes ont déjà procréé, seulement un quart d'entre elles (5 pour cent par rapport à 22 pour cent) ont eu plus d'un enfant. Si, de 15 à 19 ans, la parité augmente avec l'âge, elle reste, néanmoins, à un niveau très faible puisqu'à 19 ans, le nombre moyen d'enfants par femme n'atteint que 0,28.

Tableau 3.11 Enfants nés de mères adolescentes

Répartition (en %) des adolescentes âgées de 15 à 19 ans par nombre d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants nés vivants selon l'âge, EDS Rwanda 1992

Age	Nombre d'enfants nés vivants			Total	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Effectif d'adolescentes
	0	1	2 ou +			
15	100,0	0,0	0,0	100,0	0,00	280
16	97,8	1,8	0,4	100,0	0,03	311
17	93,5	6,5	0,0	100,0	0,06	304
18	88,6	10,1	1,2	100,0	0,13	302
19	77,7	17,5	4,8	100,0	0,28	267
Total	91,8	7,0	1,2	100,0	0,10	1464

3.7 DISCUSSION

Avec les niveaux actuels de la fécondité, les femmes rwandaises donneront naissance, en moyenne, à 6,2 enfants durant leur vie féconde. Cette fécondité a fortement diminué au cours des dernières années puisqu'en 1983, les femmes avaient, en moyenne, 8,5 enfants. Un recul important de l'âge à la première naissance est, en grande partie, la cause de cette baisse. Par ailleurs, les niveaux de fécondité varient fortement en fonction du milieu et de la région de résidence, et surtout en fonction du niveau d'instruction. Les femmes ayant dépassé le niveau d'instruction primaire (4,3 enfants) ont, en moyenne, plus d'un enfant de moins que celles ayant seulement un niveau d'instruction primaire (5,9 enfants), et près de trois enfants de moins que celles qui n'ont jamais fréquenté l'école (7,0 enfants).

Au moment de l'enquête, 10 pour cent des adolescentes de 15-19 ans avaient déjà eu, au moins, un enfant ou étaient enceintes pour la première fois. En outre, cette proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde varie fortement selon la région de résidence et le niveau d'instruction (de 3 pour cent chez les adolescentes ayant dépassé le niveau d'instruction primaire, à 22 pour cent chez celles sans instruction). L'augmentation du niveau d'instruction de la femme apparaît donc ici comme un facteur déterminant de la baisse de la fécondité.

CHAPITRE 4

PLANIFICATION FAMILIALE

Au cours de l'EDSR, on a demandé aux femmes interrogées et à leur mari quelles méthodes de contraception ils connaissaient. On s'est ensuite intéressé à l'utilisation passée et/ou actuelle de la contraception, ainsi qu'à l'intention de son utilisation dans le futur. Enfin, on a demandé aux femmes si elles savaient où se procurer les différents moyens de contraception.

Les résultats obtenus à partir de ces questions permettent d'évaluer les actions entreprises en matière de planification familiale, et fournissent les informations indispensables pour étendre, renforcer et mieux cibler ces actions.

4.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

La connaissance des méthodes contraceptives, ainsi que celle du lieu où se les procurer sont les conditions préalables à toute utilisation de la contraception. La connaissance des méthodes a été appréhendée de deux façons différentes : connaissance spontanée et connaissance après description. L'enquêtrice a d'abord demandé à la femme quelles méthodes (aussi bien traditionnelles que modernes) elle connaissait. Ensuite pour les méthodes non citées spontanément, chaque méthode spécifique a été décrite par l'enquêtrice avant de demander à la femme si elle en avait déjà entendu parler. La même démarche a été suivie lors de l'enquête auprès des maris. Enfin, pour chaque méthode connue par une femme, on lui demandait si elle savait où se la procurer.

Les méthodes retenues dans le questionnaire peuvent être classées en deux catégories :

- **méthodes modernes** : pilule, DIU ou stérilet, injections, méthodes vaginales (diaphragme, mousse, gelée), condom ou préservatif masculin, stérilisation féminine (généralement, ligature des trompes), stérilisation masculine (vasectomie) et Norplant ;
- **méthodes traditionnelles** : continence périodique et retrait, ainsi que d'autres méthodes traditionnelles (herbes, écorces, etc.) et pratiques qui ont été enregistrées dans une catégorie "autres méthodes".

Les résultats obtenus montrent que la connaissance de la contraception est quasi générale au Rwanda : 98 pour cent des femmes ont déclaré connaître au moins une méthode et, si on se limite aux femmes en union, cette proportion atteint 99 pour cent (Tableau 4.1 et Graphique 4.1). S'agissant des seules méthodes modernes, les mêmes proportions de femmes en connaissent au moins une, alors que 73 pour cent de l'ensemble des femmes et 84 pour cent des femmes en union connaissent au moins une méthode traditionnelle. Le Tableau 4.1 donne également les proportions de femmes ayant déclaré connaître chaque méthode contraceptive spécifique. Parmi les méthodes modernes, les plus connues sont la pilule et les injections (97 pour cent des femmes en union dans les deux cas) et le condom (90 pour cent); la stérilisation féminine et le DIU sont légèrement moins connues (respectivement 75 et 70 pour cent), et 38 pour cent des femmes connaissent la stérilisation masculine, 36 pour cent connaissent le Norplant et 27 pour cent les spermicides. En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, 77 pour cent des femmes en union ont déclaré connaître la continence périodique et 62 pour cent connaissent le retrait.

Tableau 4.1 Connaissance des méthodes contraceptives et des sources des méthodes

Pourcentage de femmes et de femmes actuellement en union qui connaissent une méthode contraceptive et pourcentage de celles qui connaissent une source (pour informations ou services) et pourcentage de maris qui connaissent une méthode contraceptive, par méthode spécifique, EDS Rwanda 1992

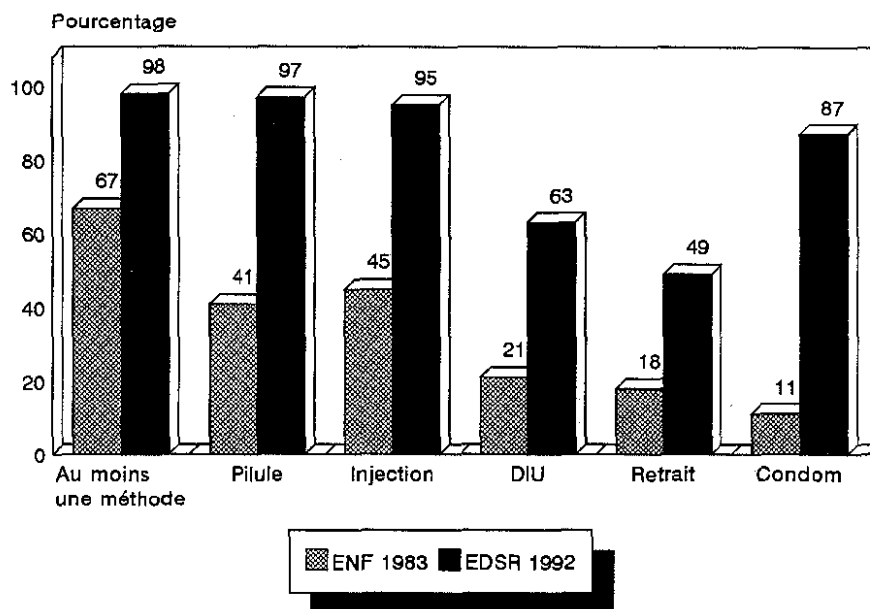
Méthode contraceptive	Connaît une méthode		Connaît une source		Mari connaît une méthode
	Toutes les femmes	Femmes actuellement en union	Toutes les femmes	Femmes actuellement en union	
N'importe quelle méthode	97,9	99,0	86,5	91,9	98,2
Méthode moderne	97,7	98,8	85,6	91,0	97,4
Pilule	93,6	96,7	80,9	87,7	90,7
DIU	62,9	69,7	51,0	58,9	62,0
Injection	94,5	97,3	81,4	87,9	91,9
Méthodes vaginales	22,8	27,0	19,3	23,1	29,9
Condom	86,9	89,7	69,1	75,2	93,5
Stérilisation féminine	69,7	75,2	54,7	61,8	80,0
Stérilisation masculine	32,9	37,6	27,0	32,0	58,2
Norplant	29,5	36,2	24,7	31,2	34,1
Méthode traditionnelle	72,8	84,4	53,2	62,8	93,6
Contenance périodique	66,8	77,2	53,2	62,8	89,3
Retrait	49,3	62,1	0,0	0,0	80,3
Autres méthodes	0,4	0,5	0,0	0,0	2,2
Effectif	6551	3785	6551	3785	598

Si l'on compare ces résultats à ceux obtenus lors de l'ENF de 1983 (Graphique 4.1), on peut noter une amélioration très importante de la connaissance des méthodes contraceptives, la proportion de femmes ayant déclaré connaître au moins une méthode étant passée de 67 pour cent en 1983 à 98 pour cent en 1992. De 1983 à 1992, c'est la connaissance du condom qui a le plus progressé, passant de 11 pour cent à 87 pour cent, la connaissance du DIU a triplé, et celle de la pilule et des injections a plus que doublé.

Les femmes rwandaises déclarent connaître, non seulement les méthodes contraceptives, mais aussi un endroit où les obtenir : 87 pour cent de l'ensemble des femmes et 92 pour cent des femmes en union sont dans ce cas. Si on se limite aux seules méthodes modernes, les mêmes proportions de femmes savent où se les procurer. Par contre, les endroits où obtenir des conseils sur les méthodes traditionnelles sont plus méconnues : 53 pour cent de l'ensemble des femmes et 63 pour cent de celles en union sauraient où s'adresser pour obtenir des informations ou conseils sur la façon d'utiliser la contenance périodique.

Selon les résultats du Tableau 4.1, il apparaît également que pratiquement tous les maris (98 pour cent) connaissent au moins une méthode contraceptive, qu'elle soit moderne (97 pour cent), ou qu'elle soit traditionnelle (94 pour cent). Ainsi, la connaissance des méthodes modernes est aussi importante parmi les femmes que parmi les maris, par contre les méthodes traditionnelles semblent mieux connues des maris que des femmes en union (94 pour cent contre 84 pour cent). Lors de l'ENF de 1983, 70 pour cent des maris avaient déclaré connaître, au moins, une méthode contraceptive. De 1983 à 1992, on assiste donc à une amélioration de la connaissance de la contraception aussi importante chez les maris que chez les femmes. Comme chez les femmes, de 1983 à 1992, c'est la connaissance du condom qui a le plus progressé, passant de 26 pour cent à 94 pour cent ; la connaissance du DIU a triplé, et celle de la pilule et des injections a plus que doublé.

Graphique 4.1
Connaissance de la contraception par les femmes
de 15-49 ans, 1983 et 1992



Le Tableau 4.2 présente les proportions de femmes en union ayant déclaré connaître des méthodes contraceptives et un endroit où se les procurer selon différentes caractéristiques socio-démographiques. La distinction par groupe d'âges quinquennaux montre que, quel que soit l'âge, presque toutes les femmes connaissent au moins une méthode contraceptive (de 98 à 100 pour cent), et même une méthode moderne (de 97 à 99 pour cent). La connaissance des sources pour obtenir des contraceptifs varie légèrement plus mais, même parmi les femmes les plus âgées, 82 pour cent savent où se les procurer. Du point de vue du milieu et de la région de résidence, on n'observe pratiquement aucune différence dans la connaissance de la planification familiale. Enfin, si les résultats selon le niveau d'instruction montrent de légers écarts entre les femmes les plus instruites et celles sans instruction, il faut souligner que, même parmi ces dernières, 98 pour cent connaissent au moins une méthode moderne de contraception et 87 pour cent savent où se l'obtenir.

Tableau 4.2. Connaissance des méthodes contraceptives modernes et des sources des méthodes

Pourcentage de femmes actuellement en union connaissant au moins une méthode moderne et pourcentage de celles connaissant une source (pour informations ou services), par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne ¹	Connaît une source pour méthode moderne	Effectif de femmes
Groupe d'âges				
15-19	100,0	99,1	86,8	123
20-24	98,2	98,0	90,1	619
25-29	99,7	99,6	93,6	802
30-34	99,3	99,2	92,7	846
35-39	98,9	98,9	93,2	605
40-44	99,1	98,8	88,8	485
45-49	98,0	97,3	81,8	304
Milieu de résidence				
Urbain	99,8	99,8	92,4	191
Rural	99,0	98,8	90,9	3594
Préfecture				
Kigali	99,8	99,8	92,6	615
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	98,6	98,2	90,1	1116
Cyangugu/Gikongoro	98,4	97,9	90,1	553
Butare/Gitarama	99,3	99,1	91,1	841
Byumba/Kibungo	99,3	99,3	91,5	660
Niveau d'instruction				
Aucun	98,3	98,1	87,1	1746
Primaire	99,6	99,4	93,8	1837
Post-primaire ou plus	100,0	100,0	98,6	203
Ensemble	99,0	98,8	91,0	3785

¹C'est-à-dire: pilule, DIU, injection, méthodes vaginales (spermicides, diaphragmes,...), condom, stérilisations féminine et masculine et Norplant.

4.2 PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

La pratique de la contraception chez les femmes enquêtées est définie comme l'utilisation d'au moins une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie féconde. Aux femmes qui avaient déclaré connaître, au moins, une méthode de contraception, les enquêtrices ont demandé si elles avaient déjà utilisé cette ou ces méthodes. Ces informations permettent de mesurer le niveau de pratique de la contraception à un moment quelconque de la vie féconde des femmes par type de méthode spécifique (Tableau 4.3). On a procédé de la même manière lors de l'enquête auprès des maris et les résultats de cette enquête, du même type que ceux concernant les femmes, figurent également au Tableau 4.3.

Sur l'ensemble des femmes, 29 pour cent ont déjà utilisé, au moins, une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie, et cette proportion atteint 42 pour cent chez les seules femmes en union, les méthodes modernes ayant été utilisées autant que les méthodes traditionnelles : 17 pour cent pour chaque type de méthode parmi l'ensemble des femmes et 25 pour cent parmi les femmes en union. Quelle que soit la

Tableau 4.3 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Pourcentage de femmes, de femmes actuellement en union et de maris ayant déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode spécifique, selon l'âge, EDS Rwanda 1992

Groupe d'âges	N'im- porte quelle méthode	N'im- porte quelle méthode moderne	Méthodes modernes								N'im- porte quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles			Effectif	
			Pil- ule	DIU	Injec- tion	Méth. vagi- nales	Con- dom	Stéril. fémin.	Stéril. mascul.	Norplant		Contin. péri- odique	Retrait	Autres		
TOUTES LES FEMMES																
15-19	2,6	1,3	0,7	0,1	0,5	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	1,2	0,4	0,0	1464
20-24	19,7	8,8	4,2	0,1	5,3	0,0	0,9	0,1	0,0	0,1	13,0	8,8	7,0	0,0	1247	
25-29	39,7	22,8	11,2	0,6	14,5	0,4	2,5	0,1	0,0	0,4	23,5	17,5	13,0	0,0	1050	
30-34	43,6	28,1	13,5	0,9	18,9	0,2	1,4	0,6	0,1	0,8	23,0	17,5	11,5	0,0	1030	
35-39	44,8	28,4	12,8	1,8	22,1	0,3	1,4	0,6	0,0	0,7	24,9	17,6	12,6	0,4	745	
40-44	45,3	28,1	10,9	1,3	21,7	0,2	1,6	1,5	0,0	0,4	27,5	18,4	14,8	0,0	615	
45-49	28,9	14,0	4,5	0,7	10,4	0,0	0,3	1,5	0,3	0,3	19,0	13,5	10,2	0,1	399	
Ensemble	28,7	16,8	7,6	0,6	11,6	0,2	1,2	0,4	0,0	0,3	16,8	12,1	8,8	0,1	6551	
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																
15-19	16,0	8,6	4,9	0,3	4,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	8,6	5,6	4,9	0,0	123	
20-24	32,0	13,2	6,8	0,1	8,5	0,0	0,6	0,2	0,0	0,2	21,5	13,6	13,1	0,0	619	
25-29	43,6	25,3	12,9	0,6	15,6	0,4	2,5	0,2	0,0	0,5	26,0	19,3	15,2	0,0	802	
30-34	47,1	29,8	14,5	1,0	19,7	0,3	1,5	0,8	0,1	0,9	25,7	19,5	13,2	0,0	846	
35-39	47,9	30,0	13,7	2,1	23,2	0,4	1,3	0,6	0,0	0,9	27,2	18,7	13,2	0,4	605	
40-44	51,1	33,1	12,8	1,4	26,2	0,3	2,1	1,8	0,0	0,5	29,7	20,1	15,8	0,0	485	
45-49	33,5	16,7	5,2	0,9	12,0	0,0	0,4	2,0	0,4	0,4	21,7	15,6	11,5	0,1	304	
Ensemble	42,4	24,8	11,5	1,0	17,3	0,2	1,5	0,7	0,1	0,6	24,9	17,7	13,5	0,1	3785	
MARIS																
Ensemble	51,8	25,8	13,1	0,6	15,4	0,4	5,0	0,6	0,2	0,7	39,3	33,9	16,7	0,6	598	

situation matrimoniale de la femme, les injections et la pilule sont les deux méthodes scientifiques les plus utilisées par, respectivement, 17 et 12 pour cent des femmes mariées, alors que la continence périodique (18 pour cent) et le retrait (14 pour cent) sont les moyens naturels de contraception dont les femmes rwandaises en union se sont le plus servies.

Pour l'ensemble des méthodes et pour les seules méthodes modernes, c'est parmi les femmes de 25 à 44 ans que l'utilisation a été la plus importante : 40 pour cent et plus de l'ensemble des femmes de cette tranche d'âges ont déjà utilisé un moyen de contraception et, si on se limite à la tranche d'âges 30-44 ans, la proportion d'utilisatrices atteint 44 pour cent et plus. En outre, dans ce dernier groupe d'âges, la pratique de la contraception moderne a concerné 28 pour cent et plus des femmes.

Parmi les femmes en union, mis à part les plus jeunes (15-19 ans) qui ne sont que 16 pour cent à avoir utilisé une méthode, la pratique contraceptive concerne plus d'une femme sur trois, elle atteint 44 pour cent et plus entre 25 et 39 ans, et plus d'une femme de 40-44 ans sur deux (51 pour cent) a déjà utilisé une méthode. Pour les seules méthodes modernes, la pratique contraceptive varie de 30 à 33 pour cent entre 30 et 44 ans. Ainsi, mis à part chez les adolescentes, une forte proportion de femmes rwandaises, quel que soit leur âge, ont déjà utilisé la contraception.

On notera enfin que l'éventail des méthodes utilisées varie peu selon l'âge de la femme. Cependant, chez les femmes les plus jeunes (moins de 30 ans) et chez celles les plus âgées (45-49 ans) les méthodes naturelles sont légèrement plus utilisées que les méthodes modernes, alors que le phénomène inverse s'observe chez les femmes de 35-44 ans. Ainsi, les femmes qui ont le plus utilisé la contraception sont également celles qui se sont le plus servies des moyens anticonceptionnels modernes.

Plus d'un mari sur deux (52 pour cent) a déclaré avoir déjà utilisé une méthode quelconque de contraception (Tableau 4.3) : ce niveau d'utilisation passée est largement supérieur à celui des femmes en union (42 pour cent). Pourtant, si l'on compare l'utilisation par méthode spécifique, on peut constater que les résultats relatifs aux maris diffèrent assez peu de ceux relatifs aux femmes en union, sauf dans le cas de la continence périodique que 18 pour cent des femmes en union ont déclaré avoir déjà utilisé contre 34 pour cent des maris. Un tel écart résulte très certainement d'une surestimation du niveau d'utilisation de la continence périodique par les maris qui ne savent peut-être pas toujours avec précision ce que signifie la pratique de cette méthode. Le niveau d'utilisation passée de la contraception pour l'ensemble des méthodes est donc surestimé pour les maris. On notera enfin que les maris ont plus utilisé le condom que les femmes en union (5 pour cent contre un peu moins de 2 pour cent) bien que, globalement, cette méthode reste assez peu utilisée.

4.3 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

La prévalence contraceptive correspond au pourcentage de femmes en âge de reproduction qui utilisent une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête. Le même type d'indicateur est calculé pour les maris. Environ une femme sur sept (14 pour cent) et une femme en union sur cinq (21 pour cent) utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête (Tableau 4.4). Alors que les mêmes proportions de femmes ont déclaré avoir déjà utilisé des méthodes modernes et/ou des méthodes traditionnelles à un moment quelconque de leur vie, au moment de l'EDSR, les méthodes scientifiques étaient beaucoup plus utilisées que les méthodes naturelles : 9 pour cent contre 5 pour cent parmi l'ensemble des femmes et 13 pour cent contre 8 pour cent parmi les seules femmes en union.

Qu'il s'agisse de l'ensemble des femmes ou des femmes mariées, la prévalence contraceptive la plus élevée se retrouve, comme pour l'utilisation à un moment quelconque, parmi les femmes de 30-44 ans. La même tendance s'observe pour les méthodes modernes; par contre, les femmes les plus âgées (40-49 ans) sont celles qui utilisent le plus les méthodes traditionnelles.

Le Graphique 4.2 met en évidence l'augmentation très importante de la prévalence contraceptive de 1983 à 1992. On constate que la proportion d'utilisatrices a presque doublé entre les deux dates (de 11 à 21 pour cent), et que cette augmentation est due à un accroissement extrêmement important de l'utilisation des méthodes modernes, passant de 1 à 13 pour cent, alors que les méthodes traditionnelles étaient légèrement moins utilisées (8 pour cent contre 10 pour cent).¹

¹ Il faut noter que la prévalence contraceptive à laquelle on fait référence ici correspond, en 1983, aux femmes en union et fertiles, alors qu'en 1992, il s'agit simplement des femmes en union. Calculée sur la même catégorie de population aux deux dates, la prévalence serait alors, soit plus faible, en 1983, soit plus élevée, en 1992 : de ce fait, l'augmentation de l'utilisation de la contraception observée entre les deux dates est encore plus importante qu'il n'apparaît. En outre, en 1983, l'abstinence prolongée a été considérée comme une méthode contraceptive, ce qui n'a pas été le cas en 1992. Pour cette seconde raison, l'écart entre les résultats de l'ENF et ceux de l'EDSR est encore plus important en ce qui concerne l'utilisation de la contraception et la légère baisse observée dans l'utilisation des méthodes traditionnelles entre les deux dates correspond, peut-être, en fait, à une légère augmentation.

Tableau 4.4 Utilisation actuelle de la contraception

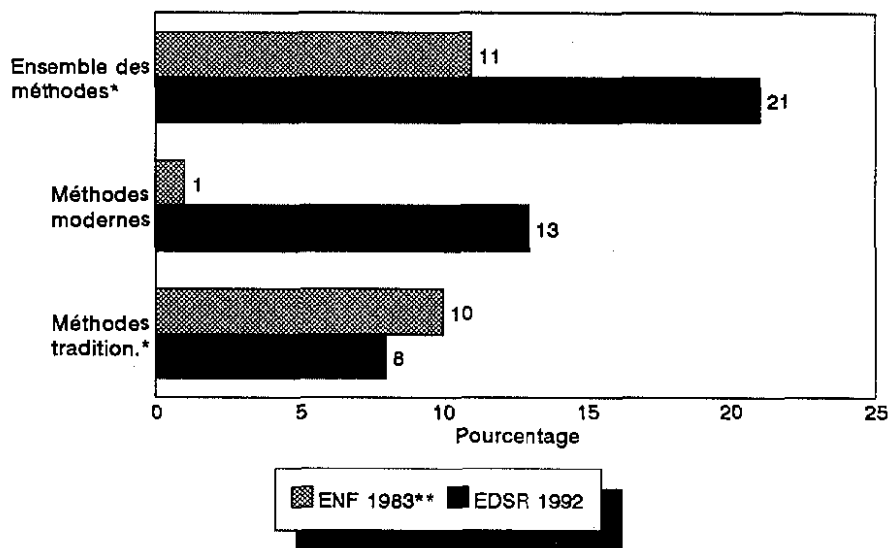
Répartition (en %) de toutes les femmes, des femmes actuellement en union et des maris, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon l'âge, EDS Rwanda 1992

Groupe d'âges	N'im- porte quelle méthode	N'im- porte quelle méthode moderne	Pil- ule	Méthodes modernes ¹						N'im- porte quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles			Total	Effectif	
				DIU	Injec- tion	Méth. vagi- nales	Con- dom	Stéril. fémin.	Nor- plant		Contin. péri- odique	Retrait	Autres			Aucune méthode
TOUTES LES FEMMES																
15-19	1,5	1,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,0	0,6	0,3	0,2	0,0	98,5	100,0	1464
20-24	8,9	4,9	1,2	0,1	3,2	0,0	0,2	0,1	0,1	4,0	2,3	1,7	0,0	91,1	100,0	1247
25-29	15,8	9,7	3,3	0,0	5,6	0,0	0,4	0,1	0,3	6,0	4,1	1,8	0,1	84,2	100,0	1050
30-34	23,0	15,3	4,0	0,1	10,1	0,0	0,1	0,6	0,3	7,7	5,1	2,6	0,0	77,0	100,0	1030
35-39	20,0	13,9	1,8	0,6	10,2	0,0	0,2	0,6	0,5	6,1	4,9	1,0	0,2	80,0	100,0	745
40-44	25,6	15,2	3,1	0,2	9,7	0,0	0,6	1,5	0,2	10,4	6,0	4,4	0,0	74,4	100,0	615
45-49	15,6	6,9	0,7	0,3	4,7	0,0	0,0	1,2	0,0	8,7	5,2	3,5	0,0	84,4	100,0	399
Total	13,8	8,6	2,0	0,1	5,6	0,0	0,2	0,4	0,2	5,3	3,4	1,8	0,0	86,2	100,0	6551
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																
15-19	10,8	7,1	3,4	0,0	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	0,9	2,8	0,0	89,2	100,0	123
20-24	14,4	7,5	1,7	0,1	5,2	0,0	0,2	0,2	0,2	7,0	3,7	3,2	0,0	85,6	100,0	619
25-29	17,4	11,1	3,9	0,0	6,2	0,0	0,3	0,2	0,3	6,3	3,9	2,3	0,1	82,6	100,0	802
30-34	25,3	16,2	4,2	0,1	10,6	0,0	0,0	0,8	0,4	9,1	5,9	3,2	0,0	74,7	100,0	846
35-39	22,1	15,0	2,1	0,7	10,8	0,1	0,1	0,6	0,6	7,1	5,7	1,2	0,2	77,9	100,0	605
40-44	31,0	18,8	3,8	0,2	12,0	0,0	0,8	1,8	0,2	12,3	6,7	5,5	0,0	69,0	100,0	485
45-49	20,1	8,6	0,4	0,4	6,2	0,0	0,0	1,6	0,0	11,5	6,9	4,6	0,0	79,9	100,0	304
Total	21,2	12,9	3,0	0,2	8,4	0,0	0,2	0,7	0,3	8,3	5,1	3,1	0,1	78,8	100,0	3785
MARIS																
Total	34,5	12,7	3,2	0,2	7,8	0,0	0,2	0,8	0,4	21,8	17,9	3,7	0,2	65,5	100,0	598

¹Les méthodes vaginales et la stérilisation masculine n'apparaissent pas ici, leur prévalence étant nulle.

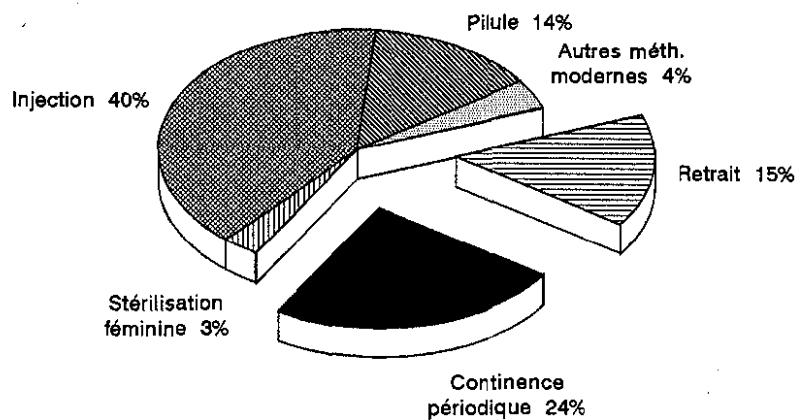
Quelle que soit la situation matrimoniale des femmes, les méthodes contraceptives les plus utilisées sont, par ordre d'importance, les injections, la continence périodique, la pilule et le retrait (Tableau 4.4 et Graphique 4.3). Les autres méthodes, en particulier les méthodes modernes, ne sont pratiquées que par une proportion marginale de rwandaises. Parmi les femmes en union utilisatrices de la contraception, 40 pour cent utilisent les injections, 24 pour cent pratiquent la continence périodique, 15 pour cent pratiquent le retrait et 14 pour cent prennent la pilule. Seulement 3 pour cent des utilisatrices sont stérilisées, et environ 1 pour cent utilisent le Norplant, le stérilet et le condom. En outre, aucune tendance à l'augmentation de la prévalence de ces dernières méthodes ne se dessine dans les générations les plus jeunes.

Graphique 4.2
Prévalence de la contraception parmi les femmes
de 15-49 ans en union, 1983 et 1992



* Y compris l'abstinence prolongée, pour 1983
 ** Femmes en union et fertiles

Graphique 4.3
Méthode utilisée par les utilisatrices
actuelles de la contraception



Note: Utilisatrices parmi les femmes de 15-49 ans en union

EDSR 1992

Évaluée du point de vue des maris (Tableau 4.4), la prévalence contraceptive (35 pour cent) est nettement supérieure à celle évaluée du point de vue des femmes en union (21 pour cent). En ce qui concerne les méthodes modernes, les proportions d'utilisateurs sont identiques pour les deux sexes, même en ce qui concerne le condom que seulement 0,2 pour cent de maris ont déclaré utiliser au moment de l'enquête. Comme pour l'utilisation passée, c'est la très forte proportion de maris *utilisateurs* de la continence périodique (18 pour cent, contre seulement 5 pour cent chez les femmes en union) qui provoque une surestimation de la prévalence contraceptive évaluée du point de vue des maris.

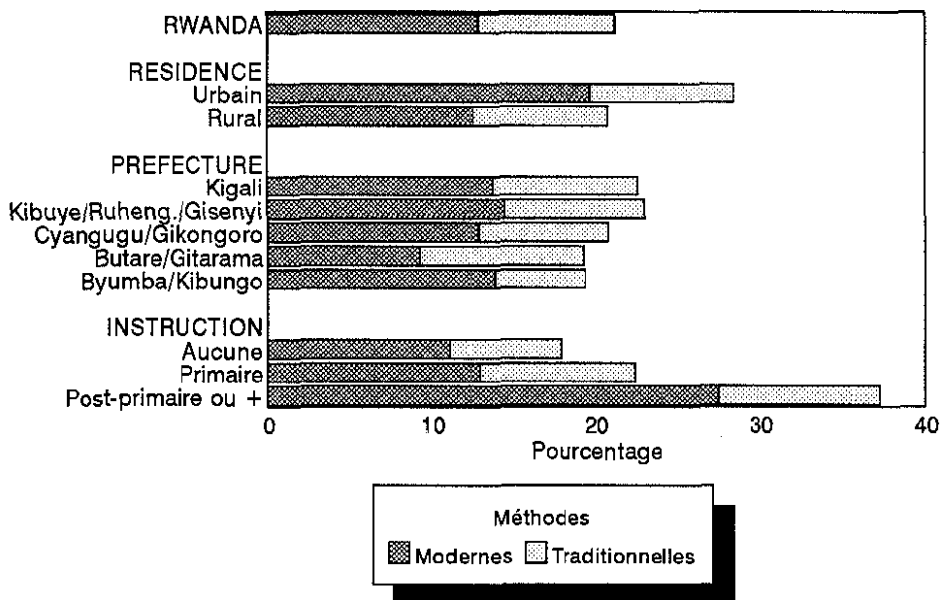
Les données du Tableau 4.5 et du Graphique 4.4 font apparaître des variations assez importantes de la prévalence contraceptive selon le milieu et la région de résidence, le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants.

Tableau 4.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des femmes actuellement en union, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristiques	N'im- porte quelle méthode	N'im- porte quelle méthode moderne	Méthodes modernes							N'im- porte quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles			Total	Effectif des femmes
			Pi- lule	DIU	Injec- tion	Méth. vagi- nales	Con- dom	Stéril. fémin.	Nor- plant		Contin. péri- dique	Retrait	Aucune méthode		
Milieu de résidence															
Urbain	28,4	19,7	5,5	1,8	7,7	0,4	2,0	1,3	0,9	8,7	5,9	2,8	71,6	100,0	191
Rural	20,8	12,6	2,9	0,1	8,5	0,0	0,1	0,7	0,3	8,2	5,1	3,1	79,2	100,0	3594
Préfecture															
Kigali	22,6	13,8	3,5	0,5	8,1	0,1	0,5	0,4	0,7	8,8	5,9	2,9	77,4	100,0	615
Kibuye/Ruhengeri/ Gisenyi	23,0	14,5	4,1	0,2	9,0	0,0	0,2	0,7	0,2	8,5	5,6	2,8	77,0	100,0	1116
Cyangugu/Gikongoro	20,8	12,9	2,8	0,2	8,8	0,0	0,0	1,0	0,2	7,9	4,2	3,5	79,2	100,0	553
Butare/Gitarama	19,3	9,3	2,1	0,2	5,4	0,0	0,4	0,7	0,6	10,0	5,8	4,2	80,7	100,0	841
Byumba/Kibungo	19,4	13,9	2,0	0,0	11,2	0,0	0,0	0,7	0,0	5,5	3,5	2,1	80,6	100,0	660
Niveau d'instruction															
Aucun	18,0	11,1	2,4	0,1	7,8	0,0	0,2	0,6	0,1	6,8	4,3	2,4	82,0	100,0	1746
Primaire	22,4	13,0	2,8	0,1	8,9	0,0	0,0	0,8	0,4	9,4	5,6	3,8	77,6	100,0	1837
Post-primaire ou plus	37,4	27,5	10,4	1,7	10,0	0,3	2,1	1,3	1,6	9,8	7,2	2,6	62,6	100,0	203
Nombre d'enfants vivants															
Aucun	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,8	0,4	98,8	100,0	297
1	11,2	5,1	1,9	0,1	2,7	0,0	0,3	0,2	0,0	6,1	3,2	2,9	88,8	100,0	556
2	19,5	11,6	3,3	0,2	7,1	0,0	0,1	0,5	0,4	7,9	5,1	2,8	80,5	100,0	574
3	20,9	13,6	4,0	0,3	6,6	0,1	0,2	2,0	0,4	7,3	5,0	2,4	79,1	100,0	525
4 ou plus	28,0	17,6	3,5	0,3	12,5	0,0	0,3	0,7	0,4	10,4	6,4	3,9	72,0	100,0	1833
Ensemble	21,2	12,9	3,0	0,2	8,4	0,0	0,2	0,7	0,3	8,3	5,1	3,1	78,8	100,0	3785

Graphique 4.4
Utilisation actuelle de la contraception
par les femmes de 15-49 ans en union



EDSR 1992

En milieu rural, 21 pour cent de femmes en union utilisent une méthode de contraception contre 28 pour cent en milieu urbain. En outre, il faut souligner que cet écart est uniquement dû à une pratique beaucoup plus importante des méthodes modernes en ville (20 pour cent) par rapport au milieu rural (13 pour cent), les méthodes traditionnelles étant autant utilisées dans les deux milieux (environ 8 pour cent).

Du point de vue régional, ce sont les femmes des préfectures de Kigali et celles de Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi qui pratiquent le plus la contraception : 23 pour cent dans chaque région pour l'ensemble des méthodes et environ 14 pour cent pour les seules méthodes modernes. Si ce résultat n'est guère surprenant pour les préfectures de Kigali qui connaît l'un des niveaux de fécondité les plus faibles du pays, il n'en est pas de même pour Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi où l'ISF est le plus élevé du Rwanda (7,2 enfants par femme). A l'opposé, Butare/Gitarama qui ont une faible fécondité (5,2 enfants par femme) sont les préfectures où la prévalence contraceptive est la plus faible : 19 pour cent pour l'ensemble des méthodes et 9 pour cent pour la contraception moderne. Ainsi, si l'augmentation de la prévalence contraceptive est en grande partie responsable de la baisse de la fécondité observée au Rwanda, d'autres facteurs, tels que le recul de l'âge au mariage et aux premiers rapports sexuels, particulièrement important à Butare/Gitarama, ont également joué un rôle essentiel dans cette baisse.

Comme attendu, le niveau d'instruction influence très fortement l'utilisation de la contraception : la prévalence contraceptive est deux fois plus élevée chez les femmes ayant un niveau supérieur au primaire que chez les femmes sans instruction (37 pour cent contre 18 pour cent). Si on se limite aux seules méthodes modernes, l'écart est encore plus important puisque la proportion d'utilisatrices passe de 11 pour cent chez les femmes sans instruction à 28 pour cent chez les femmes les plus éduquées (post-primaire et plus). On notera néanmoins que la prévalence contraceptive parmi les femmes ayant un niveau primaire n'est pas beaucoup plus élevée que parmi les femmes sans instruction (13 pour cent contre 11 pour cent pour les méthodes modernes); c'est surtout en passant du niveau primaire au niveau supérieur que l'augmentation de

la prévalence est très importante puisqu'elle passe de 13 pour cent à 28 pour cent. Quel que soit le niveau d'instruction, les méthodes modernes sont toujours les méthodes les plus utilisées mais, en dehors des injections et de la pilule, les autres méthodes modernes n'occupent qu'une place insignifiante, sauf chez les femmes de niveau post-primaire ou plus.

Sur un autre plan, le Tableau 4.5 indique que la pratique actuelle de la contraception augmente avec le nombre d'enfants vivants. Pour l'ensemble des méthodes, la prévalence, pratiquement nulle chez les femmes sans enfant, atteint 11 pour cent chez les mères d'un enfant et augmente avec la parité pour atteindre 28 pour cent chez celles qui ont quatre enfants ou plus. Pour les seules méthodes modernes, le taux d'utilisation passe de 5 pour cent chez les femmes ayant un seul enfant à 18 pour cent chez celles ayant quatre enfants ou plus.

4.4 NOMBRE D'ENFANTS A LA PREMIERE UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction de la parité atteinte à ce moment-là, répondre à des objectifs différents : retard de la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfant, espacement des naissances si la contraception débute à des parités faibles, ou encore limitation de la descendance lorsque la contraception commence à des parités élevées, c'est-à-dire lorsque le nombre d'enfants désirés est déjà atteint.

Le Tableau 4.6 présente, par groupe d'âges, la répartition des femmes en union en fonction du nombre d'enfants vivants qu'elles avaient au moment où elles ont utilisé la contraception pour la première fois.

Tableau 4.6 Nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception

Répartition (en %) des femmes non-célibataires par nombre d'enfants vivants lors de la première utilisation de la contraception, selon l'âge actuel, EDS Rwanda 1992

Age actuel	Jamais utilisé la contraception	Nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception					ND	Total	Effectif de femmes
		0	1	2	3	4+			
15-19	85,2	2,4	11,4	1,0	0,0	0,0	0,0	100,0	143
20-24	68,6	4,7	17,6	7,3	1,3	0,3	0,2	100,0	687
25-29	56,9	1,3	17,1	14,3	6,2	4,2	0,0	100,0	894
30-34	55,2	0,3	7,9	11,8	8,2	16,3	0,2	100,0	986
35-39	54,7	0,3	4,1	5,7	6,7	28,0	0,5	100,0	734
40-44	54,4	0,0	4,0	3,5	5,7	31,4	0,9	100,0	612
45-49	71,2	0,0	1,8	1,0	3,2	22,6	0,3	100,0	397
Ensemble	59,8	1,2	9,7	8,2	5,4	15,5	0,3	100,0	4451

Sur l'ensemble des femmes en union, seulement 1 pour cent ont déclaré avoir adopté une méthode contraceptive alors qu'elles n'avaient pas d'enfant, c'est-à-dire pour retarder une première naissance. Même si cette proportion augmente très légèrement chez les jeunes générations, elle n'atteint que 5 pour cent chez les femmes de 20-24 ans : ceci confirme ce qui a été signalé précédemment (voir Chapitre 3 - Fécondité) à savoir que, malgré la baisse de la fécondité, les rwandaises continuent à avoir rapidement leurs premiers enfants dans le cadre de l'union. Pour les femmes commençant la pratique de la contraception après la naissance du premier enfant, on note une nette augmentation des proportions, passant de 2 pour cent pour les

générations les plus anciennes (45-49 ans) à 18 pour cent pour les générations les plus récentes (20-24 ans).² La même tendance se dessine chez les femmes commençant à utiliser une méthode après la naissance du deuxième enfant : elles ne sont que 1 pour cent à 45-49 ans contre 14 pour cent à 25-29 ans.³ Cela semble indiquer que, de nos jours, l'utilisation de la contraception correspond de plus en plus à une volonté d'espacement des naissances et même, peut-être, à un désir de limiter la taille de la famille dès que la parité désirée est atteinte.

4.5 CONNAISSANCE DE LA PERIODE FECONDE

Pour pouvoir mesurer le degré de connaissance des femmes à propos de la période de fécondabilité au cours du cycle menstruel, on a demandé aux enquêtées si elles pensaient, qu'au cours du cycle, il existait une période pendant laquelle elles avaient plus de chances de tomber enceinte et, si oui, à quel moment du cycle se situait cette période. Compte tenu des très nombreuses nuances que peuvent comporter les réponses à cette dernière question, au Tableau 4.7, on a essayé de regrouper les réponses en trois grandes catégories :

- connaissance : "milieu du cycle";
- connaissance douteuse : "juste après la fin des règles" et "juste avant le début des règles." Ces réponses sont trop vagues pour pouvoir être considérées comme exactes mais, selon l'idée que se font les femmes du "juste avant" et du "juste après," elles peuvent correspondre à la période de fécondabilité;
- méconnaissance : "pendant les règles," "n'importe quand," "autre," et "ne sait pas."

Tableau 4.7 Connaissance de la période féconde

Répartition (en %) de toutes les femmes et de celles ayant déjà pratiqué la continence périodique selon leur connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel, EDS Rwanda 1992

Connaissance de la période féconde	Toutes les femmes	Femmes ayant déjà utilisé la continence périodique
Connaissance		
Au milieu du cycle	18,4	31,8
Connaissance douteuse		
Juste après les règles	41,6	45,3
Juste avant les règles	5,2	2,8
Ne connaît pas		
Pendant les règles	5,5	3,6
A n'importe quel moment	1,1	0,6
Autre	5,7	9,0
Ne sait pas	22,5	6,8
Non déclaré	0,1	0,1
Total	100,0	100,0
Effectif de femmes	6551	790

Une femme sur trois (35 pour cent) n'a aucune idée de l'existence d'une période particulière ou ne sait pas situer correctement cette période, 47 pour cent en ont une connaissance douteuse et seulement 18 pour cent des enquêtées ont une connaissance précise de la période où une femme a le plus de chances de tomber enceinte. Si on se limite aux seules femmes ayant déjà utilisé la continence périodique comme méthode de contraception, et qui doivent parfaitement connaître leur cycle pour utiliser efficacement cette méthode, leur connaissance de la période de fécondabilité est nettement meilleure (32 pour cent); cependant, 48 pour cent de ces femmes n'en ont qu'une connaissance douteuse et surtout une utilisatrice de la continence périodique sur cinq (20 pour cent) ne sait pas situer la période au cours de laquelle elle doit s'abstenir de rapports sexuels et sa pratique est donc vouée à l'échec.

² On n'a pas pris en compte les femmes de 15-19 ans dans la mesure où la quasi totalité d'entre elles (92 pour cent) n'ont pas encore de premier enfant.

³ Ici, les femmes de 20-24 ans ne sont pas prises en compte dans la mesure où près de la moitié d'entre elles ne sont même pas mère d'un premier enfant.

Ce résultat mérite d'être souligné dans la mesure où la continence périodique a été largement utilisée au Rwanda (par 18 pour cent des femmes en union) et correspondait encore, au moment de l'enquête, à la deuxième méthode de contraception la plus utilisée, avec 5 pour cent de prévalence chez les femmes mariées. Une éducation des femmes pour améliorer la connaissance de leur cycle accroît donc très nettement l'efficacité de cette méthode.

4.6 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION

Pour évaluer la contribution des secteurs public et privé dans la distribution ou la vente des différentes méthodes modernes de contraception, on a demandé aux utilisatrices actuelles d'identifier l'endroit où elles obtiennent leur méthode. Dans leur très grande majorité, les femmes utilisatrices de la contraception moderne s'approvisionnent auprès du secteur public (96 pour cent) (voir Tableau 4.8). Le Tableau 4.8 et le Graphique 4.5 font apparaître que pour obtenir leur méthode, les femmes s'adressent principalement aux centres de santé (66 pour cent) et aux hôpitaux (21 pour cent), les postes secondaires de planning familial occupant une place plus modeste (9 pour cent). On notera que les hôpitaux sont beaucoup plus utilisés que les centres de santé quand la méthode nécessite une intervention médicale (92 pour cent pour la stérilisation féminine et 84 pour cent pour le DIU) alors que, pour les méthodes dont l'administration demande moins de compétence médicale, les centres de santé sont les plus utilisés (74 pour cent pour la pilule et 71 pour cent pour les injections). Le secteur privé n'approvisionne que 2 pour cent des femmes et ce n'est que dans le cas du condom, très peu utilisé, qu'il joue un rôle appréciable (24 pour cent).

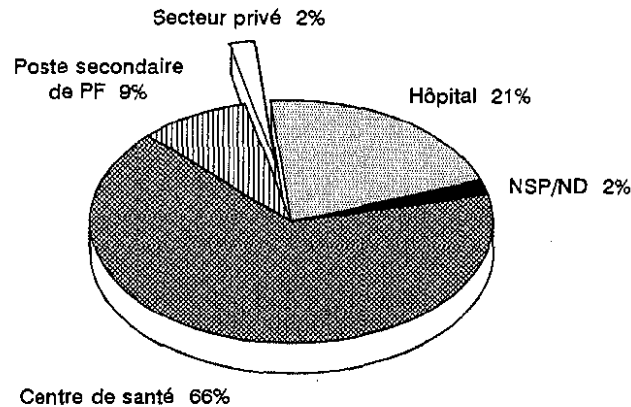
Tableau 4.8 Source d'approvisionnement en contraceptifs modernes

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement la plus récente, selon les méthodes spécifiques, EDS Rwanda 1992

Source d'approvisionnement	Pilule	DIU	Injection	Condom	Stéril. féminine	Norplant	Ensemble ¹
Secteur public	98,1	100,0	97,2	60,0	93,2	97,1	96,3
Hôpital	16,7	84,4	14,6	22,4	91,9	49,7	21,1
Centre de santé	73,7	15,6	71,2	32,7	1,3	37,9	65,7
Poste secondaire de planning familial	7,7	0,0	11,4	4,9	0,0	9,5	9,5
Secteur médical privé	0,8	0,0	1,3	24,3	1,3	0,0	1,8
NSP	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,3
ND	1,1	0,0	1,0	15,7	5,5	2,9	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	133,0	10,0	364,0	15,0	27,0	12,0	560,0

¹Y compris le diaphragme et les spermicides

Graphique 4.5
Sources d'approvisionnement
de la contraception moderne



EDSR 1992

4.7 UTILISATION FUTURE ET METHODES CONTRACEPTIVES PREFEREES

On a demandé aux femmes en union qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête si elles avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Au Tableau 4.9, où l'on a distingué les femmes ayant déjà utilisé une méthode et celles n'en ayant jamais utilisé, figure la répartition des femmes par intention d'utilisation future des moyens contraceptifs, selon le nombre d'enfants nés vivants.

Il apparaît que la grande majorité des femmes non utilisatrices de la contraception (62 pour cent) ont l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir (Graphique 4.6). Parmi ces femmes, ce sont surtout celles n'ayant jamais pratiqué la contraception qui ont l'intention de devenir des utilisatrices (42 pour cent parmi les 62 pour cent) par contre, pour seulement un tiers des femmes ayant l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, il s'agira d'une réutilisation (21 pour cent parmi les 62 pour cent). A l'opposé, 36 pour cent des enquêtées ont déclaré ne pas envisager d'utiliser la contraception dans l'avenir : il s'agit presque uniquement de femmes qui n'ont jamais été des utilisatrices.

Aux femmes ayant l'intention d'utiliser une méthode dans le futur, on a demandé si elles avaient l'intention de l'utiliser dans les 12 prochains mois. La majorité des enquêtées qui prévoient de devenir des utilisatrices (50 pour cent parmi les 62 pour cent) pensent pratiquer la contraception dans un avenir proche, défini ici comme les douze prochains mois. On peut penser que, pour ces femmes, il ne s'agit pas d'une intention vague, mais d'une décision déjà plus ferme et qu'elles deviendront donc rapidement des utilisatrices.

Tableau 4.9 Utilisation future de la contraception

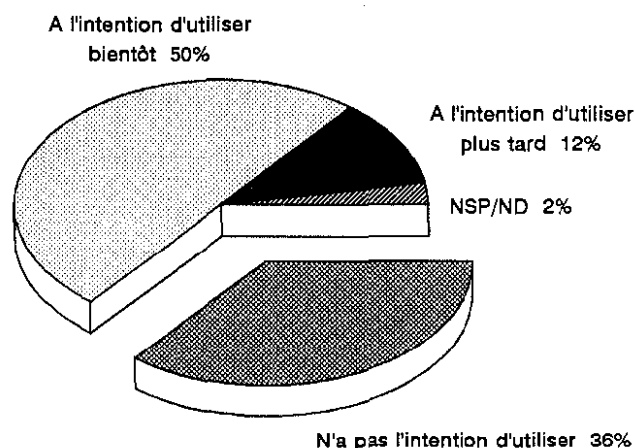
Répartition (en %) des femmes actuellement en union n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive, par intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, selon le nombre d'enfants vivants et selon l'expérience passée en matière de contraception, EDS Rwanda 1992

Intention d'utiliser dans le futur	Nombre d'enfants vivants ¹					Ensemble
	0	1	2	3	4 ou +	
N'a jamais utilisé la contraception						
Intention d'utiliser dans les 12 prochains mois	4,5	35,7	36,0	33,6	31,5	31,6
Intention d'utiliser plus tard	26,2	14,3	11,2	5,7	5,2	9,0
Intention NSP quand	0,2	0,7	0,5	0,8	0,3	0,5
N'est pas sûre d'utiliser	1,8	1,8	1,7	0,3	1,1	1,2
N'a pas l'intention d'utiliser	61,1	33,7	24,9	28,2	27,7	30,4
ND	0,0	0,1	0,5	0,5	0,3	0,3
A déjà utilisé la contraception						
Intention d'utiliser dans les 12 prochains mois	1,4	6,5	15,8	21,1	24,8	18,3
Intention d'utiliser plus tard	0,2	2,4	3,5	3,4	2,4	2,6
Intention NSP quand	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2	0,1
N'est pas sûre d'utiliser	0,0	0,1	1,0	0,3	0,2	0,3
N'a pas l'intention d'utiliser	4,7	4,7	4,7	5,7	6,1	5,5
ND	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Toutes les femmes actuellement en union et non utilisatrices						
Intention d'utiliser dans les 12 prochains mois	5,9	42,3	51,8	54,7	56,4	49,8
Intention d'utiliser plus tard	26,4	16,7	14,7	9,1	7,6	11,6
Intention NSP quand	0,2	0,7	0,5	1,1	0,5	0,6
N'est pas sûre d'utiliser	1,8	1,9	2,7	0,5	1,3	1,6
N'a pas l'intention d'utiliser	65,7	38,4	29,6	33,8	33,7	35,9
ND	0,0	0,1	0,7	0,8	0,5	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	186	514	462	433	1389	2984

¹Y compris la grossesse actuelle.

Une femme sans enfant sur trois (33 pour cent) a l'intention d'utiliser la contraception mais, dans leur majorité (26 pour cent), ces femmes n'ont pas l'intention de le faire dans un avenir proche : très certainement elles attendront la venue du premier enfant avant de devenir des utilisatrices. Par contre, dès que les femmes ont un premier enfant, la proportion de celles qui envisagent d'utiliser une méthode et qui envisagent de le faire dans un proche avenir devient très importante : 42 pour cent parmi les mères d'un enfant, 52 pour cent parmi les mères de 2 enfants et 55 pour cent parmi les femmes de parité 3.

Graphique 4.6
Intention d'utiliser la contraception par les femmes
actuellement en union et non utilisatrices



EDSR 1992

Ces résultats confirment ceux déjà présentés sur l'utilisation actuelle de la contraception à savoir, qu'actuellement au Rwanda, le recours aux méthodes contraceptives répond de plus en plus à un désir d'espacement des naissances et peut-être, également, à une volonté de limiter la descendance dès que le nombre d'enfants désirés est atteint.

Aux femmes qui ont déclaré ne pas envisager d'utiliser la contraception, on a demandé pour quelle raison elles avaient cette position. D'après le Tableau 4.10, on se rend compte que le désir d'avoir des enfants est la principale raison invoquée (36 pour cent) : cette raison a été invoquée beaucoup plus fréquemment par les femmes les plus jeunes (62 pour cent à moins de 30 ans) que par les femmes plus âgées (23 pour cent à 30 ans et plus). Cependant, il faut noter qu'en dehors du fait d'avoir des enfants, les femmes de 30 ans et plus invoquent surtout la difficulté de tomber enceinte (10 pour cent) ou la ménopause et la stérilisation (31 pour cent) comme principale raison de non intention d'utilisation de la contraception. Tous âges confondus, les problèmes de santé et les effets secondaires constituent l'une des principales raisons de non utilisation de la contraception le plus couramment avancée (11 pour cent), suivie par les motifs d'ordre socio-culturel (10 pour cent) tels que le fatalisme, la religion et l'opposition du conjoint et d'autres personnes. Les raisons relatives au manque d'information, au coût et aux difficultés d'obtention ne sont citées que par 4 pour cent des femmes.

Tableau 4.10 Raison de non-utilisation de la contraception

Répartition (en %) des femmes n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive et n'ayant pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, selon la principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception, selon l'âge, EDS Rwanda 1992

Raison de non-utilisation de la contraception	Age		Tous les âges
	<30	30+	
Veut des enfants	61,5	23,4	35,7
Effets secondaires	6,1	7,9	7,3
Problèmes pour la santé	2,0	5,0	4,0
Manque d'information	4,7	2,5	3,2
Difficile à obtenir	0,0	0,3	0,2
Prix	0,0	0,2	0,1
Religion	2,8	2,1	2,4
Fataliste	4,2	5,4	5,0
Opposée au planning familial	0,0	0,2	0,1
Partenaire s'y oppose	4,9	1,5	2,6
Autres personnes désapprouvent	0,0	0,5	0,4
Rapports sexuels peu fréquents	2,0	3,4	2,9
Difficultés à tomber enceinte	6,2	9,6	8,5
Ménopause/Hystérectomie	0,4	30,8	21,0
Utilisation peu pratique	0,7	2,1	1,6
Non mariée	0,0	0,3	0,2
Autres raisons	2,6	3,4	3,2
Ne sait pas	1,4	1,3	1,3
ND	0,4	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	345	726	1072

Pour évaluer la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, on a demandé aux femmes en union ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, de préciser la méthode qu'elles préféreraient utiliser. Il ressort des données du Tableau 4.11 que la grande majorité des futures utilisatrices préféreraient utiliser les injections (41 pour cent), la pilule (22 pour cent) et la continence périodique (18 pour cent). Les autres méthodes modernes n'ont été citées que très rarement, sauf pour la stérilisation féminine et le Norplant mentionnés, réciproquement, dans 5 et 4 pour cent des cas.

Que les femmes aient exprimé l'intention d'utiliser la contraception dans un avenir proche ou non, les méthodes préférées restent les mêmes. Cependant, les futures contraceptrices devraient, du moins en intention, beaucoup plus utiliser les méthodes modernes que ne le font les femmes qui pratiquent aujourd'hui la contraception. Si l'on compare l'utilisation potentielle future à l'utilisation actuelle, on devrait assister à une diminution très nette de la proportion de femmes pratiquant le retrait, passant de 15 à 5 pour cent, et la continence périodique, passant de 24 à 18 pour cent. Ces baisses devraient être compensées par une nette augmentation de l'utilisation de la pilule (passant de 14 à 22 pour cent), du Norplant (passant de 1 à 4 pour cent) et de la stérilisation féminine (de 3 à 5 pour cent).

En outre, il est intéressant de noter que la quasi-totalité des femmes ont été capables de préciser leurs préférences, même si elles ne prévoient pas d'utiliser la contraception dans l'immédiat.

4.8 INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

L'utilisation des média comme support de l'information en matière de contraception peut être un moyen efficace de vulgarisation et de développement de la pratique contraceptive. Aussi a-t-on posé aux femmes la question suivante : "Durant le mois dernier, avez-vous entendu à la radio ou dans les journaux, des annonces à propos de la planification familiale :

- à la radio?
- dans les journaux?"

Le Tableau 4.12 montre qu'au total, la grande majorité des femmes (77 pour cent) n'avaient entendu aucun message au sujet de la planification familiale au cours du mois précédant l'enquête. Seulement 19 pour cent en avaient entendu parlé à la radio, 1 pour cent dans les journaux et 3 pour cent des femmes en avaient entendu parler par plusieurs moyens de communication (radio et journaux). Comme cela a été noté précédemment (voir Chapitre 2 - Caractéristiques des ménages et des enquêtées), la radio constitue le seul moyen d'information atteignant une part non négligeable de la population.

Malgré le faible niveau général d'information en matière de planification familiale, la distinction par milieu de résidence dénote des écarts importants : 79 pour cent des femmes du milieu rural n'ont reçu aucune information sur la contraception à travers les média au cours du mois précédant l'interview; cette proportion n'est que de 58 pour cent dans le milieu urbain. Du point de vue régional, on n'observe qu'assez peu d'écart, la proportion de femmes n'ayant pas été exposées à ce type d'information variant seulement de 73 pour cent dans les préfectures de Kigali à 83 pour cent à Cyangugu/Gikongoro. Par contre, la distinction par niveau d'instruction met en évidence des différences importantes, les femmes les plus instruites étant celles qui ont été le plus exposées à l'information sur la planification familiale (47 pour cent contre 18 pour cent chez les femmes sans instruction). Cependant, même chez les femmes ayant atteint un niveau post-primaire, 53 pour cent d'entre elles n'ont entendu ou lu aucune annonce sur la planification familiale pendant le mois précédant l'enquête.

Tableau 4.11 Méthode contraceptive préférée pour une utilisation future

Répartition (en %) des femmes actuellement en union n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive mais ayant l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par méthode préférée, selon l'intention de l'utiliser dans les 12 prochains mois ou plus tard, EDS Rwanda 1992

Méthode contraceptive préférée	Intention d'utiliser			Ensemble ¹
	Dans les 12 prochains mois	Après 12 mois	NSP quand	
Pilule	21,4	25,6	21,6	22,2
DIU	1,1	1,6	6,5	1,3
Injection	41,0	42,9	45,7	41,4
Méthodes vaginales	0,3	0,4	0,0	0,3
Condom	1,1	0,4	0,0	0,9
Stérilisation féminine	5,3	4,3	0,0	5,1
Stérilisation masculine	0,0	0,0	0,0	0,0
Norplant	4,0	2,4	0,0	3,6
Contenance périodique	18,6	13,8	13,1	17,6
Retrait	4,9	4,4	6,5	4,8
Autres	0,3	0,3	0,0	0,3
ND	2,1	3,7	6,5	2,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1487	347	17	1854

¹Y compris les non déterminés

Tableau 4.12 Messages sur la planification familiale diffusés par les média

Répartition (en %) de toutes les femmes selon qu'elles ont entendu ou lu un message diffusé par la radio ou les journaux sur la planification familiale dans le mois précédant l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Message sur la planification familiale				Total	Effectif de femmes
	Aucun	A la radio seulement	Dans les journaux seulement	A la radio et dans journaux		
Milieu de résidence						
Urbain	57,5	30,6	2,5	9,4	100,0	408
Rural	78,5	18,0	1,2	2,3	100,0	6143
Préfecture						
Kigali	73,1	21,6	2,0	3,4	100,0	1146
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	79,0	16,3	0,9	3,7	100,0	1723
Cyangugu/Gikongoro	83,0	13,2	1,1	2,7	100,0	954
Butare/Gitarama	75,1	21,6	1,3	1,9	100,0	1643
Byumba/Kibungo	76,4	20,2	1,3	2,0	100,0	1084
Niveau d'instruction						
Aucun	82,0	16,2	0,5	1,3	100,0	2488
Primaire	77,3	18,9	1,3	2,4	100,0	3544
Post-primaire ou plus	52,8	30,1	5,2	11,9	100,0	519
Ensemble	77,1	18,8	1,3	2,8	100,0	6551

Le programme de sensibilisation de l'ONAPO, qui s'est fixé pour objectif d'atteindre toutes les couches de la population, en particulier, en utilisant des animateurs communautaires de base (*Abakangurambaga*) explique certainement le fort niveau de connaissance de la contraception enregistré, alors qu'une faible proportion de femmes ont été exposées aux messages des planification familiale par l'intermédiaire des média.

4.9 OPINIONS ET ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

La connaissance des opinions et attitudes des femmes vis-à-vis de la planification familiale est un préalable à la mise en place de tout programme ou politique en la matière.

Dans le cas de l'EDSR, pour appréhender l'idée que se font les uns et les autres au sujet de la planification familiale, on a posé des questions relatives à :

- l'opinion des femmes sur la diffusion d'informations au sujet de la planification familiale à la radio et dans les journaux;
- la discussion éventuelle avec le conjoint à propos de la planification familiale;
- l'opinion des femmes sur l'utilisation de la contraception et l'idée qu'elles se font de l'opinion de leur mari en la matière.

D'après le Tableau 4.13, la quasi totalité des femmes (95 pour cent) sont favorables à la diffusion d'informations relatives à la planification familiale à la radio et dans les journaux; seulement 3 pour cent des enquêtées se sont montrées défavorables à ce type d'information. On notera en outre que cette opinion ne varie pratiquement pas quels que soient l'âge de la femme, son milieu, sa région de résidence et son niveau d'éducation. Il existe donc, au Rwanda, une très grande homogénéité d'opinion en ce qui concerne l'acceptation de la diffusion d'informations relatives à la planification familiale.

Tableau 4.13 Approbation de l'utilisation des média dans la diffusion de messages sur la planification familiale

Répartition (en %) de toutes les femmes selon qu'elles approuvent ou non la diffusion de messages sur la planification familiale à la radio et/ou dans les journaux, par âge et par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Appro- bation	Désappro- bation	Non déclaré	Total	Effectif de femmes
Age					
15-19	91,6	4,8	3,6	100,0	1464
20-24	96,3	2,2	1,5	100,0	1247
25-29	96,5	1,9	1,7	100,0	1050
30-34	96,5	2,2	1,3	100,0	1030
35-39	94,5	3,5	2,0	100,0	745
40-44	95,1	2,8	2,1	100,0	615
45-49	92,9	4,6	2,6	100,0	399
Milieu de résidence					
Urbain	95,9	3,5	0,7	100,0	408
Rural	94,7	3,1	2,2	100,0	6143
Préfecture					
Kigali	95,8	3,4	0,8	100,0	1146
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	93,2	3,0	3,8	100,0	1723
Cyangugu/Gikongoro	94,5	3,6	1,9	100,0	954
Butare/Gitarama	95,0	3,1	1,9	100,0	1643
Byumba/Kibungo	96,3	2,3	1,4	100,0	1084
Niveau d'Instruction					
Aucun	93,6	3,1	3,3	100,0	2488
Primaire	95,4	3,0	1,6	100,0	3544
Post-primaire ou plus	96,4	3,4	0,2	100,0	519
Ensemble	94,8	3,1	2,1	100,0	6551

Les discussions sur la planification familiale sont une pratique assez courante dans les familles rwandaises puisque 69 pour cent des femmes ont discuté, au moins une fois, de cette question avec leur conjoint au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (Tableau 4.14). Parmi ces femmes, près des quatre cinquième (52 pour cent) en ont discuté plus de deux fois durant l'année écoulée. Bien que les proportions de femmes ayant discuté avec leur conjoint ne varient qu'assez peu par âge, on notera que les femmes de 15-19 ans et surtout celles de 45-49 ans sont celles qui ont le moins fréquemment abordé la question de la planification familiale avec leur mari : 36 pour cent des femmes les plus jeunes et 48 pour cent des enquêtées les plus âgées n'ont jamais parlé de ce problème.

Tableau 4.14 Discussion de la planification familiale par le couple

Répartition (en %) des femmes actuellement en union connaissant une méthode contraceptive par nombre de fois qu'elles ont discuté de la planification familiale avec leur mari au cours de l'année ayant précédé l'enquête, selon l'âge actuel, EDS Rwanda 1992

Groupe d'âges	Nombre de discussions sur la planification familiale			NSP/ND	Total	Effectif de femmes
	Jamais	Une ou deux fois	Trois fois ou plus			
15-19	36,4	27,2	34,5	1,9	100,0	123
20-24	31,4	17,9	49,8	0,9	100,0	607
25-29	26,3	16,9	56,1	0,7	100,0	798
30-34	27,9	15,3	56,0	0,9	100,0	834
35-39	28,8	17,3	52,4	1,5	100,0	595
40-44	30,8	17,2	51,5	0,5	100,0	472
45-49	48,1	13,6	36,6	1,8	100,0	293
Ensemble	30,5	16,9	51,6	1,0	100,0	3722

Parmi les femmes en union qui connaissent au moins une méthode contraceptive, 93 pour cent approuvent la planification familiale (Tableau 4.15 et Graphique 4.7). Par ailleurs, on a essayé de rapprocher le point de vue de ces femmes de ce qu'en pense, d'après elles, leur mari. D'après ces rapprochements, il apparaît que plus des deux tiers des femmes qui approuvent la planification familiale pensent que leur mari est du même avis (69 pour cent par rapport à 93 pour cent) : si les femmes se font une idée exacte de l'opinion de leur mari, cela signifierait que 69 pour cent des couples approuveraient la planification familiale. Dans 11 pour cent des cas, la femme approuve la planification familiale, mais elle pense que son mari est contre. Parmi les femmes qui désapprouvent la planification familiale (5 pour cent), la majorité pensent que leur mari est du même avis (3 pour cent par rapport à 5 pour cent). Enfin, 14 pour cent des femmes, quelle que soit leur opinion, n'ont aucune idée de ce qu'en pense leur mari.

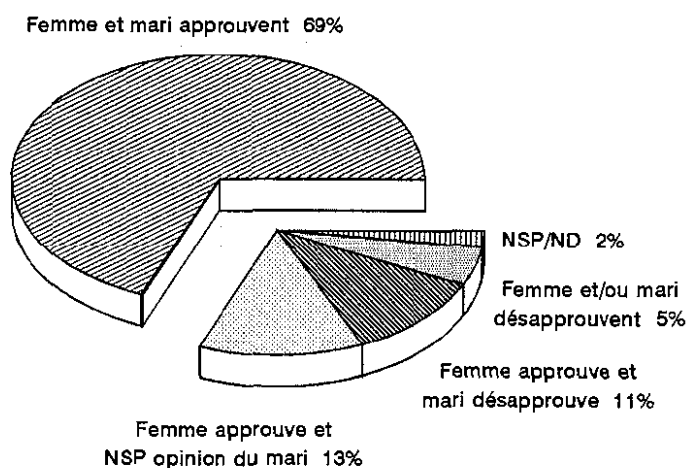
Du point de vue de l'âge, du milieu de résidence, de la région et du niveau d'instruction, on n'observe que peu de différences quant à l'approbation de la planification familiale par la femme : quelle que soit la catégorie, plus de 9 enquêtées sur 10 approuvent les couples qui utilisent une méthode de contraception, seules les femmes de 45-49 ans sont légèrement moins favorables que les autres à cette pratique (88 pour cent). De même, les proportions de maris qui, d'après leur femme, désapprouvent la contraception varient peu selon les différentes caractéristiques. Cependant, on notera que 15 pour cent des femmes sans instruction pensent que leur mari désapprouve la contraception contre 9 pour cent seulement quand la femme a un niveau d'instruction post-primaire.

Tableau 4.15 Opinion des couples face à la planification familiale

Répartition (en %) des femmes actuellement en union connaissant une méthode contraceptive selon leur opinion et leur perception de l'opinion de leur mari, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	L'enquêtée approuve et :			L'enquêtée désapprouve et :				Total	Effectif de femmes
	Pense que son mari approuve	Pense que son mari désapprouve	NSP l'opinion de son mari	Pense que son mari approuve	NSP l'opinion de son mari	Pense que son mari désapprouve	Non déclaré		
Age de l'enquêtée									
15-19	65,4	11,7	13,3	1,9	2,1	2,8	2,8	100,0	123
20-24	71,2	10,6	12,0	1,5	0,9	2,6	1,2	100,0	607
25-29	72,8	9,7	11,3	1,5	0,8	2,5	1,5	100,0	798
30-34	71,4	10,2	11,3	1,0	0,5	3,3	2,2	100,0	834
35-39	64,9	14,7	11,4	1,3	1,0	4,7	2,1	100,0	595
40-44	63,9	13,2	16,6	1,0	1,9	1,4	1,9	100,0	472
45-49	61,9	9,3	16,8	2,3	1,2	4,8	3,7	100,0	293
Milieu de résidence									
Urbain	75,7	11,8	7,1	1,3	0,7	2,4	0,9	100,0	189
Rural	68,3	11,2	12,9	1,4	1,0	3,1	2,0	100,0	3533
Préfecture									
Kigali	73,5	11,2	9,8	2,6	0,7	1,3	0,9	100,0	611
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	68,1	9,7	13,3	1,3	1,2	3,3	3,1	100,0	1092
Cyangugu/Gikongoro	63,7	13,4	12,3	1,7	1,9	4,9	2,1	100,0	539
Butare/Gitarama	68,0	12,0	12,7	0,7	0,8	3,9	1,8	100,0	829
Byumba/Kibungo	70,2	11,1	14,2	0,9	0,5	1,9	1,2	100,0	650
Niveau d'instruction									
Aucun	64,1	12,2	14,9	1,9	1,4	3,3	2,0	100,0	1707
Primaire	71,5	10,7	11,2	0,8	0,7	3,1	1,9	100,0	1815
Post-primaire ou plus	82,7	7,6	5,1	1,3	0,2	1,1	2,1	100,0	200
Ensemble	68,7	11,2	12,6	1,4	1,0	3,1	2,0	100,0	3722

Graphique 4.7
Opinion des femmes et perception de l'opinion de leur mari face à la planification familiale



EDSR 1992

4.10 DISCUSSION

Plus d'une femme sur cinq utilisait la contraception au moment de l'enquête. Parmi les méthodes modernes, les injections et la pilule sont les plus utilisées; parmi les méthodes traditionnelles, c'est la continence périodique et le retrait qui sont les plus pratiquées. Le condom reste très peu utilisé. La forte augmentation de la prévalence contraceptive depuis 1983, en particulier pour les méthodes modernes, est un autre facteur essentiel expliquant la baisse de la fécondité observée récemment.

Comme pour la fécondité, les niveaux d'utilisation de la contraception varient selon le milieu de résidence et surtout selon le niveau d'instruction : parmi les femmes de niveau d'instruction supérieur au primaire, la prévalence contraceptive est 2,5 fois plus importante que parmi les femmes sans instruction. Pourtant la quasi-totalité des femmes en union connaissent au moins une méthode contraceptive moderne et approuvent la planification familiale ainsi que la diffusion d'informations à ce sujet dans les médias. Aujourd'hui, ce sont donc surtout des campagnes de motivation, bien plus que d'information, qui semblent nécessaires au développement de la pratique de la contraception.

CHAPITRE 5

NUPTIALITE ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

L'analyse du comportement procréateur doit nécessairement intégrer les facteurs essentiels qui déterminent l'exposition au risque de grossesse. Il s'agit principalement de l'intensité et du calendrier de la nuptialité, de la fréquence de l'activité sexuelle et de la durée d'aménorrhée et d'abstinence post-partum qui feront l'objet du présent chapitre.

5.1 ETAT MATRIMONIAL

Le mariage ou, plus généralement, l'union est le cadre privilégié de l'activité sexuelle et, de ce fait, de la procréation. Chez les femmes, le caractère quasi-universel de l'union fait du célibat définitif un phénomène tout à fait marginal. L'union constitue ainsi un des éléments les plus importants sanctionnant le début de l'exposition au risque de grossesse.

Dans le cadre de l'EDSR, ont été considérées *en union* toutes les femmes cohabitant régulièrement, que l'union soit légale ou non, formelle ou non. Entrent donc dans cette catégorie, aussi bien les mariages civils, religieux et coutumiers que les unions de fait. Ainsi, dans le cadre de ce rapport, le terme *union* désigne l'ensemble des femmes qui se sont déclarées mariées ou vivant avec quelqu'un. Comme l'indique le Tableau 5.1, la majorité des femmes interrogées étaient en union au moment de l'enquête (58 pour cent), la plupart d'entre elles étant effectivement mariées (34 pour cent), les autres vivant avec quelqu'un (24 pour cent). Cependant, le célibat concerne une part importante de la population enquêtée puisqu'une femme sur trois (32 pour cent) a déclaré n'avoir jamais été en union. En outre, 10 pour cent des femmes étaient en rupture d'union au moment de l'enquête : elles étaient soit veuves (4 pour cent), soit divorcées ou séparées (6 pour cent).

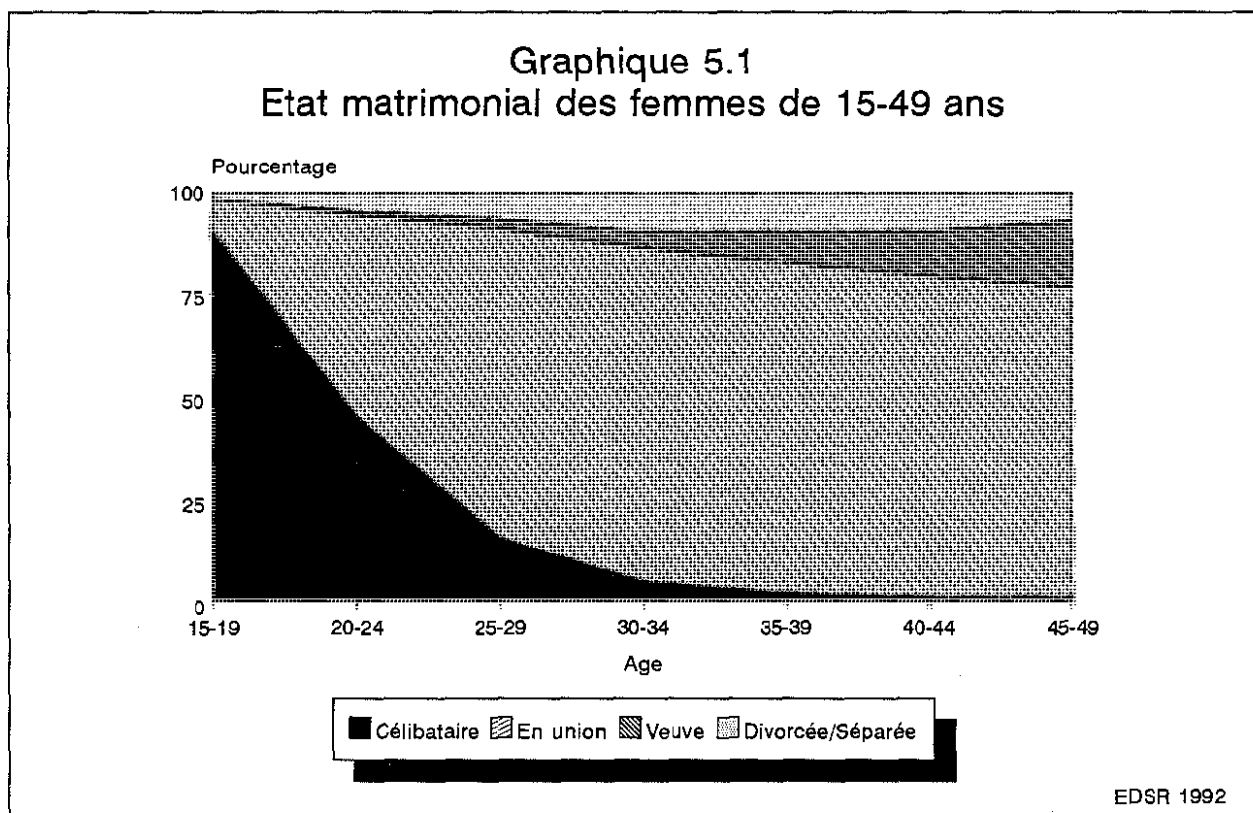
Tableau 5.1 Etat matrimonial

Répartition (en %) des femmes par état matrimonial actuel, selon l'âge, EDS Rwanda 1992

Groupe d'âges	Etat matrimonial					Total	Effectif de femmes
	Célibataire	Mariée	Vivant avec quelqu'un	Veuve	Divorcée Séparée		
15-19	90,2	1,3	7,0	0,0	1,4	100,0	1464
20-24	44,9	20,9	28,8	0,8	4,6	100,0	1247
25-29	14,9	39,9	36,5	2,2	6,5	100,0	1050
30-34	4,3	49,4	32,7	3,9	9,6	100,0	1030
35-39	1,5	55,3	25,9	7,9	9,4	100,0	745
40-44	0,6	58,7	20,1	11,3	9,3	100,0	615
45-49	0,7	61,0	15,2	16,5	6,7	100,0	399
Tous âges	32,1	34,0	23,8	4,1	6,1	100,0	6551

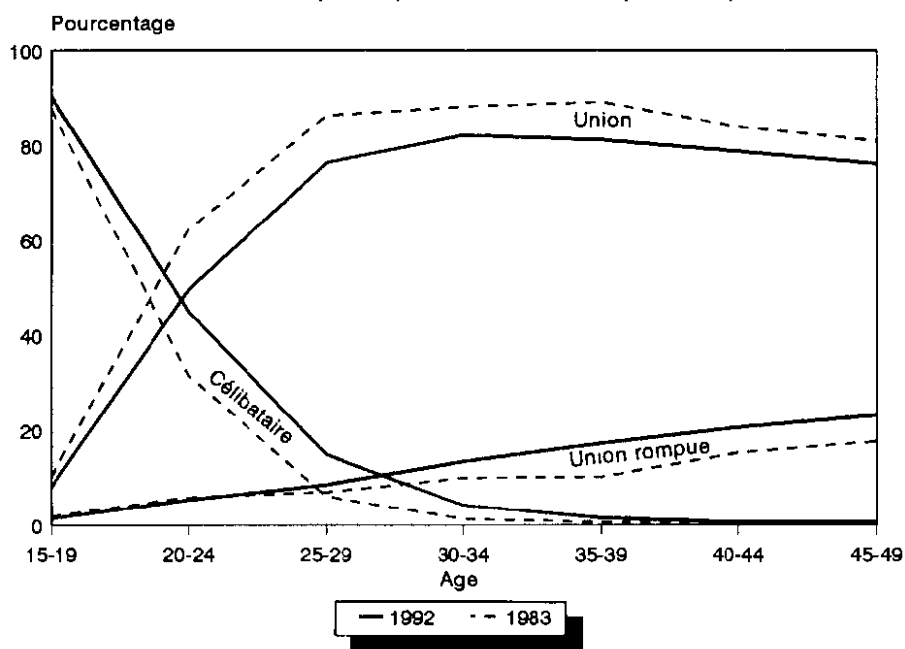
Globalement, on constate donc que 42 pour cent des femmes étaient soit célibataires, soit veuves, soit divorcées ou séparées au moment de l'enquête. Par rapport à l'ENF de 1983, où les femmes non en union était déjà fortement représentées (36 pour cent), leur proportion a fortement progressé, ce qui a certainement joué un rôle important sur la baisse de la fécondité.

Comme attendu, la proportion de célibataires décline régulièrement avec l'âge (Graphique 5.1) mais, à 25-29 ans, 15 pour cent des enquêtées sont encore célibataires et ce n'est qu'à partir de 35-39 ans que la proportion de femmes n'ayant jamais été en union devient insignifiante (moins de 2 pour cent). Corrélativement, la proportion de femmes en union augmente avec l'âge jusqu'à 30-34 ans (82 pour cent), puis décline légèrement du fait de l'augmentation de la proportion de femmes en rupture d'union qui atteint 23 pour cent à 45-49 ans, et plus particulièrement de celle des veuves (17 pour cent à 45-49 ans). Ainsi, si la quasi-totalité des femmes finissent par se marier, l'entrée en union n'a lieu que tardivement, alors que les ruptures d'union augmentent rapidement.



Au Graphique 5.2 figurent les proportions de femmes célibataires, en union et en rupture d'union, par âge, selon l'ENF de 1983 et l'EDSR de 1992. Si, aux deux dates, la quasi-totalité des femmes finissent par entrer en union, on peut constater que les proportions de célibataires déclinent beaucoup moins rapidement en 1992 qu'en 1983. A l'opposé, en 1992, les proportions de femmes en rupture d'union augmentent nettement plus qu'en 1983. Conséquence de ces deux mouvements, les proportions de femmes en union sont, à tous les âges, plus faibles à l'EDSR qu'à l'ENF : aux jeunes âges, parce que les célibataires sont plus nombreuses et, aux âges élevés, parce que les veuves et les divorcées et séparées sont en plus grand nombre. Cette diminution de la part des femmes en union est un facteur important qui explique, en partie, la baisse de la fécondité observée ces dernières années.

Graphique 5.2
Etat matrimonial par âge
en 1983 (ENF) et en 1992 (EDSR)



Parmi les femmes en union, on a distingué celles qui vivent en union monogame de celles qui ont déclaré que leur mari ou conjoint avait une ou plusieurs autres épouses. Le Tableau 5.2 présente la proportion de femmes en union polygame selon l'âge et certaines caractéristiques socio-démographiques. On constate que la polygamie est une pratique assez peu répandue au Rwanda : elle ne concerne que 8 pour cent de l'ensemble des femmes et 14 pour cent des femmes mariées vivent dans ce type d'union. Comme attendu, la pratique de la polygamie augmente régulièrement avec l'âge, passant de 9 pour cent chez les femmes en union de 20-29 ans, à 19 pour cent à 35-39 ans, pour atteindre 27 pour cent chez les femmes mariées de 45-49 ans. Par contre, fait surprenant, il semblerait que la polygamie soit plus fréquente chez les femmes les plus jeunes (12 pour cent à 15-19 ans) que chez leurs aînées (9 pour cent à 20-29 ans) : ce résultat pourrait indiquer une augmentation de la pratique de ce type d'union dans les générations les plus jeunes.

Par milieu de résidence, on constate que le phénomène est beaucoup plus important en milieu rural (15 pour cent) que dans les villes, où 9 pour cent seulement des femmes en union ont des co-épouses. Toutes les régions sont concernées par le phénomène, mais la proportion de femmes en union polygame varie de 10 pour cent à Butare/Gitarama à 19 pour cent à Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi. Enfin, on constate que la polygamie est une pratique d'autant moins répandue que le niveau d'instruction de la femme est élevé. En effet, si 18 pour cent des femmes en union et sans instruction sont en union polygame, cette proportion n'est plus que de 12 pour cent quand la femme a le niveau d'instruction primaire, et elle est trois fois plus faible (6 pour cent) chez les femmes de niveau post-primaire.

Tableau 5.2 Polygamie

Parmi les femmes actuellement en union, pourcentage de celles en union polygame par caractéristiques socio-démographiques, selon l'âge actuel, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Age de la femme							Tous âges
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence								
Urbain	16,7	5,4	6,4	9,5	8,4	13,7	23,1	9,0
Rural	11,5	8,5	9,8	13,2	19,1	20,0	27,4	14,7
Préfecture								
Kigali	16,8	7,6	3,9	15,3	13,7	24,1	21,4	13,1
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	12,1	6,9	14,8	15,2	24,3	24,2	43,6	18,6
Cyangugu/Gikongoro	14,2	6,9	15,3	10,7	21,2	21,2	14,7	14,5
Butare/Gitarama	6,7	12,1	2,5	9,3	13,5	15,2	17,0	10,1
Byumba/Kibungo	10,1	9,4	12,5	15,8	18,1	10,7	26,9	13,9
Niveau d'instruction								
Aucun	17,0	13,6	12,3	14,6	20,4	19,1	29,4	17,8
Primaire	6,9	6,3	9,3	11,9	17,5	21,9	22,0	12,1
Post-primaire ou plus	50,0	3,7	0,5	11,0	9,7	9,3	20,3	5,9
Ensemble	11,7	8,4	9,6	13,0	18,5	19,8	27,3	14,4

Parmi les femmes en union polygame, une femme sur quatre seulement (25 pour cent) a deux co-épouses ou plus (Tableau 5.3). Selon l'âge, on constate que parmi les femmes en union polygame, celles qui ont le plus de co-épouses (deux ou plus), sont les femmes les plus jeunes (32 pour cent à 15-19 ans) et les plus âgées (31 pour cent à 45-49 ans). Du point de vue de la résidence, les femmes du milieu rural ont plus fréquemment deux co-épouses ou plus que celles du milieu urbain (25 pour cent contre 18 pour cent). Au niveau régional, c'est à Cyangugu/Gikongoro que les femmes polygames ont le plus de co-épouses (37 pour cent). Enfin, les femmes sans instruction, qui pratiquent beaucoup plus la polygamie que celles ayant fréquenté l'école, ont deux co-épouses ou plus beaucoup plus fréquemment que les femmes instruites (29 pour cent contre moins de 20 pour cent).

Tableau 5.3 Nombre de co-épouses

Répartition (en %) des femmes actuellement en union polygame par nombre de co-épouses, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Nombre de co-épouses			Total	Effectif de femmes
	1	2 ou +	ND		
Groupe d'âges					
15-19	68,3	31,7	0,0	100,0	14
20-24	78,0	22,0	0,0	100,0	52
25-29	79,9	18,2	1,9	100,0	77
30-34	71,4	27,5	1,0	100,0	110
35-39	75,3	24,7	0,0	100,0	112
40-44	78,0	21,7	0,4	100,0	96
45-49	66,2	30,6	3,2	100,0	83
Milieu de résidence					
Urbain	75,5	18,4	6,1	100,0	17
Rural	74,3	24,8	0,9	100,0	527
Préfecture					
Kigali	79,0	19,2	1,9	100,0	80
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	70,8	28,8	0,3	100,0	208
Cyangugu/Gikongoro	63,0	37,0	0,0	100,0	80
Butare/Gitarama	88,8	9,8	1,3	100,0	85
Byumba/Kibungo	74,8	22,8	2,5	100,0	92
Niveau d'instruction					
Aucun	71,2	28,5	0,3	100,0	310
Primaire	78,3	19,6	2,1	100,0	222
Post-primaire ou plus	81,0	19,0	0,0	100,0	12
Ensemble des femmes	74,3	24,6	1,0	100,0	545

5.2 AGE A LA PREMIERE UNION ET AGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

5.2.1 Age à la première union

Compte tenu de la relation généralement observée entre l'âge d'entrée en union pour la première fois et le début de la vie féconde, il est important d'étudier le calendrier de la primo-nuptialité. Le Tableau 5.4 fournit les proportions de femmes déjà entrées en union à différents âges, ainsi que les âges médians à la première union (c'est-à-dire l'âge auquel 50 pour cent des femmes sont déjà en première union) en fonction de l'âge actuel des enquêtées.

On constate que les femmes rwandaises se marient tardivement, puisqu'un peu moins de 50 pour cent des femmes âgées de 25-49 ans à l'enquête étaient déjà mariées en atteignant l'âge de 20 ans, et 70 pour cent seulement l'étaient déjà en atteignant 22 ans. L'âge médian à la première union est de 20,0 ans, âge particulièrement élevé pour un pays d'Afrique subsaharienne caractérisé par une fécondité élevée.

On notera que le calendrier de la primo-nuptialité a connu d'importantes modifications au fil des générations. Parmi les femmes âgées de 20-24 ans à l'enquête, seulement 35 pour cent étaient déjà en union

Tableau 5.4 Age à la première union

Pourcentage de femmes déjà en première union aux âges exacts 15, 18, 20, 22 et 25 ans, pourcentage de femmes n'ayant jamais été en union et âge médian à la première union, par âge actuel, EDS Rwanda 1992

Groupe d'âges	Pourcentage de femmes déjà en première union à l'âge exact:					Pourcentage jamais en union	Effectif	Age médian à la première union
	15	18	20	22	25			
15-19	0,6	NA	NA	NA	NA	90,2	1464	a
20-24	1,4	14,8	35,1	NA	NA	44,9	1247	a
25-29	2,4	19,0	40,8	59,0	78,6	14,9	1050	20,9
30-34	1,7	19,8	47,9	69,8	86,3	4,3	1030	20,2
35-39	1,9	23,4	49,9	72,2	89,8	1,5	745	20,0
40-44	2,0	27,3	57,5	78,7	92,0	0,6	615	19,4
45-49	6,7	40,7	64,0	85,6	94,1	0,7	399	18,7
20-49	2,2	21,5	46,0	65,2	78,8	15,3	5087	a
25-49	2,5	23,7	49,6	70,4	86,6	5,7	3840	20,0

NA = Non applicable

^aNon calculé parce que moins de 50 pour cent des femmes du groupe d'âges x, x+4 sont en union à l'âge x.

en atteignant 20 ans, alors que 64 pour cent des femmes de 45-49 ans étaient déjà mariées au même âge. En atteignant 22 ans, 86 pour cent des femmes des générations les plus anciennes (âgées de 45-49 ans) n'étaient plus célibataires, contre seulement 59 pour cent des femmes de 25-29 ans à l'enquête. Des générations les plus anciennes (45-49 ans) aux générations les plus récentes (25-29 ans), l'âge médian a augmenté régulièrement, passant de 18,7 ans à 20,9 ans, soit un vieillissement de 2,2 ans de l'âge d'entrée en première union. Cette modification dans le calendrier de la primo-nuptialité, conforme aux tendances qui ont été dégagées précédemment, a certainement joué un rôle important dans la baisse de la fécondité observée récemment.

Le calendrier de la primo-nuptialité présente de fortes variations selon le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction mais, quelles que soient les caractéristiques, on observe une même tendance au vieillissement de l'âge d'entrée en première union. Comme l'indiquent le Tableau 5.5 et le Graphique 5.3, l'âge médian pour les femmes de 25-49 ans est plus élevé en milieu urbain (21,4 ans) qu'en milieu rural (20,0 ans). Cet écart est dû au fait que, des générations les plus anciennes aux plus récentes, l'âge d'entrée en première union a beaucoup plus augmenté en ville (passant de 18,0 à 23,9 ans) qu'en milieu rural (passant de 18,7 à 20,8 ans). Du point de vue régional, les écarts sont assez faibles puisque l'âge médian des femmes de 25-49 ans varie de moins de 1 an entre Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi (19,6 ans) et Butarc/Gitarama (20,4 ans). Cependant, dans chaque région, la tendance au vieillissement de l'âge au mariage est très nette.

Le niveau d'instruction atteint par les femmes est le facteur qui influence certainement le plus directement le calendrier de la primo-nuptialité. C'est ainsi que parmi les femmes de 25-49 ans, celles sans niveau d'instruction se sont mariées 0,9 ans plus jeunes que celles ayant atteint un niveau primaire et 3,8 ans plus tôt que celles qui ont une instruction supérieure au primaire. Cependant, même chez les femmes sans instruction qui se marient les plus jeunes, l'âge d'entrée en première union a évolué dans le sens d'un vieillissement, passant de 18,5 ans chez les femmes âgées de 45-49 ans à l'enquête à 19,8 ans chez celles de 25-29 ans.

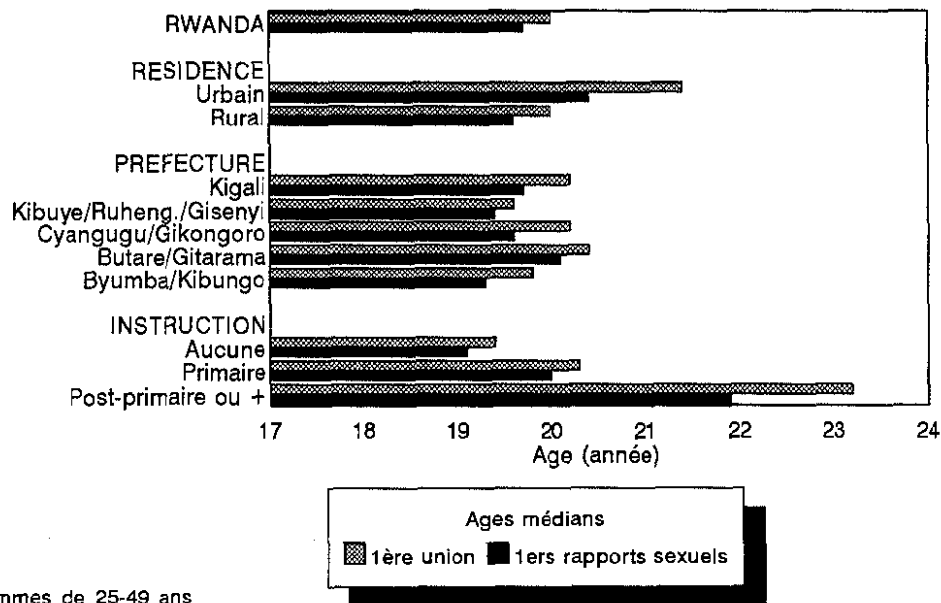
Tableau 5.5 Age médian à la première union

Age médian à la première union des femmes de 25-49 ans par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge actuel, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Groupe d'âges					Femmes 25-49
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence						
Urbain	23,9	20,9	20,8	20,1	18,0	21,4
Rural	20,8	20,1	20,0	19,3	18,7	20,0
Préfecture						
Kigali	21,5	20,2	20,2	19,5	19,2	20,2
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	20,1	19,9	19,6	19,2	18,7	19,6
Cyangugu/Gikongoro	21,7	20,4	19,4	19,9	18,9	20,2
Butare/Gitarama	22,1	20,6	20,3	19,5	18,1	20,4
Byumba/Kibungo	20,3	19,7	20,3	19,0	19,2	19,8
Niveau d'instruction						
Aucun	19,8	19,8	19,6	19,3	18,5	19,4
Primaire	21,2	20,3	20,2	19,4	19,1	20,3
Post-primaire ou plus	24,3	22,3	21,9	20,9	21,5	23,2
Ensemble des femmes	20,9	20,2	20,0	19,4	18,7	20,0

Note: L'âge médian n'est pas calculé pour les femmes de 15-19 ans et 20-24 ans parce que moins de 50 pour cent des femmes de ces groupes d'âges sont en union à, respectivement, 15 ans et 20 ans.

Graphique 5.3
Ages médians à la première union et
aux premiers rapports sexuels



Note : Femmes de 25-49 ans

EDSR 1992

5.2.2 Age aux premiers rapports sexuels

En tant que déterminant de la fécondité, l'âge aux premiers rapports sexuels est tout aussi important que l'âge à la première union même si l'union reste le cadre privilégié de la procréation. Lors de l'enquête, on a donc demandé aux femmes à quel âge elles avaient eu, pour la première fois, des rapports sexuels.

Au Tableau 5.6, figurent les proportions de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels à différents âges et l'âge médian aux premiers rapports. Globalement, on constate que ces résultats sont peu différents de ceux concernant la première union, même si les premiers rapports sexuels se produisent à un âge légèrement antérieur à la première union : pour les femmes de 25-49 ans, l'âge médian aux premiers rapports est de 19,7 ans contre 20,0 ans au premier mariage. En outre, la tendance au vieillissement, observée pour l'âge d'entrée en première union, se retrouve ici : pour les générations les plus anciennes (45-49 ans), l'âge médian est de 18,4 ans contre 20,2 ans pour les générations les plus récentes (15-19 ans), soit un vieillissement de 1,8 ans de l'âge aux premiers rapports sexuels.

Le changement de comportement des femmes ne concerne donc pas uniquement l'union mais, de façon plus générale, leurs rapports avec le sexe opposé et, là encore, ce changement de comportement joue dans le sens de la baisse de la fécondité observée.

Tableau 5.6 Age aux premiers rapports sexuels

Pourcentage de femmes ayant eu leurs premiers rapports sexuels aux âges exacts 15, 18, 20, 22 et 25 ans, pourcentage de femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels, et âge médian aux premiers rapports sexuels, par âge actuel, EDS Rwanda 1992

Groupe d'âges	Pourcentage de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels à l'âge exact					Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Effectif	Age médian aux 1 ^{ers} rapports sexuels
	15	18	20	22	25			
15-19	2,1	NA	NA	NA	NA	85,8	1464	a
20-24	2,3	19,8	42,9	NA	NA	37,4	1247	a
25-29	3,3	24,6	48,0	65,9	84,2	9,2	1050	20,2
30-34	2,3	22,7	51,0	72,9	88,4	2,7	1030	19,9
35-39	2,4	26,2	54,0	75,2	89,8	0,2	745	19,7
40-44	2,4	30,1	60,1	79,9	92,4	0,2	615	19,2
45-49	7,0	44,4	67,8	88,2	95,3	0,0	399	18,4
20-49	2,9	25,5	51,3	69,9	82,4	11,7	5087	19,9
25-49	3,1	27,3	54,0	74,1	88,9	3,3	3840	19,7

NA = Non applicable
 *Non calculé parce que moins de 50 pour cent des femmes du groupe d'âges x, x+4 ont eu des rapports sexuels à l'âge x.

Le Tableau 5.7 et le Graphique 5.3 font apparaître le même type d'écart entre les âges aux premiers rapports sexuels que ceux observés pour les âges à la première union : les femmes de 25-49 ans ayant les rapports sexuels les plus précoces sont celles du milieu rural (âge médian de 19,6 ans contre 20,4 ans en

milieu urbain), de Byumba/Kibungo et de Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi (respectivement, 19,3 et 19,4 ans) et celles sans instruction (19,1 ans, contre 21,9 ans pour les femmes ayant un niveau post-primaire). Cependant, les écarts observés entre les âges médians à la première union sont ici légèrement plus réduits : écart de 1,4 ans entre les âges médians à la première union des femmes du milieu urbain par rapport à celles du milieu rural, contre 0,8 an d'écart pour l'âge aux premiers rapports sexuels; écart de 3,8 ans entre les âges médians au premier mariage des femmes sans instruction par rapport à celles de niveau post-primaire, contre 2,8 ans d'écart pour l'âge aux premiers rapports sexuels. Cela signifie que les rapports sexuels sont plus fréquents avant l'union chez les femmes qui se marient le plus tardivement : les plus instruites et celles qui résident en milieu urbain.

Tableau 5.7 Age médian aux premiers rapports sexuels

Age médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 25-49 ans, par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge actuel, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Groupe d'âges					Femmes de 25-49
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence						
Urbain	21,5	20,3	20,1	19,7	18,0	20,4
Rural	20,1	19,9	19,6	19,1	18,4	19,6
Préfecture						
Kigali	20,0	19,9	19,6	19,4	19,0	19,7
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	19,9	19,8	19,4	19,0	18,5	19,4
Cyangugu/Gikongoro	20,2	19,8	18,9	19,4	18,4	19,6
Butare/Gitarama	20,9	20,5	20,2	19,3	17,8	20,1
Byumba/Kibungo	19,6	19,3	19,9	18,8	18,7	19,3
Niveau d'instruction						
Aucun	19,3	19,5	19,2	19,2	18,3	19,1
Primaire	20,5	20,1	19,9	18,9	18,7	20,0
Post-primaire ou plus	22,4	21,8	21,4	20,9	21,5	21,9
Ensemble des femmes	20,2	19,9	19,7	19,2	18,4	19,7

Note: L'âge médian n'est pas calculé pour les femmes de 15-19 ans et 20-24 ans parce que moins de 50 pour cent des femmes de ces groupes d'âges sont en union à, respectivement, 15 ans et 20 ans.

5.3 ACTIVITE SEXUELLE

En l'absence de contraception, la fréquence des rapports sexuels est un facteur pouvant jouer un rôle déterminant sur l'exposition au risque de grossesse. Le Tableau 5.8 porte sur l'activité sexuelle des femmes : il concerne uniquement les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels avant l'enquête, qui représentent 72 pour cent des enquêtées. Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, les trois quarts (74 pour cent) sont considérées comme sexuellement actives au moment de l'enquête : en effet, elles ont déclaré avoir eu au moins une fois des rapports sexuels durant les quatre semaines ayant précédé l'interview. Les femmes sexuellement inactives sont considérées comme étant en abstinence, soit à la suite d'une naissance (abstinence post-partum : 0,1 pour cent) soit, essentiellement, pour d'autres raisons (abstinence prolongée : 25 pour cent). Quelle que soit la raison de l'abstinence, elle dure depuis moins de 2 ans pour la majorité des femmes.

Tableau 5.8 Activité sexuelle récente

Répartition (en %) des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels par activité sexuelle dans les quatre semaines précédant l'enquête et par durée d'abstinence (post-partum ou non), selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Sexuellement active dans les 4 dernières semaines	Non sexuellement active dans les 4 dernières semaines			Total ¹	Effectif de femmes
		En abstinence (post-partum)	En abstinence (non post-partum)			
			0 1 an	2 ans ou +		
Groupe d'âges						
15-19	63,4	0,0	28,8	7,8	100,0	208
20-24	76,9	0,0	18,0	5,0	100,0	781
25-29	80,9	0,0	14,5	4,4	100,0	954
30-34	78,7	0,4	14,1	6,7	100,0	1002
35-39	72,7	0,2	16,9	10,2	100,0	743
40-44	67,3	0,2	16,0	16,1	100,0	614
45-49	62,0	0,0	17,2	20,8	100,0	399
Durée de mariage (en années)						
0-4	87,4	0,0	11,3	1,3	100,0	916
5-9	82,2	0,4	13,4	3,9	100,0	902
10-14	79,0	0,0	14,1	6,7	100,0	905
15-19	74,5	0,5	16,9	8,2	100,0	685
20-24	66,8	0,0	18,8	14,0	100,0	573
25 ou plus	62,7	0,0	15,1	22,2	100,0	471
Jamais en union	19,7	0,5	50,5	29,4	100,0	251
Milieu de résidence						
Urbain	68,6	0,7	19,5	11,2	100,0	281
Rural	74,7	0,1	16,3	8,8	100,0	4422
Préfecture						
Kigali	75,7	0,5	14,9	8,9	100,0	787
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	78,6	0,1	14,9	6,2	100,0	1287
Cyangugu/Gikongoro	76,3	0,0	16,4	7,0	100,0	668
Butare/Gitarama	66,2	0,1	20,2	13,5	100,0	1123
Byumba/Kibungo	75,6	0,1	15,3	8,9	100,0	837
Niveau d'instruction						
Aucun	72,6	0,2	16,9	10,0	100,0	2151
Primaire	76,4	0,1	15,6	7,9	100,0	2277
Post-primaire ou plus	70,4	0,0	19,7	9,8	100,0	274
Méthode contraceptive utilisée						
Aucune	71,4	0,2	17,9	10,4	100,0	3802
Pilule	86,4	0,0	12,8	0,9	100,0	133
DUI	80,7	0,0	15,6	3,7	100,0	10
Stérilisation	89,0	0,0	8,4	2,6	100,0	27
Continence périodique	83,9	0,0	11,8	3,6	100,0	221
Autres	87,6	0,2	9,2	3,0	100,0	510
Ensemble des femmes	74,3	0,1	16,4	9,0	100,0	4702

¹Y compris les "non déclarés "

En fonction de l'âge, les proportions de femmes sexuellement actives augmentent de 63 pour cent, à 15-19 ans, à 81 pour cent, à 25-29 ans, pour, ensuite, diminuer et atteindre 62 pour cent à 45-49 ans. Par contre, la proportion de femmes sexuellement actives diminue régulièrement avec la durée de l'union, passant de 87 pour cent pour les durées les plus courtes (0-4 ans) à 63 pour cent pour les mariages de 25 ans et plus. En outre, il faut souligner que moins d'une femme célibataire sur 5 a dit avoir eu des rapports sexuels dans les quatre semaines ayant précédé l'enquête.

Du point de vue du milieu de résidence, les femmes du milieu urbain (69 pour cent) semblent avoir eu une activité sexuelle durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête légèrement plus réduite que celles du milieu rural (75 pour cent). En ce qui concerne la région, la proportion de femmes sexuellement actives varie de 66 pour cent à Butare/Gitarama à 79 pour cent à Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi.

Comme on pouvait s'y attendre, les femmes actuellement utilisatrices de la contraception sont celles qui ont été les plus sexuellement actives dans les quatre semaines ayant précédé l'enquête : 81 pour cent et plus, contre 71 pour cent pour les non utilisatrices.

5.4 EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Après la naissance d'un enfant, l'exposition au risque de grossesse dépend de différents facteurs tels que la longueur de l'intervalle séparant la naissance de l'enfant et le retour de l'ovulation (aménorrhée post-partum), et la longueur de l'intervalle pendant lequel la femme s'abstient de rapports sexuels (abstinence post-partum). La durée de l'aménorrhée post-partum peut elle-même varier en fonction de la fréquence et de l'intensité de l'allaitement au sein. La combinaison de ces facteurs, examinés successivement dans cette section, permet d'identifier les femmes non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse et d'évaluer la durée de la non-susceptibilité. Une femme est considérée non-susceptible d'être exposée au risque de grossesse quand elle n'a pas repris les rapports sexuels depuis la dernière naissance (elle ne peut pas tomber enceinte), ou quand elle est en aménorrhée post-partum, ce qui signifie que ses risques de tomber enceinte sont minimes si elle reprend ses relations sexuelles sans couverture contraceptive. La non-susceptibilité se définit comme la période pendant laquelle une femme n'est pratiquement pas soumise au risque de grossesse par suite d'aménorrhée et/ou d'abstinence post-partum.

Les données présentées au Tableau 5.9 concernent les naissances des trois dernières années dont les mères sont encore en aménorrhée, en abstinence post-partum et donc non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse, selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance. Cette distribution de la proportion de naissances selon le mois écoulé depuis la naissance est analogue à la série des survivants (S_x) d'une table de mortalité. Figurent également au Tableau 5.9 les durées médiane et moyenne de l'aménorrhée, de l'abstinence et de la non-susceptibilité, ainsi que la moyenne "prévalence/incidence."¹

Au Rwanda, près de trois femmes sur quatre (73 pour cent) restent en aménorrhée pour au moins 9 mois, et un peu moins d'une femme sur deux (45 pour cent) pour au moins 17 mois. Au-delà de 23 mois, la proportion de femmes dont les règles n'ont pas encore repris est inférieure à 20 pour cent. La durée médiane de l'aménorrhée post-partum est de 16,6 mois, ce qui correspond approximativement à la valeur moyenne (16,8 mois). La durée, l'intensité et la fréquence de l'allaitement qui agissent sur le retour de l'ovulation expliquent, en partie, ces durées longues, bien que l'on constate par ailleurs que la durée médiane de l'aménorrhée (16,6 mois) est inférieure de près d'un an (11,3 mois) à celle de l'allaitement, estimée à 27,9 mois (voir Chapitre 8 - Allaitement et état nutritionnel).

¹ La moyenne "prévalence/incidence" est calculée, pour l'aménorrhée par exemple, en divisant le nombre d'enfants dont les mères sont encore en aménorrhée au moment de l'enquête (prévalence) par le nombre moyen de naissances par mois (incidence), estimé à partir des naissances d'une période de 36 mois pour éviter les problèmes de saisonnalité et d'erreurs possibles de période de référence.

Tableau 5.9 Aménorrhée, abstinence et non-susceptibilité post-partum

Pourcentage de naissances dont les mères sont en aménorrhée, en abstinence et en période de non-susceptibilité post-partum, par nombre de mois écoulés depuis la naissance, et durées médiane et moyenne, EDS Rwanda 1992

Nombre de mois depuis la naissance	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Non-susceptibilité post-partum	Effectif de naissances
< 2	98,6	37,5	99,3	159
2-3	90,3	12,1	90,9	215
4-5	75,2	8,5	78,0	216
6-7	78,2	7,3	79,4	192
8-9	72,5	8,3	73,2	173
10-11	66,3	3,4	67,6	178
12-13	65,7	3,5	67,5	195
14-15	62,7	7,1	66,2	204
16-17	45,0	6,9	46,6	201
18-19	43,0	4,9	44,2	187
20-21	38,5	5,5	40,8	145
22-23	24,2	6,7	28,2	180
24-25	17,2	5,9	18,9	192
26-27	16,4	3,7	18,9	182
28-29	10,2	3,8	11,6	189
30-31	10,8	5,9	14,7	186
32-33	5,8	6,0	11,3	195
34-35	5,2	1,8	6,4	188
Ensemble	46,1	7,5	48,2	3378
Médiane	16,6	0,6	17,1	-
Moyenne	16,8	3,3	17,5	-
Prévalence/Incidence	16,4	2,7	17,1	-

L'abstinence post-partum est peu pratiquée et seulement pour une très courte période. Le Tableau 5.9 indique que seulement 38 pour cent des femmes s'abstiennent de rapports sexuels pendant les deux premiers mois suivant une naissance, cette proportion passe ensuite à 12 pour cent à 2-3 mois, et seulement 9 pour cent des femmes s'abstiennent pour au moins 5 mois. Les durées médiane et moyenne de l'abstinence post-partum sont, respectivement, de 0,6 mois et 3,3 mois. La reprise des relations sexuelles a donc lieu très rapidement après l'accouchement et, de ce fait, on peut dire que l'abstinence post-partum n'a pratiquement aucun effet sur l'espacement des naissances.

Le Tableau 5.9 fournit également la proportion de naissances dont les mères sont considérées comme non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance du dernier enfant. Un peu moins de trois femmes sur quatre (73 pour cent) sont en période de non-susceptibilité pour au moins 9 mois après la naissance d'un enfant, et ce n'est qu'après une période de 15 mois que cette proportion passe en-dessous de 50 pour cent. La durée médiane de non-susceptibilité est de 17,1 mois et sa moyenne s'établit à 17,5 mois.

Par rapport aux caractéristiques socio-démographiques (Tableau 5.10), on constate tout d'abord que les durées d'abstinence ne varient pratiquement pas, ce qui n'est pas le cas de l'aménorrhée. Les femmes les plus jeunes (moins de 30 ans) ont une durée d'aménorrhée et de non-susceptibilité plus courte que leurs aînées (respectivement 14,1 et 15,1 mois contre 18,6 et 19,0 mois). Ces différentes durées varient de façon à peu près similaire selon la région de résidence; par contre, les variations sont nettement plus importantes en fonction du milieu de résidence et du niveau d'instruction. Les durées médianes d'aménorrhée et de non-susceptibilité sont beaucoup plus courtes en milieu urbain (9,2 mois) qu'en milieu rural (respectivement, 16,8 et 17,3 mois). De même, la durée médiane d'aménorrhée passe de 18,6 mois, chez les femmes sans instruction, à 16,3 mois,

Tableau 5.10 Durée médiane de la non-susceptibilité post-partum

Durées médianes (en mois) d'aménorrhée, d'abstinence, et de non-susceptibilité post-partum, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Non-susceptibilité post-partum	Effectif de naissances
Groupe d'âges				
< 30 ans	14,1	0,6	15,1	1647
30 ans ou plus	18,6	0,6	19,0	1731
Milieu de résidence				
Urbain	9,2	0,7	9,2	168
Rural	16,8	0,6	17,3	3210
Préfecture				
Kigali	16,7	1,4	17,3	541
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	18,0	0,6	18,2	996
Cyangugu/Gikongoro	15,6	0,5	16,3	490
Butare/Gitarama	16,0	0,6	16,6	726
Byumba/Kibungo	14,8	0,6	15,9	624
Niveau d'instruction				
Aucun	18,6	0,8	19,3	1521
Primaire	16,3	0,5	16,7	1677
Post-primaire ou plus	6,0	1,0	6,3	180
Ensemble des femmes	16,6	0,6	17,1	3378

chez celles ayant un niveau primaire, et atteint 6,0 mois seulement chez les femmes ayant un niveau d'instruction post-primaire, la durée de non-susceptibilité suivant à peu près les mêmes tendances. Les différences de fréquence et d'intensité d'allaitement entre ces catégories de femmes sont certainement, en partie, la cause des écarts observés ici.

Le Tableau 5.11 présente trois indicateurs rendant compte de la fin d'exposition au risque de grossesse pour les femmes de 30-49 ans. Le premier indicateur est la proportion de femmes en ménopause, à savoir la proportion de femmes actuellement en union qui ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum, mais qui n'ont pas eu de règles pendant au moins six mois avant l'enquête ou qui se sont déclarées en ménopause. Sur l'ensemble des femmes de 30-49 ans, 10 pour cent sont considérées comme étant en ménopause. Comme attendu, cette proportion augmente rapidement avec l'âge : elle est de 6 pour cent à 30-34 ans puis, entre 44 et 45 ans, elle est d'environ 13 pour cent et, à 48-49 ans, elle atteint 37 pour cent. Le second indicateur présenté concerne l'infécondabilité définitive : une femme en union de façon permanente pendant les cinq ans ayant précédé l'enquête, qui n'a pas utilisé la contraception, qui n'a pas eu de naissance pendant les cinq dernières années et qui n'est pas enceinte, est classée dans cette catégorie. L'infécondabilité définitive concerne un peu plus d'une femme sur 5 (21 pour cent) : comme pour la ménopause, les proportions augmentent rapidement avec l'âge, passant de 5 pour cent à 30-34 ans à 28 pour cent à 42-43 ans et à 71 pour cent à 48-49 ans. Le dernier indicateur concerne l'abstinence prolongée : il s'agit simplement de la proportion de femmes actuellement en union qui n'ont pas eu de rapports sexuels pendant les trois années ayant précédé l'enquête. Ces proportions sont très faibles puisque moins de 1 pour cent de l'ensemble des femmes de 30-49 ans sont concernées.

Tableau 5.11 Fin d'exposition au risque de grossesse

Pourcentage de femmes de 30-49 ans actuellement en union qui sont en ménopause, en infécondabilité définitive et en abstinence de longue durée par âge, EDS Rwanda 1992

Groupe d'âges	Ménopause ¹	Infécondabilité définitive ²	Abstinence prolongée ³
30-34	6,0	4,5	0,3
35-39	6,0	15,1	0,4
40-41	5,1	17,7	0,0
42-43	8,6	27,6	2,4
44-45	12,7	47,4	2,2
46-47	17,1	59,4	2,2
48-49	36,6	70,9	1,2
Femmes de 30-49 ans	10,0	21,0	0,7

¹Pourcentage de femmes actuellement en union, ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum et dont les dernières règles ont eu lieu 6 mois ou plus avant l'enquête ou qui se sont déclarées en ménopause.

²Pourcentage de femmes continuellement en union, qui n'ont pas utilisé la contraception, qui n'ont pas eu de naissance durant les cinq années précédant l'enquête et qui ne sont pas enceintes.

³Pourcentage de femmes actuellement en union qui n'ont pas eu de rapports sexuels durant les trois années précédant l'enquête.

5.5 DISCUSSION

Parmi les femmes enquêtées, la proportion des célibataires est importante : 32 pour cent ont déclaré n'avoir jamais été en union. De même, on observe une forte proportion de femmes en rupture d'union, soit par veuvage, soit par divorce ou séparation. Ainsi, au total, 42 pour cent des femmes de 15-49 ans n'étaient pas en union au moment de l'enquête. L'âge médian d'entrée en union et l'âge médian aux premiers rapports sexuels sont de plus en plus tardifs. Ces changements de comportement en matière d'union et de rapports sexuels, en agissant sur l'âge à la première naissance, semblent être parmi les facteurs essentiels ayant provoqué la baisse récente de la fécondité.

CHAPITRE 6

PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

Les réponses aux questions portant sur le désir ou non d'avoir des enfants supplémentaires, sur le délai d'attente avant d'avoir le prochain enfant, sur le statut de la dernière naissance (voulue ou non voulue) et celles concernant le nombre total d'enfants désirés ont permis de mesurer les besoins dans le domaine de la planification familiale et peuvent donner des indications importantes quant aux tendances futures de la fécondité et quant à l'orientation des programmes de planification familiale.

Il faut rappeler que les questions concernant les attitudes face à la procréation sont délicates à poser, du fait du caractère privé du sujet, même s'il est fortement influencé par les pressions sociales. De ce fait, les données concernant les préférences en matière de fécondité sont d'une interprétation délicate. De plus, ces données sont obtenues à partir d'un échantillon de femmes d'âges différents et qui vivent donc des moments différents de leur histoire génésique. Pour les femmes en début d'union, les réponses sont certainement liées à des objectifs à moyen ou à long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont incertaines. Par contre, pour les femmes en fin de vie féconde, les réponses peuvent être influencées par leur passé. Le même type de limitation se pose lorsque l'on interroge les maris sur leurs préférences en matière de fécondité.

Malgré ces réserves, les données présentées dans ce chapitre restent d'un grand intérêt. En particulier, elles sont essentielles pour définir clairement les actions à entreprendre dans le domaine de la politique de population et pour identifier les populations cibles.

6.1 DESIR D'ENFANTS SUPPLEMENTAIRES

Le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires dans l'avenir est étroitement lié au nombre d'enfants actuellement en vie et à l'âge de la femme. Les Tableaux 6.1 et 6.2 mettent en évidence le caractère déterminant de ces deux variables dans l'analyse du désir d'enfants.

Il apparaît tout d'abord au Tableau 6.1 que la quasi-totalité des femmes interrogées (94 pour cent) ont émis un souhait précis : 58 pour cent d'entre elles ont déclaré souhaiter un autre enfant et, plus d'une femme sur trois (36 pour cent), ont affirmé vouloir limiter leur descendance, c'est-à-dire ne plus vouloir d'enfant. Cette proportion particulièrement élevée (20 pour cent seulement des femmes exprimaient le même désir lors de l'ENF de 1983) est à mettre en relation, à la fois, avec l'augmentation de la prévalence contraceptive et la baisse de la fécondité enregistrées récemment (voir Chapitre 3 - Fécondité et Chapitre 4 - Planification familiale). Comme attendu, la proportion de femmes ne souhaitant plus de naissance augmente avec le nombre d'enfants survivants (Graphique 6.1) : elle passe de 1 pour cent chez les femmes nullipares, à 13 pour cent chez les femmes ayant 2 enfants survivants; parmi les femmes ayant 3 enfants, une sur cinq exprime déjà le désir de limiter sa descendance et cette proportion atteint 74 pour cent chez les femmes ayant 6 enfants et plus. La comparaison de ces résultats avec ceux de l'ENF de 1983 est particulièrement intéressante. Parmi les femmes ayant 3 enfants, 8 pour cent seulement ne désiraient plus d'enfants supplémentaires en 1983, contre 23 pour cent en 1992; parmi les femmes ayant 4 enfants survivants, la proportion de celles ne souhaitant pas d'autre naissance est passée de 21 pour cent en 1983 à 44 pour cent en 1992. On peut ainsi constater que le désir de limiter la taille de sa famille intervient de plus en plus rapidement, dès que des parités relativement faibles sont atteintes par les femmes rwandaises.

Tableau 6.1 Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par leur désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, EDS Rwanda 1992

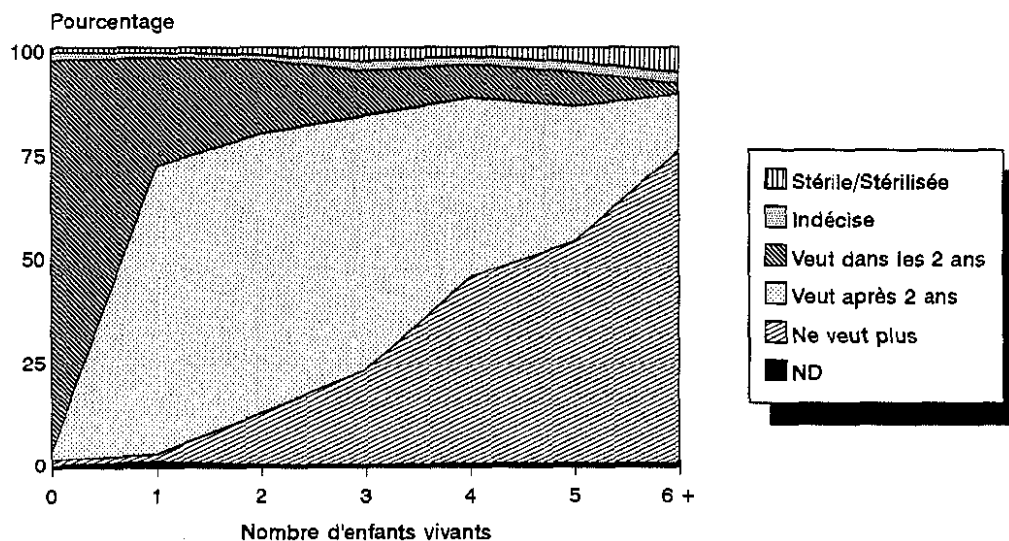
Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble des femmes
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
Veut un autre	95,6	94,4	83,9	71,2	51,2	40,7	16,0	58,3
Veut un autre bientôt ²	93,0	25,9	17,7	10,8	8,0	8,2	2,4	15,6
Veut un autre plus tard ³	2,0	68,1	66,2	60,2	42,7	32,2	13,5	42,4
Veut un autre, NSP quand	0,6	0,4	0,0	0,2	0,5	0,3	0,1	0,3
Indécise	1,2	0,7	1,1	2,1	1,5	2,1	2,9	1,8
Ne veut plus d'enfants	1,4	2,0	12,6	22,7	44,3	53,0	74,3	36,0
Stérilisée	0,0	0,2	0,5	1,9	0,7	0,7	0,6	0,7
S'est déclarée stérile	1,2	1,0	1,2	1,3	1,3	2,7	5,2	2,3
Non déterminé	0,6	1,6	0,7	0,8	1,0	1,0	1,0	1,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	189	577	574	543	544	453	906	3785

¹Y compris la grossesse actuelle

²Veut un autre dans les deux ans

³Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

Graphique 6.1
Désir d'enfants supplémentaires des femmes en union, selon le nombre d'enfants vivants



EDSR 1992

A l'inverse des proportions de femmes qui ne souhaitent plus d'enfant, les proportions de celles qui désirent des enfants supplémentaires diminuent rapidement avec la parité. On notera que parmi les femmes nullipares dont 96 pour cent désirent un enfant ou plus, la presque totalité (93 pour cent) souhaitent cette naissance *bientôt*, c'est-à-dire dans les deux ans à venir. Par contre, dès que la parité 1 est atteinte, la majorité des femmes souhaitant une autre naissance préféreraient l'avoir dans un avenir plus lointain, supérieur à deux ans (68 pour cent). En plus d'un désir de limiter la descendance dès qu'un nombre relativement faible d'enfants est atteint, il semble également que les femmes rwandaises souhaitent espacer leurs naissances dès qu'elles ont eu leur premier-né, ce qui est cohérent avec les intervalles intergénéralités trouvés, dont la médiane vaut 31,6 mois (voir Chapitre 3 - Fécondité).

Les résultats présentés au Tableau 6.2 et au Graphique 6.2 mettent en évidence les variations du désir d'avoir des enfants selon l'âge. Comme pour la parité, les proportions de femmes ne désirant plus d'enfant augmentent fortement avec l'âge, passant de 2 pour cent à 15-19 ans à plus de 70 pour cent à 40 ans et plus. Bien que cette dernière proportion soit particulièrement élevée, il convient surtout de souligner ici la part très importante de femmes qui ne désirent plus d'enfant dès 25-29 ans (20 pour cent) et 30-34 ans (33 pour cent), âges de très forte fécondité, en particulier au Rwanda où les premières naissances arrivent tardivement (âge médian à la première naissance de 21,5 ans).

Tableau 6.2 Préférences des femmes en matière de fécondité selon l'âge

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par leur désir d'enfants supplémentaires, selon l'âge, EDS Rwanda 1992

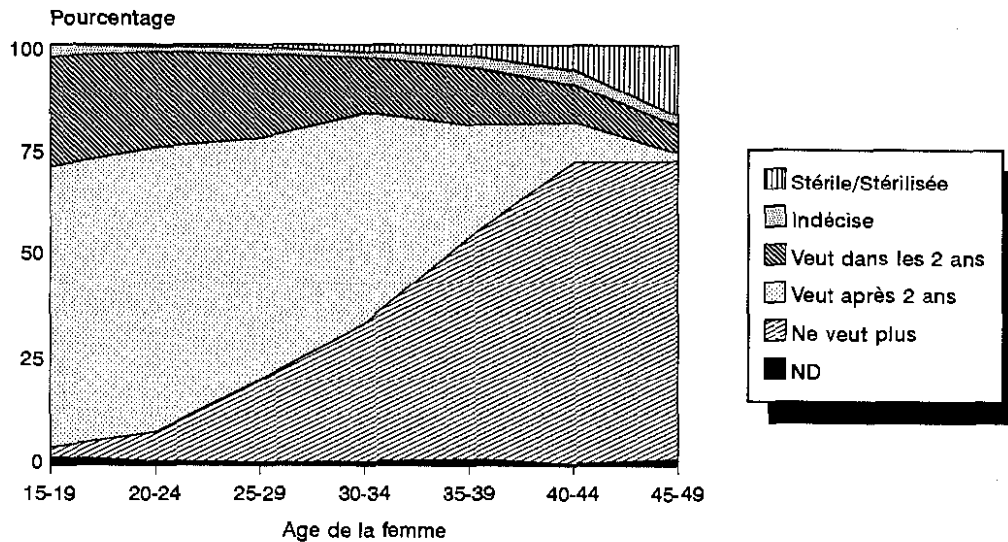
Désir d'enfants	Age de la femme							Ensemble des femmes
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Veut un autre	94,8	90,7	77,4	63,9	40,6	18,6	8,5	58,3
Veut un autre bientôt ¹	26,2	22,7	19,8	13,1	13,7	9,0	6,6	15,6
Veut un autre plus tard ²	66,7	67,8	57,6	50,3	26,9	9,4	1,9	42,4
Veut un autre, NSP quand	1,9	0,2	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0	0,3
Indécise	0,9	1,0	1,6	0,9	2,7	3,3	2,2	1,8
Ne veut plus d'enfants	2,4	6,9	19,6	32,7	52,7	71,8	70,9	36,0
Stérilisée	0,0	0,2	0,2	0,8	0,6	1,8	1,6	0,7
S'est déclarée stérile	0,0	0,2	0,5	0,8	1,9	4,0	15,1	2,3
Non déterminé	1,9	1,0	0,7	0,9	1,5	0,5	1,7	1,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	123	619	802	846	605	485	304	3785

¹Veut un autre enfant dans les deux ans

²Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

On notera par ailleurs que, quel que soit le groupe d'âges entre 15 et 44 ans, la grande majorité des femmes qui désirent un autre enfant souhaitent l'avoir dans un délai de plus de 2 ans, ce qui est en accord avec les intervalles intergénéralités observés. Dès 15-19 ans, parmi les 95 pour cent de femmes qui veulent un enfant supplémentaire, plus des deux tiers (67 pour cent) préféreraient que cette naissance se produise dans plus de 2 ans. Enfin, on peut noter que les femmes qui se sont déclarées stériles sont très faiblement représentées, même aux âges élevés : elles ne sont que 4 pour cent à 40-44 ans, et 15 pour cent à 45-49 ans.

Graphique 6.2
Désir d'enfants supplémentaires
des femmes en union, selon l'âge



EDSR 1992

Il apparaît au Tableau 6.3 que les maris ont des opinions très voisines de celles des femmes : comme ces dernières, 58 pour cent des maris ont déclaré souhaiter un autre enfant et plus d'un mari sur trois (37 pour cent) ont affirmé vouloir limiter leur descendance, c'est-à-dire ne plus vouloir d'enfant. Lors de l'ENF de 1983, 34 pour cent des maris exprimaient déjà le désir de limiter leur descendance : ainsi, contrairement aux femmes parmi lesquelles la proportion de celles ne souhaitant plus d'enfant a fortement augmenté de 1983 à 1992 (de 20 pour cent à 36 pour cent), les maris continuent d'exprimer le même

Tableau 6.3 Préférences des maris en matière de fécondité selon l'âge

Répartition (en %) des maris par leur désir d'enfants supplémentaires, selon l'âge, EDS Rwanda 1992

Désir d'enfants	Age du mari			Ensemble des maris
	15-29	30-44	45 ou +	
Veut un autre	89,0	60,2	23,6	58,4
Indécis	0,8	0,7	1,6	0,9
Ne veut plus d'enfants	9,5	36,9	65,4	37,2
Femme ne peut pas tomber enceinte	0,8	2,1	9,5	3,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif des maris	138	322	138	598

souhait en proportion pratiquement inchangée. En outre, les proportions de maris ne désirant plus d'enfant augmentent fortement avec l'âge, passant de 10 pour cent à 15-29 ans, à 37 pour cent à 30-44 ans, pour atteindre 65 pour cent à 45 ans ou plus : il s'agit d'une tendance similaire à celle observée chez les femmes.

Le Tableau 6.4 présente les préférences en matière de fécondité au niveau du couple. Près d'un couple sur quatre (24 pour cent) souhaite limiter la taille de sa famille, et près d'un couple sur deux (46 pour cent) désire encore des enfants. Dans 22 pour cent des cas, le mari et la femme sont en désaccord : soit le mari

souhaite encore des enfants alors que la femme désire en limiter le nombre (11 pour cent), soit la femme veut des enfants et le mari n'en veut plus (11 pour cent). Avec l'augmentation du nombre d'enfants vivants, que ce soit ceux du mari ou ceux de la femme, les proportions de couples désirant encore des enfants diminuent au profit des couples désirant limiter leur descendance, et c'est lorsque le nombre d'enfants se situe de 3 à 5 que la proportion de couples en désaccord est la plus importante (32 pour cent).

Tableau 6.4 Préférences des couples en matière de fécondité

Répartition (en %) des couples selon que le mari et/ou la femme veulent ou non des enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants de la femme et du mari, EDS Rwanda 1992

Nombre d'enfants vivants	Couple stérile	Mari et femme veulent d'autres enfants	Mari et femme ne veulent plus d'autres enfants	Mari veut, femme ne veut pas	Femme veut, mari ne veut pas	Autres	Total
Nombre d'enfants de la femme							
Moins de 3	4,4	78,4	3,6	4,1	7,5	2,0	100,0
3-5	4,8	40,9	19,6	18,7	13,3	2,7	100,0
6 ou plus	9,1	6,9	59,0	8,1	12,5	4,4	100,0
Nombre d'enfants du mari							
Moins de 3	1,9	83,8	3,4	6,5	3,8	0,6	100,0
3-5	5,7	38,9	20,3	17,4	14,9	2,8	100,0
6 ou plus	9,7	15,7	48,2	7,7	13,9	4,8	100,0
Ensemble	5,7	46,0	23,7	10,7	11,0	2,9	100,0

Le Tableau 6.5 fournit les proportions de femmes en union ne souhaitant pas d'enfant supplémentaire selon différentes caractéristiques socio-démographiques. Globalement, quelle que soit la catégorie de femmes et quel que soit le niveau actuel de leur fécondité, il existe un désir généralisé de limiter le nombre d'enfants.

Dans l'ensemble, on constate très peu de différences entre les milieux de résidence : 39 pour cent des femmes du milieu urbain souhaitent limiter leur descendance, contre 37 pour cent en milieu rural. Cependant, on notera qu'à parité égale, la proportion de femmes voulant limiter leur descendance est toujours plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural : parmi les femmes ayant 5 enfants, par exemple, 75 pour cent de celles du milieu urbain ne veulent plus d'enfants contre 53 pour cent de celles du milieu rural. Selon la région de résidence, dans l'ensemble, les proportions varient de 34 pour cent à Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi, où l'ISF est le plus élevé du pays, à 44 pour cent dans les préfectures de Kigali qui se caractérisent, par ailleurs, par une faible fécondité et une forte prévalence contraceptive.

Le niveau d'instruction semble être la variable la plus discriminante en ce qui concerne le désir de limiter les naissances : dans l'ensemble, 31 pour cent des femmes de niveau d'instruction primaire et 34 pour cent de celles ayant un niveau plus élevé ne désirent pas d'enfant supplémentaire, contre 43 pour cent des femmes sans instruction. Dans ce cas, ce sont donc les femmes qui ont la fécondité la plus élevée et qui pratiquent le moins la contraception qui expriment le plus le désir de limiter leur nombre d'enfants. Comme on le verra plus loin (voir Section 6.2), ces femmes sans instruction ont des besoins non-satisfaits importants en matière de planification familiale. Cependant, on notera que pour les parités élevées (à partir de 3 enfants), les femmes les plus instruites (post-primaire ou plus) expriment beaucoup plus fréquemment le désir de limiter leurs naissances que les femmes de niveau d'instruction primaire ou que celles sans instruction. A la parité 3, par exemple, 25 pour cent des femmes sans instruction et 23 pour cent de celles de niveau primaire ne souhaitent plus d'enfants contre 43 pour cent des femmes de niveau supérieur au primaire.

Tableau 6.5 Désir de limiter les naissances

Pourcentage de femmes actuellement en union ne voulant plus d'enfants par caractéristiques socio-démographiques selon le nombre d'enfants déjà nés, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble des femmes
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
Milieu de résidence								
Urbain	3,0	6,1	15,5	36,6	57,9	75,4	77,3	39,2
Rural	1,3	1,9	13,0	23,9	44,3	52,6	74,8	36,6
Préfecture								
Kigali	0,0	3,4	21,5	26,8	56,0	64,8	78,5	43,9
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	2,6	2,6	13,3	20,5	36,7	47,4	66,2	33,7
Cyangugu/Gikongoro	3,9	3,2	6,3	16,7	43,7	44,5	76,3	34,6
Butare/Gitarama	0,0	0,0	12,6	28,6	50,0	52,3	82,4	37,8
Byumba/Kibungo	0,0	2,5	12,4	30,6	46,0	64,4	77,4	35,4
Niveau d'instruction								
Aucun	4,4	4,8	15,7	24,8	44,9	53,2	74,5	43,3
Primaire	0,3	0,9	10,5	23,0	43,7	51,9	75,0	30,7
Post-primaire ou plus	0,0	0,9	16,7	42,7	57,7	71,7	82,2	34,2
Ensemble des femmes	1,4	2,2	13,1	24,6	44,9	53,6	74,9	36,7

Note: Les femmes stérilisées sont considérées comme ne voulant plus d'enfant.

¹Y compris la grossesse actuelle

Dans tous les cas, quelle que soit la variable considérée, il apparaît clairement que le désir de limiter le nombre d'enfants augmente régulièrement avec la parité. Cependant, on constate que les proportions de femmes qui ne veulent plus d'enfant augmentent d'autant plus rapidement et atteignent des niveaux d'autant plus élevés que la fécondité actuelle est faible : ainsi, pour les femmes ayant au moins 6 enfants vivants, ce sont celles du milieu urbain (77 pour cent), de Butare/Gitarama (82 pour cent), des préfectures de Kigali (79 pour cent) et celles ayant une instruction post-primaire (82 pour cent) qui expriment le plus fréquemment le désir de limiter leur descendance.

6.2 BESOINS EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes en union, actuellement non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (elles souhaitent donc limiter leurs naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance d'un enfant suivant (elles souhaitent donc espacer leurs naissances) sont considérées comme ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception.¹ Les femmes ayant des besoins insatisfaits et celles utilisant actuellement la contraception constituent la demande potentielle totale en planification familiale.

Le Tableau 6.6 donne des estimations des besoins non-satisfaits et satisfaits en matière de contraception selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Bien que le niveau d'utilisation actuelle de la contraception soit relativement élevé chez les femmes en union (21 pour cent), les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale restent encore très importants puisqu'ils concernent deux femmes sur cinq (40 pour cent). Parmi ces femmes ayant besoin d'utiliser la contraception, près de la moitié (19 pour cent) en aurait besoin pour limiter leur descendance et les autres (21 pour cent) pour espacer leurs naissances.

¹ Le calcul exact des besoins non-satisfaits est expliqué en note du Tableau 6.6.

Tableau 6.6 Besoins en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement en union ayant des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale (PF), pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Besoins en PF non-satisfaits ¹ pour:			Besoins en PF satisfaits (utilisation actuelle) ² pour:			Demande potentielle totale en PF ³ pour:			Pourcentage de demande satisfaite
	Espacer	Limiter	Total	Espacer	Limiter	Total	Espacer	Limiter	Total	
Groupe d'âges										
15-19	18,6	11,1	29,6	10,8	0,0	10,8	29,4	11,1	40,4	26,7
20-24	21,9	7,8	29,7	12,8	1,6	14,4	34,7	9,4	44,1	32,7
25-29	30,6	13,5	44,1	13,5	4,0	17,4	44,1	17,5	61,6	28,3
30-34	25,4	18,3	43,7	15,3	9,9	25,3	40,7	28,2	68,9	36,6
35-39	19,5	26,7	46,1	5,9	16,2	22,1	25,3	42,9	68,2	32,4
40-44	10,2	33,4	43,6	3,7	27,3	31,0	14,0	60,7	74,7	41,6
45-49	2,2	28,8	31,0	0,7	19,3	20,1	3,0	48,1	51,1	39,3
Milieu de résidence										
Urbain	15,1	19,2	34,3	13,1	15,3	28,4	28,2	34,4	62,6	45,3
Rural	21,3	19,5	40,7	10,0	10,7	20,8	31,3	30,2	61,5	33,8
Préfecture										
Kigali	19,2	23,7	42,9	10,2	12,4	22,6	29,4	36,1	65,5	34,5
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	21,2	18,2	39,4	12,5	10,5	23,0	33,7	28,7	62,4	36,8
Cyangugu/Gikongoro	20,4	16,9	37,3	10,3	10,6	20,8	30,7	27,4	58,1	35,9
Butare/Gitarama	22,0	20,8	42,8	7,7	11,7	19,3	29,7	32,4	62,1	31,1
Byumba/Kibungo	21,3	18,0	39,4	9,5	9,9	19,4	30,8	28,0	58,8	33,0
Niveau d'instruction										
Aucun	20,1	25,0	45,1	6,7	11,3	18,0	26,8	36,3	63,1	28,5
Primaire	22,3	15,1	37,4	12,5	10,0	22,4	34,7	25,1	59,8	37,5
Post-primaire ou plus	16,6	10,8	27,5	19,8	17,6	37,4	36,4	28,4	64,8	57,6
Ensemble des femmes	21,0	19,4	40,4	10,2	11,0	21,2	31,2	30,4	61,6	34,4

¹Les besoins non-satisfaits pour espacer concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Les besoins non-satisfaits pour limiter concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont également exclues les femmes qui sont en ménopause ou en période d'infécondabilité, selon les définitions données au Tableau 5.11.

²L'utilisation pour espacer concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. L'utilisation pour limiter concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants.

³Besoins non-satisfaits et utilisation actuelle

Si les femmes ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception satisfaisaient ces besoins, c'est-à-dire si elles utilisaient effectivement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 62 pour cent. Cette demande potentielle totale en planification familiale aurait pour objectif, autant l'espacement des naissances (31 pour cent) que leur limitation (30 pour cent). A l'heure actuelle, seulement un tiers (34 pour cent) de la demande potentielle totale en planification familiale se trouve satisfaite au Rwanda.

L'analyse différentielle des besoins en matière de planification familiale met tout d'abord en évidence d'assez fortes variations selon l'âge. De même que la prévalence contraceptive augmente régulièrement avec l'âge jusqu'à 40-44 ans pour diminuer dans le dernier groupe d'âges, de même les besoins non-satisfaits passent de 30 pour cent à 15-24 ans, à 44 pour cent à 30-44 ans, pour diminuer ensuite à 31 pour cent. Conséquence de ces deux variations parallèles, la demande potentielle totale en planification familiale augmente également avec l'âge, passant de 40 pour cent à 15-19 ans, à 75 pour cent à 40-44 ans, pour chuter ensuite à 51 pour cent. C'est donc chez les femmes de 40-44 ans que la demande potentielle de contraception est la plus élevée (75 pour cent), mais c'est aussi chez ces femmes que les besoins sont les mieux satisfaits (42 pour cent). Par ailleurs, qu'il s'agisse de l'utilisation actuelle, des besoins non-satisfaits ou de la demande totale, on notera que, parmi les femmes les plus jeunes (15-34 ans), la contraception est beaucoup plus orientée vers l'espace que vers la limitation des naissances; la tendance contraire s'observe chez les femmes les plus âgées (35-49 ans) pour lesquelles la limitation de la descendance semble être l'objectif principal de la contraception.

En ce qui concerne le milieu de résidence, les résultats obtenus montrent que la demande potentielle totale est pratiquement identique en milieu urbain (63 pour cent) et en milieu rural (62 pour cent); cependant, en ville, où la prévalence contraceptive atteint 28 pour cent, 45 pour cent de la demande totale est satisfaite, contre seulement 34 pour cent en zone rurale où les besoins non-satisfaits concernent 41 pour cent des femmes en union. S'agissant de la région de résidence, on constate, là encore, que les proportions des femmes susceptibles d'utiliser la contraception varient assez peu, de 58 pour cent à Cyangugu/Gikongoro à 66 pour cent dans les préfectures de Kigali. Par ailleurs, il convient de souligner que c'est dans les régions où la fécondité est déjà la plus faible, Butare/Gitarama et les préfectures de Kigali, que les besoins non-satisfaits sont les plus importants (43 pour cent).

Alors que l'utilisation actuelle de la contraception est plus de deux fois plus élevée parmi les femmes de niveau post-primaire que parmi les femmes sans instruction (37 pour cent contre 18 pour cent), on constate que les besoins non-satisfaits sont très importants chez les femmes qui n'ont pas fréquenté l'école (45 pour cent) alors qu'ils ne concernent que 28 pour cent des femmes les plus éduquées. De ce fait, la demande potentielle totale en matière de planification familiale ne présente que peu d'écarts selon le niveau d'instruction : 63 pour cent chez les femmes sans instruction, 60 pour cent chez celles ayant un niveau d'instruction primaire et 65 pour cent au niveau post-primaire.

Même si la prévalence contraceptive a fortement augmenté ces dernières années au Rwanda, on constate que les besoins non-satisfaits sont encore importants et touchent toutes les catégories de femmes, même celles pour lesquelles la prévalence est aujourd'hui relativement élevée. La demande potentielle totale en matière de planification familiale concerne près de 2 femmes sur 3 et la satisfaction des besoins non-satisfaits pourrait donc provoquer une poursuite importante de la baisse de la fécondité.

6.3 NOMBRE TOTAL D'ENFANTS DESIRES

Une autre manière d'aborder le sujet des préférences en matière de fécondité consiste à s'intéresser au nombre total d'enfants désirés. Pour essayer de connaître la taille de la famille idéale pour les femmes rwandaises et leur mari, on a posé à tous les enquêtés l'une des deux questions suivantes :

- Aux femmes et maris sans enfant : "Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir au total?"
- Aux femmes et maris ayant des enfants : "Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir au total?"

Le Tableau 6.7 présente la répartition des femmes par nombre idéal d'enfants ainsi que le nombre idéal moyen, selon la parité. Le nombre idéal le plus fréquemment évoqué par les femmes (42 pour cent) est de 4 enfants et ce, quel que soit leur nombre d'enfants survivants. Pour l'ensemble des femmes, la taille idéale est, en moyenne, de 4,2 enfants et elle est de 4,4 pour les seules femmes en union. Ce nombre moyen est relativement faible, puisqu'il est inférieur de 2 enfants à la fécondité actuelle qui, rappelons-le, est de 6,2 enfants par femme. En outre, on ne constate pas de variation importante de ce nombre moyen en fonction de la parité réelle, bien qu'il augmente légèrement avec le nombre d'enfants survivants, passant de 4,0 chez les femmes nullipares à 4,7 chez celles ayant 6 enfants vivants ou plus.

Le rapprochement de ces données avec celles du même type collectées lors de l'ENF de 1983 est particulièrement intéressant. En effet, en 1983, alors que l'ISF était de 8,5 enfants, les femmes rwandaises en union avaient, en moyenne, pour idéal, une famille de 6,3 enfants, soit, comme à l'EDSR, 2 enfants de moins que la fécondité réelle. En 1992, l'ISF correspond pratiquement à l'idéal évoqué neuf années plus tôt, mais le *nouvel idéal* est, à nouveau, inférieur de 2 enfants à la fécondité réelle, ce qui pourrait laisser envisager une poursuite de la baisse de la fécondité.

Tableau 6.7 Nombre idéal d'enfants des femmes

Répartition (en %) de l'ensemble des femmes par nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et pour celles actuellement en union selon le nombre d'enfants vivants, EDS Rwanda 1992

Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble des femmes
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
0	0,1	0,0	0,2	0,6	0,0	0,2	0,6	0,2
1	1,0	1,7	0,8	1,0	1,2	1,8	1,2	1,2
2	12,4	12,7	12,1	5,9	8,6	13,5	9,5	11,0
3	14,0	19,6	13,5	11,9	6,2	7,8	9,4	12,5
4	44,4	41,2	47,3	42,0	40,2	30,4	38,1	41,6
5	15,3	14,1	14,9	21,4	23,0	19,0	15,4	16,8
6 ou plus	10,5	9,7	9,4	15,8	19,7	25,1	23,7	14,9
Réponses non-numériques	2,3	1,0	1,8	1,3	0,9	2,2	2,1	1,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	2167	829	740	634	643	524	1014	6551
Nombre idéal moyen	4,0	3,9	4,0	4,4	4,5	4,6	4,7	4,2
Effectif de femmes ²	2118	821	726	626	637	513	992	6433
Nombre moyen pour les femmes en union	4,0	4,1	4,1	4,5	4,5	4,6	4,6	4,4
Effectif de femmes en union ²	185	571	564	537	538	445	885	3724

Note: Les moyennes sont calculées en excluant les femmes ayant donné des réponses non-numériques.
¹Y compris la grossesse actuelle
²Ayant donné une réponse numérique

L'analyse différentielle de la taille idéale de la famille ne fait pas apparaître de variations importantes selon l'âge, les jeunes générations ayant, néanmoins, pour idéal un nombre moyen d'enfants légèrement plus faible que les générations les plus anciennes : 4,1 enfants pour les femmes de 15-19 ans contre 4,5 pour celles de 45-49 ans (voir Tableau 6.8). En ce qui concerne les autres caractéristiques des femmes, le nombre idéal d'enfants varie de la même façon que la fécondité actuelle. Les femmes du milieu urbain qui ont une fécondité plus faible que celles du milieu rural ont également, pour idéal, un nombre d'enfants plus faible que les femmes rurales (3,6 en moyenne contre 4,3). De même, le nombre idéal d'enfants varie de 3,9 (préfectures

de Kigali) à 4,6 (Cyangugu/Gikongoro), en suivant approximativement les variations du niveau actuel de la fécondité. Les aspirations des femmes selon leur niveau d'instruction sont sensiblement différentes : les femmes n'ayant pas d'instruction désirent un nombre d'enfants (4,6 en moyenne) nettement plus élevé que celles qui ont un niveau primaire (4,1) et surtout que celles qui ont un niveau post-primaire (3,5) dont la fécondité actuelle est déjà relativement faible (ISF de 4,3).

Tableau 6.8 Nombre idéal d'enfants des femmes par caractéristiques socio-démographiques

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes par âge et par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Age actuel							Tous âges
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence								
Urbain	3,5	3,3	3,5	3,7	3,8	4,2	4,0	3,6
Rural	4,1	4,1	4,2	4,4	4,5	4,6	4,5	4,3
Préfecture								
Kigali	3,8	3,5	3,9	4,0	4,2	4,2	4,2	3,9
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	4,2	4,2	4,5	4,9	4,8	4,7	4,7	4,5
Cyangugu/Gikongoro	4,3	4,6	4,6	4,5	5,1	4,7	5,1	4,6
Butare/Gitarama	4,1	3,9	3,9	4,2	4,3	4,4	4,2	4,1
Byumba/Kibungo	3,9	4,0	4,1	4,2	4,1	4,8	4,5	4,1
Niveau d'instruction								
Aucun	4,5	4,4	4,4	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6
Primaire	4,0	4,0	4,1	4,3	4,4	4,5	4,2	4,1
Post-primaire ou plus	3,3	3,4	3,5	3,7	4,2	3,8	4,0	3,5
Ensemble des femmes	4,1	4,0	4,2	4,4	4,5	4,5	4,5	4,2

Ainsi, que leur fécondité ait déjà fortement baissé ou non, toutes les femmes enquêtées ont pour idéal un nombre d'enfants inférieur à la fécondité actuelle, ce qui laisse présager une poursuite de la baisse de la fécondité.

Pour connaître les préférences des maris en matière de fécondité, on leur a demandé, comme à leurs femmes, quel était le nombre total d'enfants qu'ils souhaiteraient (ou qu'ils auraient souhaité) avoir, en tout, durant leur vie. D'après le Tableau 6.9, les maris rwandais sont favorables à une famille de taille à peu près identique à celle souhaitée par leur femme puisque leur nombre idéal d'enfants est, en moyenne, de 4,3 contre 4,4 pour les femmes en union et 4,2 pour l'ensemble des femmes. En 1983, le nombre idéal d'enfants était de 5,9 pour les maris contre 6,3 pour les femmes : ainsi, de 1983 à 1992, le nombre idéal d'enfants a diminué davantage pour les femmes que pour les maris pour atteindre, aujourd'hui, un niveau à peu près similaire pour les deux sexes. Les maris les plus âgés (45 ans ou plus) préfèrent un nombre d'enfants légèrement plus élevé que les maris de moins de 45 ans (nombre moyen de 4,8 contre 4,2 ou moins) : une tendance du même type est observée chez les femmes. Par ailleurs, on peut constater un lien entre la taille actuelle et la taille idéale de la famille qui passe de 4,0 enfants, en moyenne, chez les maris qui ont moins de 3 enfants, à 4,8 chez ceux qui ont déjà 6 enfants ou plus.

Tableau 6.9 Nombre idéal d'enfants des maris

Répartition (en %) des maris par nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants, par caractéristiques démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Nombre idéal d'enfants				Total	Effectif des maris	Nombre idéal moyen
	Moins de 3	3 à 5	6 ou plus	NSP/ND			
Groupe d'âges							
15-29	11,5	70,9	16,8	0,8	100,0	138	4,2
30-44	12,6	71,3	15,3	0,8	100,0	322	4,1
45 ou plus	10,8	65,1	20,0	4,2	100,0	138	4,8
Nombre d'enfants vivants							
Moins de 3	12,9	76,2	10,1	0,8	100,0	191	4,0
3 à 5	10,9	71,5	16,6	1,0	100,0	216	4,2
6 ou plus	12,3	61,4	23,2	3,1	100,0	189	4,8
Ensemble des maris	11,9	69,8	16,7	1,6	100,0	598	4,3

6.4 PLANIFICATION DE LA FECONDITE

En 1981, dans le but de promouvoir une politique de population, était créé au Rwanda l'Office National de la Population (ONAPO), "...chargé de sensibiliser toutes les couches de la population aux problèmes démographiques, en mettant en place un programme d'information, de formation et d'éducation."² Ce programme avait aussi pour but de "...veiller à la bonne application des méthodes de planification familiale."² Pour tenter d'évaluer ce programme, lors de l'EDSR, on a posé aux femmes des questions permettant de mesurer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité. Ces questions, relatives à chaque enfant né au cours des cinq dernières années et à la grossesse actuelle (s'il y en a une) ont pour objectif de déterminer si, lorsque la femme s'est trouvée enceinte, elle souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard ou s'il s'agissait d'une grossesse non désirée.

De telles questions exigent, de la part de l'enquêtée, un effort de concentration important pour se souvenir avec exactitude de ses désirs à un ou plusieurs moments précis des cinq dernières années. En outre, il existe un risque de rationalisation dans la mesure où une grossesse non désirée peut souvent devenir, par la suite, un enfant auquel on s'est attaché.

D'après les résultats du Tableau 6.10, seulement 1 grossesse sur 2 (49 pour cent) ayant abouti à une naissance vivante était désirée au moment où elle s'est produite. Ainsi, dans 50 pour cent des cas, la fécondité des cinq dernières années n'a pas été correctement planifiée : soit, la grossesse était désirée, mais pour plus tard (24 pour cent), soit la grossesse n'était pas du tout désirée (26 pour cent), c'est-à-dire que les femmes ne voulaient plus d'enfants. Si l'on examine les résultats selon le rang de naissance, on constate que la proportion de naissances désirées et qui se sont produites au moment voulue diminue très rapidement avec le rang, passant de 79 pour le rang 1, à 38 pour cent seulement pour les rangs 4 et plus. A l'inverse, la proportion de naissances non désirées augmente régulièrement avec le rang, atteignant 32 pour cent pour les rangs 4 et plus. Cependant, il convient surtout de souligner ici la très forte proportion de naissances (ou grossesses) de rang 1 qui n'étaient pas désirées, à savoir 16 pour cent.

² Le problème démographique au Rwanda et le cadre de sa solution (ONAPO et MRND, 1990).

Tableau 6.10 Planification de la fécondité

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type de planification selon le rang de naissance et l'âge de la mère à la naissance, EDS Rwanda 1992

Rang de naissance et âge de la mère	Statut de la naissance:			Total ¹	Effectif de naissances
	Voulue au moment	Voulue plus tard	Non désirée		
Rang de naissance					
1	79,0	4,3	15,8	100,0	1143
2	49,6	30,0	18,7	100,0	954
3	50,6	28,1	19,7	100,0	826
4 ou plus	38,1	28,2	32,4	100,0	3291
Age de la mère					
< 20	64,8	10,5	23,9	100,0	445
20-24	61,6	19,5	17,8	100,0	1457
25-29	49,5	29,1	19,8	100,0	1676
30-34	43,7	28,8	26,2	100,0	1363
35-39	37,1	25,7	35,6	100,0	864
40-44	27,9	15,7	55,1	100,0	357
45-49	31,2	10,9	53,6	100,0	52
Ensemble	49,0	24,1	25,5	100,0	6213

Note: Le rang de naissance inclut la grossesse actuelle.

¹Y compris les non-déclarés

Par rapport à l'âge de la mère, on constate que c'est aux âges les plus jeunes (moins de 25 ans) que les naissances sont les mieux planifiées (62 pour cent) et qu'elles le sont de moins en moins bien avec l'avancement en âge, puisque seulement une naissance sur trois des femmes de 45-49 ans (31 pour cent) était désirée et s'est produite au moment voulu. En outre, à partir de 40 ans, on peut noter que plus de la moitié des naissances étaient non désirées. Enfin, il faut souligner que parmi les femmes ayant eu des naissances avant 20 ans, près d'un quart (24 pour cent) ne souhaitent pas du tout avoir d'enfant : cela ne signifie peut-être pas que ces femmes souhaitent n'avoir aucun enfant, mais c'est sans aucun doute la manifestation d'un refus d'une fécondité précoce.

Le Tableau 6.11 et le Graphique 6.3 présentent une comparaison entre l'Indice Synthétique de Fécondité Désiré (ISFD) et l'Indice Synthétique de Fécondité actuelle (ISF). Le calcul de l'ISFD est analogue à celui de l'ISF à cela près que les naissances considérées comme

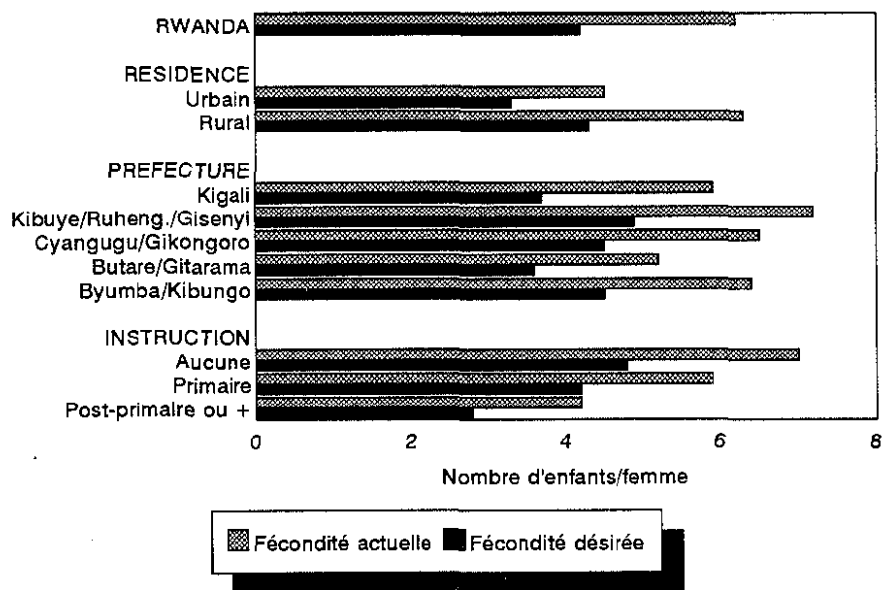
Tableau 6.11 Taux de fécondité désirée

Indice synthétique de fécondité désirée (ISDF) et indice synthétique de fécondité (ISF) pour les trois années ayant précédé l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	ISDF	ISF
Milieu de résidence		
Urban	3,3	4,5
Rural	4,3	6,3
Préfecture		
Kigali	3,7	5,9
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	4,9	7,2
Cyangugu/Gikongoro	4,5	6,5
Butare/Gitarama	3,6	5,2
Byumba/Kibungo	4,5	6,4
Niveau d'instruction		
Aucun	4,8	7,0
Primaire	4,2	5,9
Post-primaire ou plus	2,8	4,2
Ensemble des femmes	4,2	6,2

Note: Les indices sont basés sur les naissances des femmes de 15-49 ans durant la période 1-36 mois précédant l'enquête. L'ISF est le même que celui présenté au Tableau 3.2

Graphique 6.3
Indice synthétique de fécondité et
indice synthétique de fécondité désirée



EDSR 1992

non désirées ne figurent pas au numérateur. Si toutes les naissances non désirées avaient été évitées, l'ISF des femmes rwandaises serait de 4,2 enfants au lieu de 6,2. Ce niveau de fécondité désirée, inférieur de 30 pour cent environ à la fécondité réelle et qui correspond, en outre, au nombre d'enfants présenté comme idéal par les enquêtées, met en évidence l'importance des besoins en matière de planification familiale qu'il reste à satisfaire et permet de prévoir que la baisse importante de la fécondité amorcée ces dernières années se poursuivra très certainement dans les années à venir.

Quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques des enquêtées, l'ISFD est toujours inférieur à l'ISF : l'écart observé entre les deux indices varie d'un minimum de 1,2 enfants en milieu urbain et de 1,4 enfants chez les femmes les plus éduquées à un maximum de 2,3 enfants pour les femmes de Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi, région ayant actuellement la fécondité la plus forte du pays (7,2). D'autre part, on notera que c'est chez les femmes du milieu urbain, des préfectures de Kigali, de Butare/Gitarama et chez celles les plus instruites, catégories de femmes qui se caractérisent déjà par une fécondité en baisse, que l'ISFD est le plus faible, inférieur à 4 enfants par femme et atteignant même 2,8 enfants pour les rwandaises ayant une instruction post-primaire.

6.5 DISCUSSION

Plus d'un tiers des femmes rwandaises en union et plus d'un tiers des maris partagent le même désir de limiter leur descendance : ils ont exprimé le souhait de ne plus avoir d'enfants. Si toutes les grossesses non désirées étaient évitées, la fécondité totale serait de 4,2 enfants, soit 2 enfants de moins que la fécondité actuelle. Ce niveau de fécondité désirée (4,2 enfants) correspond également au nombre idéal d'enfants exprimé par les femmes et leurs maris. On estime que 40 pour cent des femmes en union ont des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale. Si ces besoins étaient satisfaits, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 62 pour cent. Ces résultats laissent présager que la baisse de la fécondité amorcée se poursuivra dans les années à venir.

CHAPITRE 7

SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

La collecte d'informations sur la santé de la mère et de l'enfant est un des objectifs prioritaires de l'EDSR. Ce chapitre présente, à partir des données collectées pour toutes les naissances vivantes survenues durant les cinq années ayant précédé directement l'enquête, les résultats concernant les soins prénatals, les conditions d'accouchement et les caractéristiques des nouveau-nés, la couverture vaccinale et, enfin, la prévalence et le traitement des principales maladies des enfants, en particulier les infections respiratoires, la fièvre et la diarrhée. Ces résultats permettent d'identifier les problèmes les plus importants en matière de santé maternelle et infantile; ils contribuent ainsi à l'évaluation et à la planification des politiques et des programmes de santé. L'alimentation des enfants et leur état nutritionnel, évalué à partir des mesures anthropométriques, seront présentés au Chapitre 8 (Allaitement et état nutritionnel).

7.1 SOINS PRENATALS ET ACCOUCHEMENT

7.1.1 Soins prénatals

Le Tableau 7.1 présente la répartition des naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête par type de soins prénatals reçus pendant la grossesse, selon certaines caractéristiques socio-démographiques des mères. Lors de l'enquête, toutes les catégories de personnes consultées par la mère, pendant la grossesse, ont été enregistrées mais, dans le Tableau 7.1, seule la personne la plus qualifiée a été retenue lorsque plusieurs personnes avaient été consultées. Au niveau national, on constate que 94 pour cent des naissances ont donné lieu à des consultations prénatales dispensées par un professionnel de la santé : 92 pour cent ont eu recours à un(e) infirmier(e) ou à un(e) assistant(e) médicale et 2 pour cent à un médecin. A l'opposé, 4 pour cent des naissances n'ont bénéficié d'aucun suivi pendant la grossesse.

Il apparaît que, quelles que soient les caractéristiques des femmes, le suivi de la grossesse par un professionnel de la santé est une pratique généralisée et uniformément répandue au Rwanda. Que ce soit du point de vue de l'âge de la mère, du rang de naissance, du milieu ou de la région de résidence ou encore du niveau d'instruction de l'enquêtée, 92 à 99 pour cent des naissances ont donné lieu à des consultations prénatales. Les écarts les plus importants, même s'ils restent très faibles, apparaissent selon le niveau d'instruction, puisque 92 pour cent des naissances de femmes sans instruction ont bénéficié de soins prénatals, contre 99 pour cent lorsque les naissances sont issues de femmes ayant un niveau post-primaire. Les médecins sont très peu consultés pour les soins prénatals (2 pour cent) : c'est à Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi (4 pour cent), dans le milieu urbain (6 pour cent) et lorsque la mère a une instruction post-primaire (7 pour cent) que les consultations auprès de médecins sont les plus fréquentes.

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. Au Graphique 7.1, on a représenté le nombre de visites prénatales effectuées et la durée de grossesse à la première visite. On constate que 12 pour cent des naissances ont fait l'objet de 4 visites ou plus au cours de la grossesse, ce qui est en accord avec les recommandations de l'OMS selon lesquelles les mères devraient effectuer, au moins, quatre visites prénatales. Cependant, pour 72 pour cent des naissances, les mères n'ont effectué que 2-3 visites et dans 11 pour cent des cas elles n'ont été qu'une seule fois en consultation. Le nombre médian de visites est de 3, ce qui est donc en-deça des recommandations de l'OMS mais qui révèle, néanmoins, une situation bien meilleure que dans de nombreux autres pays africains.

Tableau 7.1 Soins prénatals

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par type de visite prénatale durant la grossesse, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

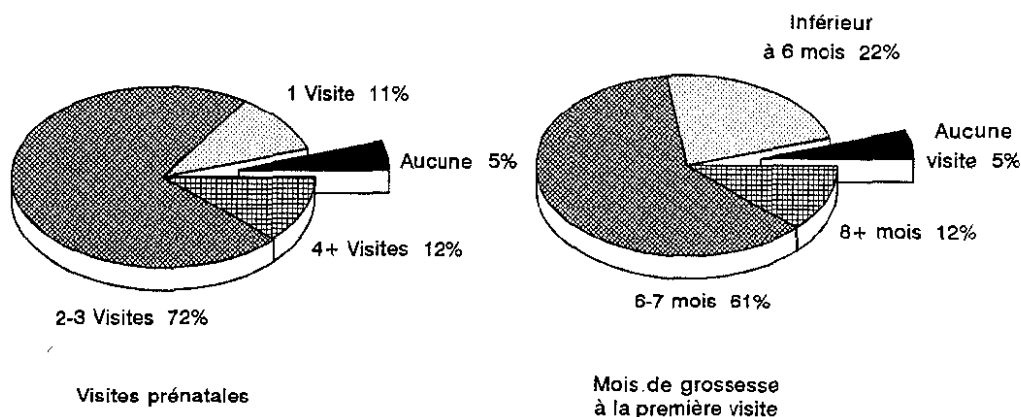
Caractéristique	Médecin	Infirmière/ Assist. médical	Ensemble personnel médical	Accou- cheuse tradi- tionnelle/ Autres	Personne	ND	Total	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance								
< 20	0,8	92,8	93,6	1,0	4,9	0,6	100,0	406
20-34	2,6	92,3	94,9	0,3	4,1	0,7	100,0	4074
35 ou plus	1,5	91,4	92,9	0,7	5,4	1,0	100,0	1132
Rang de naissance								
1	2,0	93,7	95,7	0,6	3,3	0,4	100,0	1022
2-3	3,3	92,1	95,4	0,3	3,6	0,7	100,0	1612
4-5	1,8	92,6	94,4	0,2	4,7	0,8	100,0	1307
6 ou plus	1,9	90,8	92,7	0,7	5,8	0,8	100,0	1672
Milieu de résidence								
Urbain	6,1	90,9	97,0	0,5	2,3	0,1	100,0	271
Rural	2,1	92,2	94,3	0,4	4,5	0,7	100,0	5341
Préfecture								
Kigali	1,6	95,0	96,7	1,6	1,7	0,0	100,0	912
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	4,3	89,1	93,4	0,6	4,3	1,6	100,0	1659
Cyangugu/Gikongoro	1,1	91,7	92,8	0,1	6,9	0,1	100,0	836
Butare/Gitarama	1,7	92,9	94,6	0,0	4,5	0,9	100,0	1186
Byumba/Kibungo	1,1	93,9	95,0	0,0	4,9	0,1	100,0	1019
Niveau d'instruction								
Aucun	2,1	89,9	92,0	0,7	6,1	1,2	100,0	2630
Primaire	1,9	94,4	96,3	0,2	3,2	0,3	100,0	2697
Post-primaire ou plus	7,3	91,5	98,8	0,8	0,4	0,0	100,0	286
Ensemble des femmes	2,3	92,1	94,4	0,5	4,4	0,7	100,0	5612

Note : Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête. Si différentes personnes ont été consultées, seule la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.

Par ailleurs, on constate au Graphique 7.1 que pour 1 naissance sur 5 seulement (22 pour cent) la première visite prénatale s'est effectuée à un stade précoce de la grossesse, c'est-à-dire à moins de 6 mois; dans la majorité des cas (61 pour cent), la première consultation a eu lieu à 6-7 mois de grossesse et pour 12 pour cent des naissances, la mère a attendu au moins le 8^e mois avant de se rendre en consultation. Ainsi, la durée médiane de grossesse à la première visite est élevée, puisqu'elle s'établit à 6,9 mois.

Ainsi, bien que la quasi-totalité des naissances bénéficient de soins prénatals, la première visite s'effectue tardivement, ce qui ne permet pas un dépistage précoce des problèmes qui peuvent se poser au cours d'une grossesse et limite ainsi l'efficacité de ces visites. De plus, le suivi de la grossesse n'est pas suffisamment régulier puisque le nombre médian de visites n'est que de 3, ce qui limite encore les avantages que peuvent procurer les soins prénatals.

Graphique 7.1
Visites prénatales et durée de grossesse
à la première visite



EDSR 1992

Le Tableau 7.2 présente les résultats concernant la vaccination antitétanique des mères pour toutes les naissances survenues durant les cinq années ayant précédé l'enquête. Les injections antitétaniques effectuées pendant la grossesse ont pour but la prévention du tétanos néonatal qui est une des principales causes de décès des nouveau-nés dans de nombreux pays en développement. Pour une protection complète, une femme enceinte devrait recevoir deux doses de vaccin; cependant, si elle a déjà été vaccinée lors d'une grossesse précédente, une seule dose est nécessaire pour la grossesse suivante. Près de neuf naissances sur dix (89 pour cent) ont été protégées par, au moins, une dose de vaccin reçue par les mères durant la grossesse et, dans la majorité des cas (60 pour cent), les femmes ont reçu deux doses de vaccin ou plus. Comme les soins prénatals, la vaccination antitétanique pendant la grossesse est une pratique généralisée et uniformément répandue au Rwanda : que ce soit du point de vue de l'âge de la mère, du rang de naissance, du milieu ou de la région de résidence ou encore du niveau d'instruction de l'enquêtée, 85 à 95 pour cent des naissances ont été protégées par, au moins, une dose de vaccin pendant la grossesse. Les naissances les mieux protégées sont, comme pour les consultations prénatals, celles issues de mères ayant un niveau d'instruction post-primaire (95 pour cent). A l'opposé, les naissances les moins bien protégées, même si le niveau de couverture reste élevé, sont celles de rang supérieur à 5 (85 pour cent), celles issues de femmes de plus de 34 ans (86 pour cent) et celles dont la mère n'a aucune instruction (87 pour cent).

Les résultats des Tableaux 7.1 et 7.2 ont mis en évidence le bon niveau de soins prénatals et de couverture vaccinale antitétanique des femmes pendant la grossesse. Des conclusions similaires peuvent être faites concernant la possession d'une carte ou cahier prénatal puisque, pour 92 pour cent des naissances (Tableau 7.2), les mères possèdent ce type de document. En outre, la possession de cette carte ne varie qu'assez peu selon les différentes variables socio-démographiques retenues à l'enquête. La carte prénatale est un document particulièrement important dans la mesure où y sont consignés les résultats des consultations prénatals ainsi que les conditions de l'accouchement, ce qui permet un suivi efficace de l'état de santé de la mère et de l'enfant.

Tableau 7.2 Vaccination antitétanique

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par nombre d'injections antitétaniques reçues par la mère pendant la grossesse et pourcentages de naissances pour lesquelles la mère a un carnet de santé, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Nombre d'injections antitétaniques				Total	Pourcentage ayant carte/ Cahier prénatal	Effectif de naissances
	0	1	2 ou +	NSP/ ND			
Age de la mère à la naissance							
< 20	9,4	26,3	64,2	0,1	100,0	93,3	406
20-34	9,6	30,3	59,8	0,4	100,0	92,6	4074
35 ou plus	13,1	28,5	57,9	0,5	100,0	91,5	1132
Rang de naissance							
1	7,1	21,9	70,8	0,1	100,0	94,2	1022
2-3	8,0	33,6	58,1	0,3	100,0	93,4	1612
4-5	10,6	31,3	57,6	0,5	100,0	91,6	1307
6 ou plus	14,3	29,2	56,1	0,5	100,0	90,9	1672
Milieu de résidence							
Urbain	9,2	31,2	59,0	0,6	100,0	96,1	271
Rural	10,4	29,5	59,7	0,4	100,0	92,2	5341
Préfecture							
Kigali	8,5	34,9	56,5	0,2	100,0	96,6	912
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	11,4	29,9	58,3	0,4	100,0	91,1	1659
Cyangugu/Gikongoro	11,7	28,3	59,6	0,4	100,0	88,2	836
Butare/Gitarama	9,3	29,4	60,6	0,7	100,0	93,3	1186
Byumba/Kibungo	10,2	25,7	63,9	0,2	100,0	93,2	1019
Niveau d'instruction							
Aucun	12,6	29,9	57,0	0,5	100,0	90,1	2630
Primaire	8,7	29,6	61,5	0,2	100,0	94,0	2697
Post-primaire ou plus	5,1	27,7	66,9	0,4	100,0	99,0	286
Ensemble	10,3	29,6	59,7	0,4	100,0	92,4	5612

7.1.2 Accouchement

La majorité des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête (73 pour cent) ont eu lieu à la maison, et seulement 1 naissance sur 4 a eu lieu dans un établissement sanitaire (Tableau 7.3). Cependant, le lieu d'accouchement varie de façon très importante selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes (Tableau 7.3 et Graphique 7.2).

L'âge semble être une variable discriminante; en effet, par rapport aux femmes de 35 ans et plus dont 17 pour cent seulement des naissances ont eu lieu dans une formation sanitaire, celles de moins de 20 ans accouchent beaucoup plus fréquemment dans un établissement de soins (42 pour cent). De même, le rang de naissance de l'enfant semble jouer un rôle essentiel : la moitié des naissances de premier rang (51 pour cent) ont eu lieu dans un établissement sanitaire et cette proportion diminue au fur et à mesure que le rang augmente, pour ne concerner que 16 pour cent des naissances de rang 6 et plus. Ces variations selon l'âge et selon le rang de naissance ne résultent peut-être pas d'une modification de comportement des jeunes générations qui auraient de plus en plus tendance à accoucher dans les formations sanitaires; il se peut que ces variations résultent simplement d'un comportement particulier des mères les plus jeunes et donc enceintes pour la première fois, qui considèrent que les premières naissances comportent des risques particuliers, et qu'il faut donc prendre davantage de précautions que pour les naissances de rangs suivants.

Tableau 7.3 Lieu de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

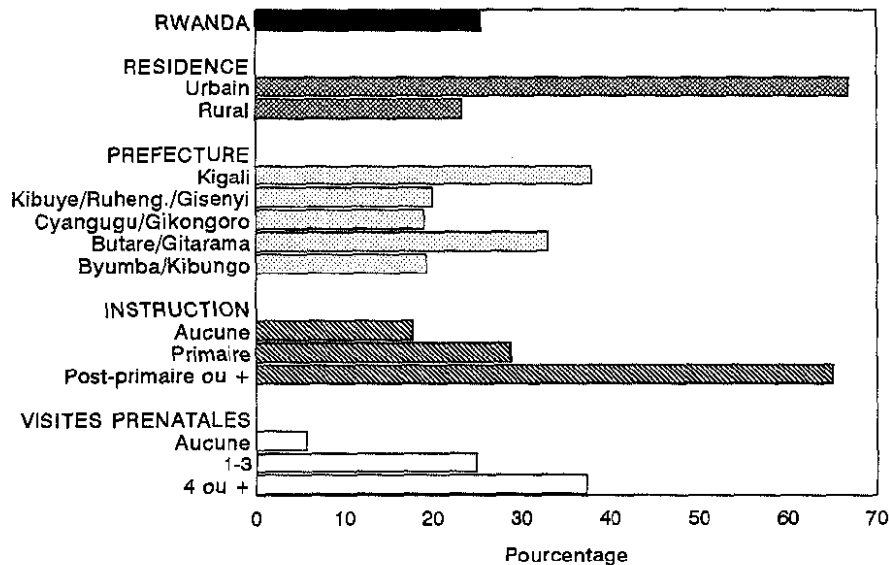
Caractéristique	Etablis- sement sanitaire	A la maison	Autres	ND	Total	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance						
< 20	41,7	56,6	1,1	0,6	100,0	406
20-34	26,1	72,0	1,2	0,7	100,0	4074
35 ou plus	17,0	80,1	1,9	1,0	100,0	1132
Rang de naissance						
1	50,7	47,5	1,3	0,4	100,0	1022
2-3	24,7	73,4	1,2	0,8	100,0	1612
4-5	18,7	79,4	1,2	0,8	100,0	1307
6 ou plus	15,8	81,7	1,6	0,9	100,0	1672
Milieu de résidence						
Urbain	66,8	32,7	0,4	0,1	100,0	271
Rural	23,3	74,6	1,4	0,8	100,0	5341
Préfecture						
Kigali	37,9	60,6	1,5	0,0	100,0	912
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	20,0	76,4	1,8	1,8	100,0	1659
Cyangugu/Gikongoro	19,0	79,5	1,4	0,1	100,0	836
Butare/Gitarama	33,0	65,3	0,9	0,9	100,0	1186
Byumba/Kibungo	19,3	79,7	0,9	0,1	100,0	1019
Niveau d'instruction						
Aucun	17,6	79,9	1,2	1,3	100,0	2630
Primaire	28,7	69,5	1,5	0,3	100,0	2697
Post-primaire ou plus	65,1	33,7	1,2	0,0	100,0	286
Visites prénatales¹						
Aucune	5,6	80,1	0,4	13,9	100,0	289
1 à 3	24,8	73,7	1,5	0,0	100,0	4638
4 ou plus	37,3	62,0	0,7	0,0	100,0	679
Ensemble des naissances	25,4	72,5	1,3	0,8	100,0	5612

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

¹Sont exclues 6 femmes pour lesquelles l'information sur les visites prénatales est manquante.

Du point de vue du milieu et de la région de résidence, on constate également de fortes disparités. En milieu urbain, près de 7 naissances sur 10 (67 pour cent) ont eu lieu dans une formation sanitaire, contre 2 naissances sur 10 seulement (23 pour cent) en milieu rural. Par ailleurs, dans les préfectures de Kigali (38 pour cent) et à Butare/Gitarama (33 pour cent), 1 naissance sur 3 environ a eu lieu dans un établissement sanitaire, contre 1 naissance sur 5 seulement dans les autres régions. La disponibilité, la proximité et l'accessibilité plus ou moins grande des infrastructures sanitaires expliquent très certainement ces disparités, notamment entre les milieux urbain et rural. Le niveau d'instruction de la femme joue également un rôle prédominant dans le choix du lieu d'accouchement : deux tiers des naissances de femmes ayant un niveau post-primaire (65 pour cent) ont eu lieu dans un établissement sanitaire, contre seulement 18 pour cent des naissances de femmes sans instruction.

Graphique 7.2
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans
nés dans des établissements sanitaires



EDSR 1992

Il convient de souligner enfin une autre relation mise en évidence par les résultats du Tableau 7.3 et qui concerne le lieu d'accouchement et le nombre de visites prénatales effectuées par la mère. On constate que les naissances pour lesquelles la mère a fait des visites prénatales se déroulent beaucoup plus fréquemment en milieu médicalisé (26 pour cent) que lorsqu'il n'y a eu aucune consultation prénatale (6 pour cent). En outre, plus le nombre de visites prénatales est élevé, plus l'accouchement a tendance à se dérouler dans un établissement sanitaire : c'est le cas de 37 pour cent des naissances dont la mère a fait plus de trois visites prénatales.

Le Tableau 7.4 présente la répartition en pour cent des naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance à l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques des mères. On constate tout d'abord que 26 pour cent des naissances ont été assistées par un professionnel de la santé, soit à peu près la même proportion que les accouchements qui se sont déroulés en formation sanitaire (25 pour cent) : dans la majorité des cas (23 pour cent) ce sont des infirmières ou des assistantes médicales qui ont aidé à l'accouchement, les médecins n'intervenant que pour une part négligeable (3 pour cent). Par ailleurs, 13 pour cent des naissances ont bénéficié de l'assistance d'accoucheuses traditionnelles, qu'elles aient reçu ou non une formation. Cependant, la plus grande partie des accouchements (40 pour cent) se sont déroulés simplement avec l'aide de parents ou d'amies et, dans 1 cas sur 5, sans l'aide de personne.

L'analyse des données concernant l'assistance à l'accouchement selon les différentes catégories socio-démographiques met en évidence le même type de variations que celles soulignées à propos du lieu d'accouchement. L'assistance médicalisée à l'accouchement varie fortement, les naissances en ayant le plus bénéficié étant celles de rang 1 (51 pour cent), celles issues de mères de moins de 20 ans (42 pour cent), de mères ayant fait plus de 3 visites prénatales (38 pour cent), de mères ayant un niveau d'instruction post-primaire (65 pour cent), de mères du milieu urbain (67 pour cent) et des préfectures de Kigali (38 pour cent)

Tableau 7.4 Assistance lors de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance lors de l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Médecin	Infirmière/ Assist. médical	Ensemble personnel médical	Accou- cheuse tradition- nelle	Parents/ Autres	Personne	ND	Total	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance									
< 20	5,6	36,7	42,3	14,8	33,4	9,0	0,6	100,0	406
20-34	3,1	23,3	26,4	13,2	40,6	19,2	0,7	100,0	4074
35 ou plus	1,5	16,2	17,6	13,7	39,1	28,6	1,0	100,0	1132
Rang de naissance									
1	6,9	44,5	51,4	13,3	27,5	7,3	0,4	100,0	1022
2-3	2,7	22,0	24,7	13,1	44,8	16,5	0,8	100,0	1612
4-5	2,2	16,9	19,1	14,2	42,4	23,6	0,8	100,0	1307
6 ou plus	1,3	15,0	16,3	13,1	40,3	29,5	0,8	100,0	1672
Milieu de résidence									
Urbain	8,4	58,4	66,9	8,1	18,7	6,2	0,1	100,0	271
Rural	2,6	21,0	23,7	13,7	40,8	21,1	0,8	100,0	5341
Préfecture									
Kigali	3,5	34,7	38,2	12,0	35,1	14,6	0,0	100,0	912
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	2,3	18,2	20,4	11,2	41,9	24,8	1,6	100,0	1659
Cyangugu/Gikongoro	3,3	15,4	18,7	15,3	50,0	15,8	0,1	100,0	836
Butare/Gitarama	3,5	30,5	33,9	14,5	32,3	18,5	0,9	100,0	1186
Byumba/Kibungo	2,5	17,0	19,6	15,3	40,7	24,2	0,2	100,0	1019
Niveau d'instruction									
Aucun	2,0	16,4	18,4	13,1	43,0	24,3	1,2	100,0	2630
Primaire	3,2	25,6	28,8	14,2	38,7	18,0	0,4	100,0	2697
Post-primaire ou plus	8,6	56,1	64,7	9,3	19,3	6,7	0,0	100,0	286
Visites prénatales¹									
Aucune	1,0	4,9	6,0	14,0	41,3	24,8	13,9	100,0	289
1 à 3	2,6	22,6	25,2	13,9	40,3	20,6	0,0	100,0	4638
4 ou plus	5,7	31,9	37,6	9,9	35,3	17,2	0,0	100,0	679
Ensemble des naissances	2,9	22,8	25,8	13,4	39,7	20,4	0,7	100,0	5612

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête. Si différentes personnes ont assisté l'accouchement, seule la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.

¹Sont exclues 6 femmes pour lesquelles l'information sur les visites prénatales est manquante.

et de Butare/Gitarama (34 pour cent). La proportion de naissances assistées par des accoucheuses traditionnelles est partout inférieure à 16 pour cent, et n'atteint pas 10 pour cent dans le cas des accouchements qui bénéficient le plus d'une assistance médicale, à savoir ceux du milieu urbain, ceux de femmes ayant eu plus de 3 visites prénatales et ceux de femmes de niveau post-primaire. Ainsi, les écarts importants, constatés pour l'assistance par des professionnels de la santé, se retrouvent dans les proportions d'accouchement assistés par des parents ou sans assistance. Vingt-quatre pour cent ou plus des naissances ont eu lieu sans aucune assistance lorsque la mère a plus de 34 ans (29 pour cent), lorsqu'elle est de Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi (25 pour cent) ou de Byumba/Kibungo (24 pour cent), lorsqu'elle n'a pas d'instruction (24 pour cent), lorsqu'elle n'a fait aucune visite prénatale (25 pour cent) ou encore lorsque la naissance est de rang supérieur à 5 (30 pour cent).

Parmi les naissances des cinq années ayant précédé l'enquête, moins de 2 pour cent seulement ont eu lieu par césarienne (Tableau 7.5). Cette faible proportion n'est pas surprenante, puisque seulement 3 pour cent des accouchements sont assistés par des médecins qui sont les seuls à pouvoir pratiquer ce genre d'intervention.

Par ailleurs, on constate que selon les déclarations des mères, une très faible proportion de naissances étaient prématurées (2,2 pour cent). D'après les cartes prénatales ou les déclarations de la mère, on ne connaît le poids à la naissance des enfants que dans 23 pour cent des cas : parmi ces derniers, 3 pour cent étaient de faible poids (moins de 2500 grammes), 14 pour cent avaient un poids moyen (de 2500 grammes à moins de 3500 grammes), et 6 pour cent pouvaient être considérés comme de gros bébés (3500 grammes et plus). A la question concernant la taille de leur bébé à la naissance, 43 pour cent des mères ont déclaré qu'il était *moyen*, dans 45 pour cent des cas, elles ont déclaré qu'il était *grand* et, dans 12 pour cent des cas, elles ont déclaré qu'il était *petit*.

7.2 VACCINATION

Pour permettre une évaluation du Programme Elargi de Vaccination (PEV), l'EDSR a collecté des données sur la couverture vaccinale pour tous les enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête. Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, un enfant doit recevoir, pour être complètement vacciné, le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole et trois doses de vaccin contre la polio et le DTCOq (diphtérie, tétanos et coqueluche). De plus, l'OMS recommande que l'ensemble de ces vaccinations soient effectuées avant l'âge de 1 an.

Pour suivre les recommandations de l'OMS (OMS, 1991), les données sur la vaccination ont été collectées de deux façons différentes, soit copiées à partir de la carte ou carnet de vaccination, soit enregistrées selon les déclarations de la mère. Ainsi, l'enquêtrice demandait à la femme de lui montrer la carte

ou carnet de vaccination qui lui est remis lorsqu'elle présente son enfant en consultation, et recopiait les informations y figurant. Si la mère ne disposait pas de tels documents (soit elle ne les avait jamais eus, soit ils n'étaient pas disponibles au moment de l'enquête, soit elle les avait égarés), on lui demandait si son enfant avait reçu le BCG (caractérisé par la cicatrice que laisse généralement la vaccination), le vaccin de la polio (y compris le nombre de doses), et celui contre la rougeole. Pour les enfants ne disposant pas d'enregistrement écrit, on n'a pas posé de question sur le DTCOq, mais cette vaccination étant normalement effectuée en même temps que la polio, on suppose que la couverture est la même que celle de la polio. Précisons enfin que des données concernant la polio 0, administrée à la naissance, ont été collectées lors de l'EDSR, mais qu'elles ne sont pas présentées dans les résultats qui suivent parce que cette nouvelle vaccination avait été introduite au Rwanda très peu de temps avant l'enquête et que, de ce fait, la couverture enregistrée n'est que partielle.

Tableau 7.5 Caractéristiques de l'accouchement: césarienne, prématurité, poids et taille à la naissance

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par nature de l'accouchement (césarienne, prématurité), poids à la naissance et taille à la naissance d'après l'opinion de la mère, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Pourcentage
Accouchement par césarienne	
Oui	1,8
Non	97,4
ND	0,8
Total	100,0
Prématurité	
Oui	2,2
Non	97,1
NSP/ND	0,7
Total	100,0
Poids à la naissance (kg)	
< 2,5	3,0
2,5 - 3,5	14,4
3,5 ou plus	5,9
NSP/ND	76,7
Total	100,0
Taille à la naissance	
Grand	44,6
Moyen	42,9
Petit	11,6
NSP/ND	0,9
Total	100,0
Effectif de naissances	5612

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

Le Tableau 7.6 et le Graphique 7.3 présentent les résultats sur la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon les différentes sources d'information : la carte de vaccination, les déclarations de la mère et les deux sources combinées. Seul le groupe d'âges 12-23 mois a été retenu parce que, selon l'OMS, les enfants de ce groupe d'âges devraient être complètement vaccinés. Dans la majorité des cas (88 pour cent), la couverture vaccinale a pu être mesurée à partir du carnet de vaccination et, dans 12 pour cent des cas restant, les informations ont été obtenues à partir des déclarations des mères.

Tableau 7.6 Vaccinations par sources d'information

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu des vaccinations spécifiques quel que soit l'âge à la vaccination selon que l'information provient d'un carnet de vaccination ou de la déclaration de la mère, et pourcentage de ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois, EDS Rwanda 1992

Source d'information	BCG	DTCoq			Polio			Rou-geole	Tou-tes ¹	Aucune	Effectif d'en-fants
		1	2	3	1	2	3				
Vaccinés à n'importe quel âge avant l'enquête											
Selon le carnet de vaccination	87,5	87,5	86,9	85,8	87,5	86,9	85,8	83,1	82,4	0,0	1010
Selon la déclaration de la mère	9,3	8,8	8,4	5,4	8,8	8,4	5,4	7,5	4,7	2,9	1010
Selon les deux sources	96,9	96,3	95,4	91,2	96,3	95,4	91,2	90,6	87,2	2,9	1010
Vaccinés avant l'âge de 12 mois											
Selon le carnet de vaccination	87,2	87,2	86,6	85,2	87,2	86,6	85,2	79,7	78,9	0,3	1010
Selon les deux sources	96,5	95,9	95,0	90,6	95,9	95,0	90,6	86,9	83,4	3,3	1010

Note: On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio. Chez les enfants pour lesquels l'information est basée sur la déclaration de la mère, on a supposé que la proportion de vaccins reçus durant leur première année de vie était la même que chez ceux ayant un carnet de vaccination.

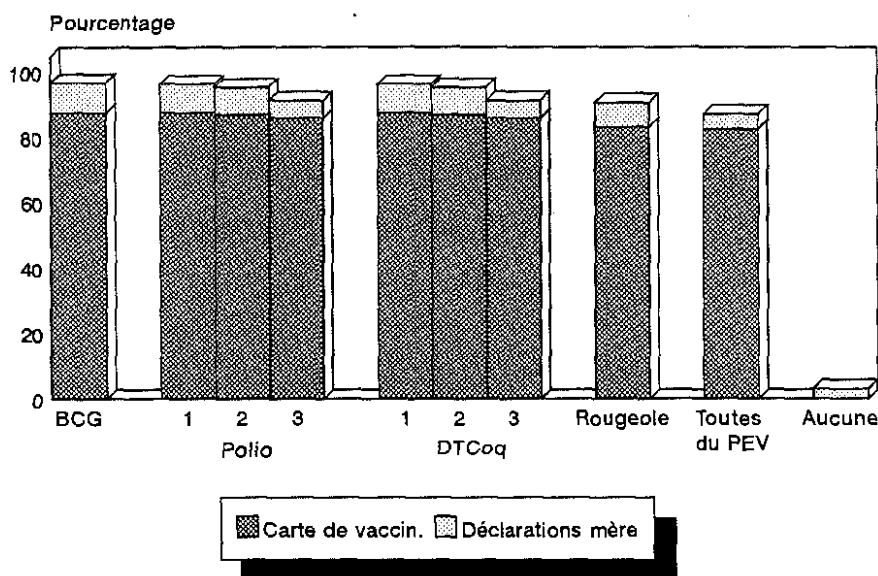
¹ Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, et les doses 1, 2 et 3 de DTCoq et de polio).

On constate que la presque totalité des enfants de 12-23 mois (87 pour cent) avaient reçu toutes les vaccinations du PEV au moment de l'enquête : ces 87 pour cent de couverture vaccinale sont établis presque entièrement sur la base des carnets de vaccination (82 pour cent), les déclarations de la mère n'intervenant que pour une part très réduite (5 pour cent).

Si l'on s'intéresse à chaque type de vaccin pris séparément, on constate que la couverture vaccinale varie très peu : 97 pour cent des enfants ont reçu le BCG, donné en principe à la naissance; 96 pour cent des enfants ont reçu la première dose de polio et de DTCoq, cette proportion diminue ensuite avec les doses mais reste très élevée puisque 91 pour cent des enfants ont reçu les trois doses de polio et de DTCoq, le taux de déperdition¹ entre la première et la troisième dose est donc très faible (5 pour cent). Enfin, 91 pour cent des enfants sont vaccinés contre la rougeole : ce taux de vaccination est à peu près identique à celui correspondant

¹ Le taux de déperdition pour la polio, par exemple, est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose du vaccin, ne reçoivent pas la troisième.

Graphique 7.3
Vaccinations des enfants de 12-23 mois
selon le type de vaccin et la source d'information



EDSR 1992

à la troisième dose de polio et de DTCoq, ce qui n'est guère surprenant dans la mesure où ces dernières doses sont données à peu près au même moment que le vaccin contre la rougeole. Globalement, seuls 3 pour cent des enfants n'ont reçu aucune des vaccinations du PEV.

Il convient enfin de préciser que la presque totalité des enfants vaccinés l'ont été conformément au calendrier vaccinal recommandé, c'est-à-dire avant l'âge de 1 an : en effet, si 87 pour cent des enfants de 12-23 mois ont reçu toutes les vaccinations du PEV, 83 pour cent ont reçu ces vaccinations avant leur premier anniversaire (Tableau 7.6).

Le Tableau 7.7 présente les résultats concernant la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon différentes caractéristiques socio-démographiques. Que ce soit du point de vue du sexe de l'enfant, de son rang de naissance, du milieu et de la région de résidence de la mère, ou encore de son niveau d'instruction, les différences de couverture vaccinale sont très réduites : c'est à Byumba/Kibungo (83 pour cent), quand le rang de naissance est supérieur à 5 (85 pour cent) et quand la mère n'a pas d'instruction (85 pour cent) que les proportions d'enfants ayant reçu toutes les vaccinations sont les *plus faibles*; à l'inverse les enfants de femmes de niveau d'instruction post-primaire sont les *mieux* vaccinés (95 pour cent pour toutes les vaccinations). La vaccination du BCG, qui a le taux de couverture le plus élevé, varie d'un minimum de 95 pour cent à 100 pour cent pour les mêmes catégories d'enfants. Quant à la rougeole, contre laquelle la vaccination est la *moins* répandue, le taux de couverture varie de 88 à 99 pour cent.

Ainsi, comme les soins prénatals et la vaccination antitétanique pendant la grossesse, la vaccination des enfants est une pratique généralisée et uniformément répandue au Rwanda, quelles que soient les caractéristiques de la mère et des enfants.

Tableau 7.7 Vaccinations par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu des vaccinations spécifiques (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage de ceux pour lesquels un carnet de vaccinations a été présenté à l'enquêtrice, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	BCG	DTCoq			Polio			Rougeole	Tousses ¹	Aucune	Pourcentage avec un Effec-carnet de tif vaccina- d'en-fants	
		1	2	3	1	2	3				tion	ants
Sexe												
Masculin	97,5	97,0	96,1	91,6	97,0	96,1	91,6	90,7	86,9	2,1	88,1	515
Féminin	96,3	95,6	94,6	90,8	95,6	94,6	90,8	90,5	87,5	3,7	87,4	495
Rang de naissance												
1	98,8	97,0	95,7	91,5	97,0	95,7	91,5	93,3	87,2	0,6	87,1	187
2-3	97,9	97,9	97,0	94,5	97,9	97,0	94,5	93,0	89,6	1,7	88,2	281
4-5	96,4	96,4	95,0	90,6	96,4	95,0	90,6	89,6	87,1	3,6	88,8	233
6 ou plus	95,2	94,4	94,0	88,6	94,4	94,0	88,6	87,6	84,9	4,8	87,0	309
Milieu de résidence												
Urbain	98,5	97,8	97,8	95,6	97,8	97,8	95,6	94,9	93,4	1,5	84,6	48
Rural	96,8	96,2	95,3	91,0	96,2	95,3	91,0	90,4	86,9	3,0	87,9	962
Préfecture												
Kigali	98,8	97,2	97,2	94,5	97,2	97,2	94,5	92,1	90,4	1,2	87,5	157
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	95,9	95,9	94,8	91,5	95,9	94,8	91,5	88,9	86,3	3,7	88,4	309
Cyangugu/Gikongoro	98,5	97,7	97,0	93,2	97,7	97,0	93,2	93,2	90,1	1,5	90,9	150
Butare/Gitarama	96,6	96,0	94,3	89,2	96,0	94,3	89,2	92,6	88,1	3,4	85,1	201
Byumba/Kibungo	95,9	95,3	94,7	88,6	95,3	94,7	88,6	88,0	82,6	3,5	87,3	193
Niveau d'instruction												
Aucun	96,4	95,4	94,4	89,3	95,4	94,4	89,3	88,7	85,3	3,6	85,8	445
Primaire	97,0	96,9	96,2	92,4	96,9	96,2	92,4	91,3	87,9	2,6	89,5	512
Post-primaire ou plus	100,0	97,9	95,8	95,8	97,9	95,8	95,8	99,3	95,1	0,0	87,8	54
Ensemble des enfants	96,9	96,3	95,4	91,2	96,3	95,4	91,2	90,6	87,2	2,9	87,8	1010

Note: On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio.

¹Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, et les doses 1, 2 et 3 de DTCoq et de polio).

Les données sur la vaccination ayant été collectées pour tous les enfants de moins de cinq ans, on peut évaluer rétrospectivement les tendances de la couverture vaccinale avant l'âge de 12 mois pour les quatre années ayant précédé l'enquête à partir des données concernant les enfants de 12-23, 24-35, 36-47 et 48-59 mois à l'enquête. Les données du Tableau 7.8 présentent ces taux de couverture vaccinale d'après le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère. Les différentes valeurs ont été calculées à partir des dates de vaccination figurant sur les carnets; dans les cas où les dates de vaccination étaient inconnues, par exemple lorsque l'information provenait des seules déclarations de la mère, on a supposé que ces enfants avaient été vaccinés selon un calendrier similaire à celui des enfants disposant de dates sur les carnets. Figurent également au Tableau 7.8 les proportions d'enfants de chaque âge pour lesquels un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

Tableau 7.8 Vaccinations avant l'âge de 12 mois

Pourcentage d'enfants âgés de 1 à 4 ans pour lesquels un carnet de vaccinations a été montré à l'enquêtrice, et pourcentage de ceux qui ont reçu, avant l'âge de 12 mois, le BCG, le DTCoq, et les vaccins contre la polio et contre la rougeole, par âge actuel de l'enfant, EDS Rwanda 1992

	Age actuel de l'enfant en mois				Enfants 12-59 mois
	12-23	24-35	36-47	48-59	
Carnet de vaccination montré à l'enquêtrice	87,8	80,9	76,3	67,4	78,2
Pourcentage d'enfants vaccinés avant l'âge de 12 mois¹					
BCG	96,5	97,2	97,1	95,0	96,5
DTCoq 1	95,9	96,5	96,5	94,1	95,7
DTCoq 2	95,0	95,9	95,1	92,5	94,6
DTCoq 3 ²	90,6	91,1	89,5	85,1	89,1
Polio 1	95,9	96,5	96,8	94,3	95,9
Polio 2	95,0	95,9	95,1	92,6	94,7
Polio 3	90,6	91,2	89,5	85,3	89,2
Rougeole	86,9	85,2	82,6	80,3	83,8
Toutes les vaccinations ³	83,4	79,9	78,5	73,9	79,0
Aucune vaccination	3,3	2,2	2,9	5,1	3,4
Effectif d'enfants	1010	1013	978	981	3983

¹L'information a été obtenue soit à partir du carnet de vaccinations, soit à partir des déclarations de la mère quand il n'y avait pas d'enregistrement écrit. On suppose que, chez les enfants pour lesquels l'information est basée sur la déclaration de la mère, la proportion de vaccins reçus durant la première année de vie est la même que chez ceux ayant un carnet.

²On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio.

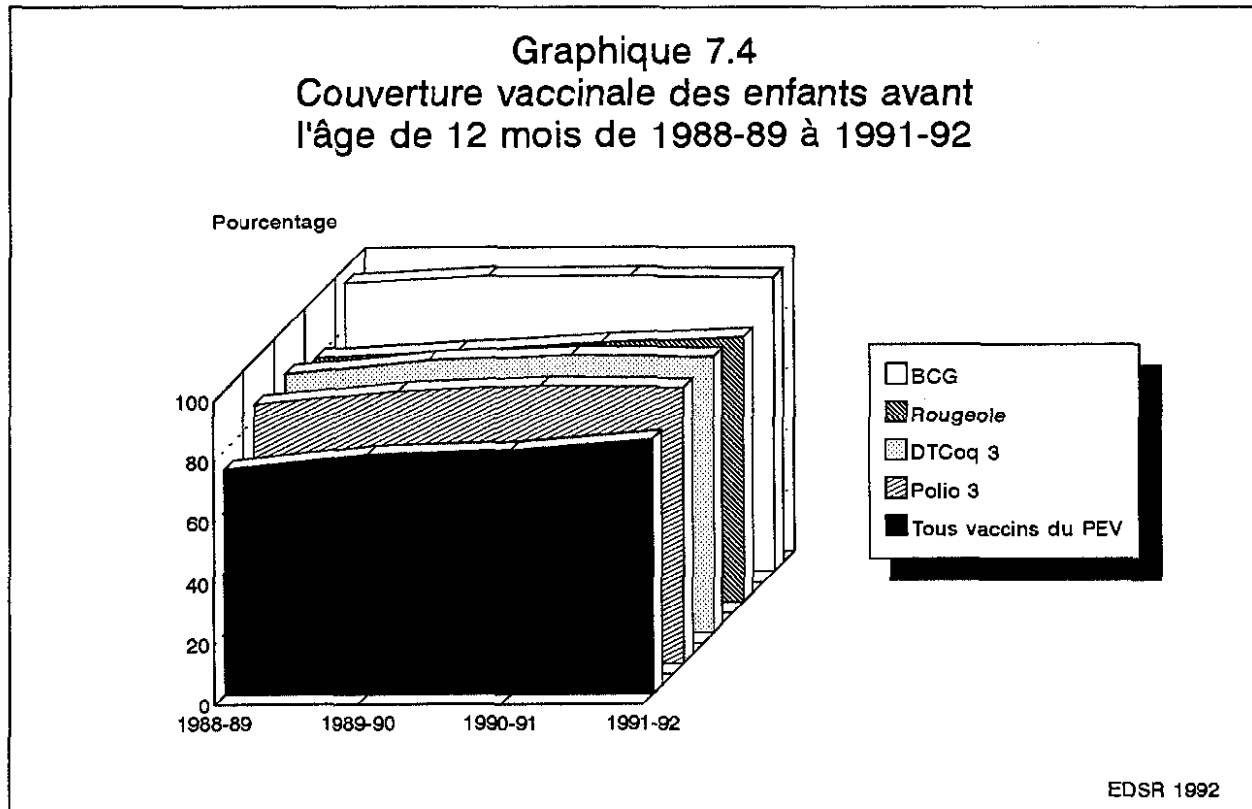
³Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, et les doses 1, 2 et 3 de DTCoq et de polio)

Pour l'ensemble des enfants de 1-4 ans, une carte de vaccination a été présentée à l'enquêtrice dans 78 pour cent des cas. Cette proportion passe de 67 pour cent pour les enfants de 48-59 mois à 88 pour cent pour ceux de 12-23 mois. Cette augmentation reflète certainement une amélioration de la couverture vaccinale des enfants de 1988-1989 à 1991-1992, mais elle peut également être, en partie, le résultat de pertes de plus en plus importante des cartes de vaccination avec l'avancement en âge des enfants.

On constate que, pour l'ensemble des enfants de 1-4 ans, 79 pour cent ont reçu toutes les vaccinations avant l'âge d'un an : 97 pour cent ont reçu le BCG, 96 pour cent ont reçu la première dose de polio et la première dose de DTCoq, et 84 pour cent ont été vaccinés contre la rougeole. Seulement 3 pour cent des enfants de 1-4 ans n'ont reçu aucune vaccination du PEV avant l'âge de 1 an.

Etant donné qu'il s'agit ici de vaccinations reçues avant l'âge de 12 mois, les différents taux de vaccination selon l'âge actuel de l'enfant reflètent les variations de la couverture vaccinale au cours des quatre années ayant précédé l'enquête, soit de 1988-1989 à 1991-1992 (voir Graphique 7.4). Il apparaît ainsi que

les proportions d'enfants ayant reçu le BCG et les premières doses de polio et de DTCoq n'ont pas varié de façon significative ces dernières années, passant de 95 à 97 pour cent pour le BCG et de 94 à 96 pour cent pour la polio et le DTCoq. Par contre, en ce qui concerne la 3^e dose de ces vaccins, on peut observer une amélioration assez nette, le taux de couverture passant de 85 à 91 pour cent : ainsi, le taux de déperdition entre la 1^{re} et la 3^e dose de vaccin, qui était de 10 pour cent en 1988-1989, a fortement baissé puisqu'il n'est plus aujourd'hui que de 5 pour cent. Une autre amélioration assez nette est celle concernant la vaccination contre la rougeole dont le taux de couverture est passé de 85 à 91 pour cent au cours des dernières années. Rappelons que la vaccination contre la rougeole est faite assez tardivement au cours des 12 premiers mois, comme la 3^e dose de polio et de DTCoq.



Ainsi, il semblerait qu'au cours des dernières années, plutôt que le recours à la vaccination de façon générale, ce soit plutôt le suivi des vaccinations qui ait connu une amélioration. Conséquence de ces changements, la proportion d'enfants ayant reçu toutes les vaccinations du PEV au cours des 12 premiers mois a connu une nette augmentation : de 74 pour cent en 1988-1989, cette proportion atteint 83 pour cent en 1991-1992.

7.3 MALADIES DES ENFANTS

7.3.1 Infections respiratoires

Les infections respiratoires aiguës et, en particulier, la pneumonie constituent l'une des principales causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement. Pour évaluer la prévalence de ces maladies, on a demandé aux mères si leurs enfants de moins de 5 ans avaient souffert de la toux et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Bien qu'insuffisante pour établir un véritable diagnostic, la présence de ces deux symptômes n'en demeure pas moins, dans de

nombreux cas, révélatrice d'infections respiratoires aiguës et même de pneumonie. Les soins précoces et le traitement par les antibiotiques pouvant éviter des complications des infections respiratoires et même le décès, on a également demandé aux mères si l'enfant malade avait été conduit en consultation et quel type de traitement il avait reçu.

Le Tableau 7.9 met en évidence des proportions très élevées d'enfants ayant souffert de la toux et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête, puisque un tiers des enfants (33 pour cent) ont présenté ces deux symptômes.

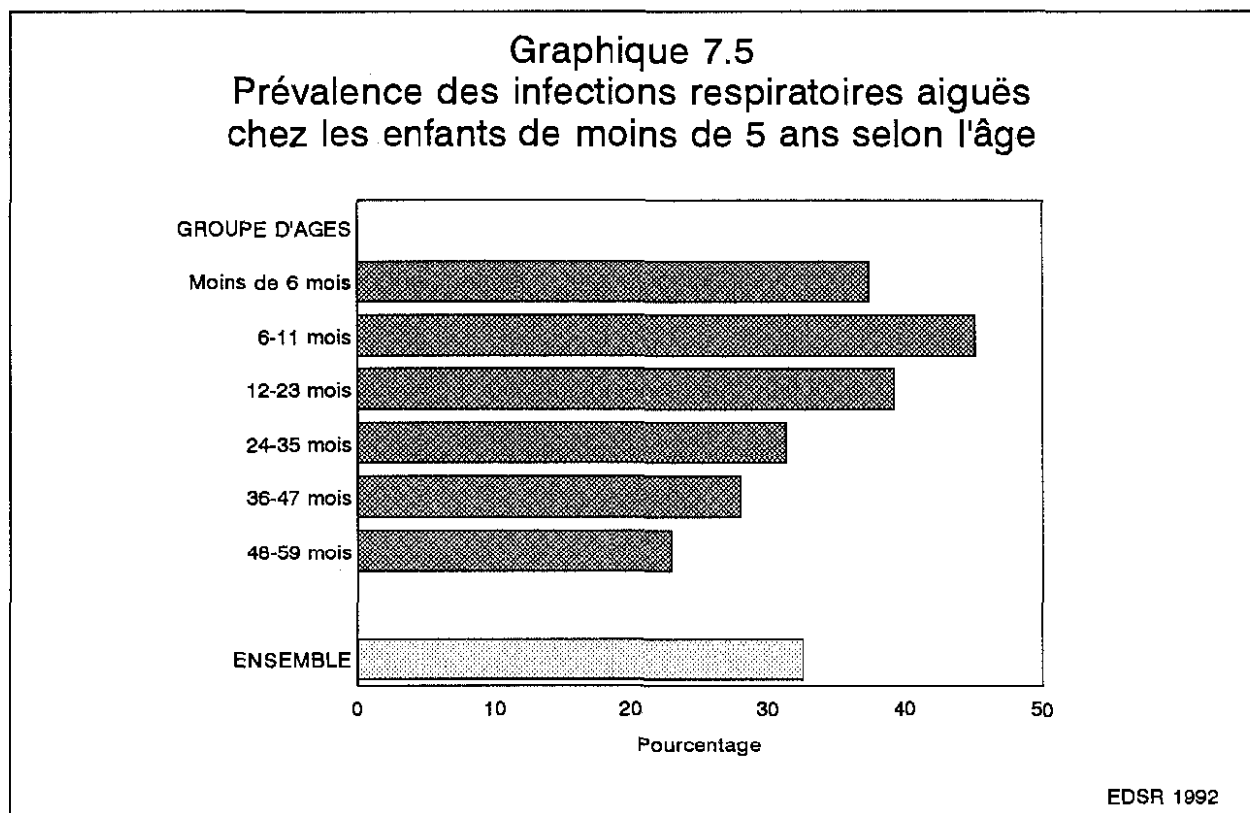
Tableau 7.9 Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant souffert de toux avec une respiration courte et rapide durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, et pourcentage d'enfants malades ayant été soignés avec des médicaments spécifiques, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Enfants avec toux et respiration courte et rapide								Effectif d'enfants
	Pourcentage avec toux et respiration courte et rapide	Pourcentage menés en visite dans établissement sanitaire ou chez un médecin	Pourcentage traités avec.					Rien	
			Anti-biotiques	Injections	Sirop contre la toux	Remède traditionnel	Autres		
Age de l'enfant									
< 6 mois	37,4	24,9	1,6	5,0	18,3	29,7	18,9	39,6	504
6-11 mois	45,1	46,3	6,4	11,9	28,7	30,3	31,6	18,4	507
12-23 mois	39,2	31,4	2,9	9,9	17,6	29,5	33,0	28,8	1010
24-35 mois	31,3	32,3	6,3	6,0	16,5	27,5	30,4	29,5	1013
36-47 mois	28,0	25,0	2,8	5,1	14,0	33,1	29,5	30,6	978
48-59 mois	22,9	18,6	2,0	4,2	9,8	30,6	18,9	41,6	981
Sexe									
Masculin	32,5	31,7	4,2	7,9	17,4	30,6	28,4	29,9	2486
Féminin	32,7	28,5	3,3	6,7	17,2	29,4	27,8	31,7	2508
Rang de naissance									
1	30,1	33,1	4,0	5,7	16,0	29,0	29,6	29,7	888
2-3	31,3	30,9	4,4	7,9	20,2	26,8	30,2	29,9	1436
4-5	33,4	29,4	3,4	9,5	16,6	34,6	24,5	29,3	1184
6 ou plus	34,8	28,4	3,3	5,9	16,1	29,7	28,3	33,3	1485
Milieu de résidence									
Urbain	18,1	50,0	17,7	8,1	28,2	28,2	32,3	16,9	242
Rural	33,4	29,5	3,4	7,3	17,0	30,0	28,0	31,2	4752
Préfecture									
Kigali	27,3	26,6	3,7	7,6	18,9	38,2	19,7	28,0	816
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	33,9	30,5	2,9	7,4	16,5	21,4	28,6	38,1	1510
Cyangugu/Gikongoro	43,5	31,4	2,5	5,1	20,3	23,2	33,6	33,3	758
Butare/Gitarama	31,4	29,3	6,4	9,4	17,6	40,0	25,2	22,1	1040
Byumba/Kibungo	27,5	31,7	3,8	6,8	13,1	36,4	31,4	26,3	871
Niveau d'instruction									
Aucun	34,1	27,6	2,9	7,0	14,1	27,3	26,5	36,3	2314
Primaire	32,4	31,8	3,9	8,0	20,2	32,7	29,7	25,8	2418
Post-primaire ou plus	21,2	41,0	13,9	1,3	21,5	29,9	29,0	23,1	262
Ensemble des enfants	32,6	30,1	3,8	7,3	17,3	30,0	28,1	30,8	4994

Note : Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

C'est au cours des deux premières années d'existence que les enfants sont le plus atteints (40 pour cent en moyenne), et ceux âgés de 6-11 mois sont ceux chez qui les deux symptômes se sont le plus manifestés (45 pour cent) (voir Graphique 7.5). Le sexe et le rang de naissance des enfants ne font pas apparaître d'écarts significatifs de prévalence. Par contre, on relève des différences importantes selon le milieu de résidence : 18 pour cent des enfants sont atteints en milieu urbain contre 33 pour cent en rural. Du point de vue de la région de résidence, on constate que ce sont les enfants des préfectures de Kigali et ceux de Byumba/Kibungo qui ont le moins présenté ces symptômes (27 pour cent dans les 2 cas), alors que 44 pour cent des enfants de Cyangugu/Gikongoro seraient atteints d'infections respiratoires aiguës. Selon le niveau d'instruction des mères, on constate enfin que les enfants de mères ayant un niveau d'instruction post-primaire (21 pour cent) sont moins touchés par ces affections que ceux dont la mère n'a pas d'instruction (34 pour cent) ou même que ceux dont la mère a un niveau primaire (32 pour cent).



Moins d'un tiers des enfants souffrant de respiration courte et rapide ont été conduits en consultation dans un établissement sanitaire au cours de leur maladie (30 pour cent). Les traitements les plus fréquemment administrés sont les remèdes traditionnels (30 pour cent) et les sirops contre la toux (17 pour cent); le recours aux antibiotiques, sous forme de sirop ou de comprimés, (4 pour cent) et aux injections, pouvant également contenir des antibiotiques, (7 pour cent) est assez limité. Les réponses multiples étant admises pour les traitements, cela explique la forte proportion d'enfants ayant reçu "d'autres remèdes" (28 pour cent) : dans leur majorité, les enfants ayant reçu ces "autres remèdes" ont également reçu un traitement au moyen d'un des médicaments spécifiques présentés au Tableau 7.9.

La fréquentation d'une formation sanitaire et le type de traitement reçu diffèrent de manière importante selon les caractéristiques socio-démographiques des enfants et de leur mère. Les enfants de 6-11 mois, qui sont les plus atteints, sont ceux qui sont conduits le plus fréquemment dans un établissement sanitaire (46 pour cent). La fréquentation des établissements sanitaires est également plus fréquente en milieu

urbain (50 pour cent) qu'en milieu rural (30 pour cent) du fait, peut-être de la plus grande disponibilité et accessibilité des infrastructures sanitaires en ville. Du point de vue régional, la proportion d'enfants malades ayant donné lieu à des consultations ne varie qu'assez peu, de 32 pour cent à Byumba/Kibungo à 27 pour cent dans les préfectures de Kigali. Du point de vue de l'instruction, on constate que les enfants des mères les plus instruites sont ceux qui sont conduits le plus fréquemment dans un établissement sanitaire : 41 pour cent, contre 28 pour cent pour ceux dont la mère n'a pas d'instruction.

En ce qui concerne les différents traitements, il convient de souligner la forte proportion d'enfants de 6-11 mois et de 12-23 mois traités au moyen d'injections (respectivement 12 et 10 pour cent), ce qui dénote peut-être que ces enfants ont été plus gravement atteints que les autres. On constate également que c'est en milieu urbain et lorsque la mère a un niveau post-primaire que les antibiotiques sont les plus utilisés (respectivement 18 et 14 pour cent) : ceci résulte peut-être du fait que les femmes urbaines et éduquées sont mieux informées que les autres de la gravité des symptômes présentés, et/ou qu'elles ont plus facilement accès que les autres à des médicaments modernes et efficaces.

7.3.2 Fièvre

La fièvre pouvant être un des principaux symptômes de nombreuses maladies, dont le paludisme et la rougeole qui provoquent de nombreux décès en Afrique, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. Si tel était le cas, on demandait si l'enfant avait été conduit en consultation et quel type de traitement il avait reçu.

Au niveau national, on constate, d'après les résultats du Tableau 7.10, qu'une forte proportion d'enfants (42 pour cent) ont eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. En outre, la prévalence de la fièvre présente des écarts importants selon l'âge de l'enfant, et selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction de mères.

Comme pour les infections respiratoires aiguës, ce sont les enfants de 6 à 23 mois qui sont les plus touchés : 61 pour cent des enfants de 6-11 mois et 58 pour cent des enfants de 12-23 mois ont eu de la fièvre dans les deux semaines précédant l'enquête (Graphique 7.6). Du point de vue du milieu de résidence, la proportion d'enfants malades est beaucoup plus importante en milieu rural (42 pour cent) qu'en milieu urbain (32 pour cent). Du point de vue des régions, les résultats sont assez homogènes, la prévalence variant de 42 pour cent à 44 pour cent, sauf dans le cas des préfectures de Kigali où la proportion d'enfants avec de la fièvre n'est que de 35 pour cent. Par ailleurs, on constate de fortes variations de la prévalence de la fièvre en fonction du niveau d'instruction des mères, puisque 42 pour cent des enfants dont la mère n'a pas d'instruction et 43 pour cent de ceux dont la mère a un niveau primaire ont eu de la fièvre contre 29 pour cent seulement des enfants dont la mère a un niveau post-primaire.

Parmi les enfants ayant eu de la fièvre, 31 pour cent ont été conduits dans un établissement sanitaire. En outre, comme dans le cas d'infections respiratoires aiguës, on observe que les consultations sont beaucoup plus fréquentes que la moyenne lorsque l'enfant malade a 6-11 mois (41 pour cent), qu'il est de sexe masculin (33 pour cent), qu'il est de rang 1 (36 pour cent), et lorsque sa mère vit en milieu urbain (45 pour cent) et qu'elle a une instruction post-primaire (47 pour cent).

Plus d'un tiers des enfants n'ont reçu aucun traitement pendant leur épisode de fièvre, et le recours à des médicaments modernes spécifiques est assez limité : 5 pour cent des enfants malades ont reçu des anti-paludéens, 4 pour cent des antibiotiques et 9 pour cent ont été soignés par des injections. Les remèdes traditionnels sont les plus utilisés puisqu'ils ont été donnés à près d'un enfant malade sur quatre (24 pour cent). Enfin, 38 pour cent des enfants ont reçu "d'autres médicaments".

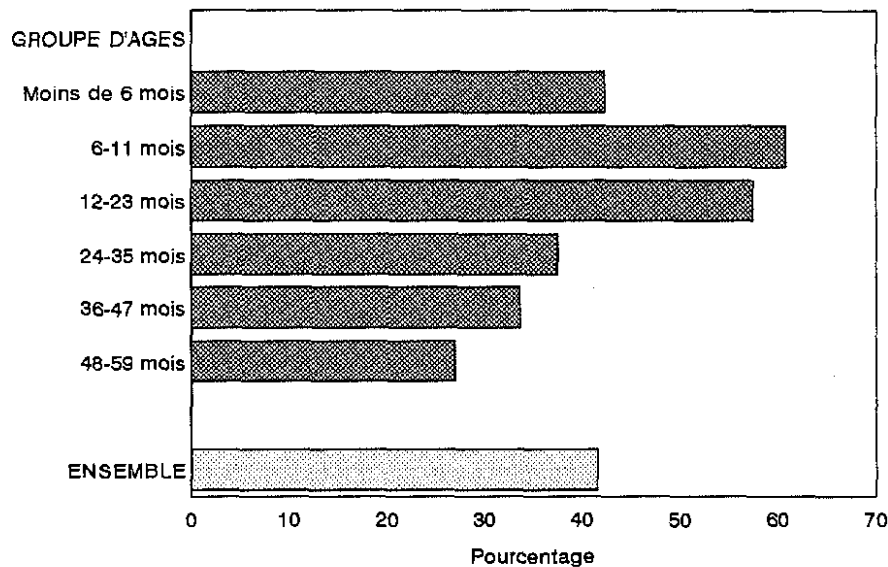
Tableau 7.10 Prévalence et traitement de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, et pourcentage d'enfants avec la fièvre ayant été soignés avec des médicaments spécifiques, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Enfants avec fièvre								Effectif d'enfants
	Pourcentage ayant la fièvre	Pourcentage menés en visite dans établissement sanitaire ou chez un médecin	Pourcentage traités avec:						
			Anti-paludéens	Anti-biotiques	Injections	Rèmedes traditionnels	Autres	Rien	
Age de l'enfant									
< 6 mois	42,3	24,3	1,0	1,7	4,8	25,0	31,4	43,4	504
6-11 mois	60,8	41,2	3,9	5,9	12,9	24,4	45,9	25,0	507
12-23 mois	57,5	32,6	5,6	4,2	11,5	25,0	41,0	29,6	1010
24-35 mois	37,5	31,7	4,2	6,0	6,1	23,6	38,2	31,8	1013
36-47 mois	33,7	27,2	4,1	2,7	7,1	26,1	38,2	34,8	978
48-59 mois	27,0	21,7	6,1	3,3	4,9	21,5	28,0	43,7	981
Sexe									
Masculin	41,8	33,2	5,2	4,1	10,1	24,7	38,7	31,8	2486
Féminin	41,4	28,0	3,7	4,2	6,9	24,1	37,6	34,9	2508
Rang de naissance									
1	40,6	35,6	5,2	4,6	8,5	23,4	42,2	28,9	888
2-3	38,8	31,9	5,5	5,0	9,9	23,0	40,0	32,0	1436
4-5	46,0	29,4	4,0	4,0	9,9	25,7	35,4	34,2	1184
6 ou plus	41,3	27,6	3,4	3,3	6,0	25,1	36,5	36,5	1485
Milieu de résidence									
Urbain	32,2	45,2	13,6	14,9	11,3	20,4	44,3	19,9	242
Rural	42,1	30,0	4,1	3,8	8,4	24,6	37,9	33,9	4752
Préfecture									
Kigali	34,9	30,6	6,1	3,0	11,1	26,3	37,6	30,1	816
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	41,8	29,8	2,4	2,6	8,0	16,5	40,4	40,8	1510
Cyangugu/Gikongoro	44,4	33,5	2,5	2,8	6,8	21,0	43,2	35,0	758
Butare/Gitarama	42,7	30,2	6,2	8,0	10,4	33,8	33,0	27,4	1040
Byumba/Kibungo	43,8	29,9	6,4	4,5	6,6	28,1	36,2	29,1	871
Niveau d'instruction									
Aucun	41,9	28,0	2,9	3,4	7,2	24,0	34,5	37,3	2314
Primaire	42,7	31,9	5,3	4,2	9,6	24,7	41,0	30,7	2418
Post-primaire ou plus	29,0	46,9	12,6	13,9	9,2	25,3	45,5	19,7	262
Ensemble des enfants	41,6	30,6	4,5	4,2	8,5	24,4	38,1	33,4	4994

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

Graphique 7.6
Prévalence de la fièvre chez les enfants
de moins de 5 ans selon l'âge



EDSR 1992

Comme pour les infections respiratoires, on constate ici des disparités dans le type de traitement reçu. Une fois encore, les enfants de 6 à 23 mois, particulièrement touchés par la fièvre, sont fréquemment soignés au moyen d'injections (12 pour cent). D'autre part, les enfants qui bénéficient le plus fréquemment des médicaments modernes sont les enfants du milieu urbain (14 pour cent d'anti-paludéens, 15 pour cent d'antibiotiques et 11 pour cent d'injections) et ceux dont la mère a une instruction post-primaire (13 pour cent d'anti-paludéens, 14 pour cent d'antibiotiques et 9 pour cent d'injections).

7.3.3 Diarrhée

Par leurs conséquences sur la santé des enfants, notamment la déshydratation et la sous-nutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. C'est pour cette raison qu'au cours de l'EDSR, on a posé des questions permettant de mesurer la prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans. En ce qui concerne le traitement de la diarrhée, on a demandé aux mères si, durant les épisodes diarrhéiques, et comme le recommande l'OMS dans son programme de Traitement de Réhydratation par voie Orale (TRO), elles avaient utilisé soit, une solution préparée à partir du contenu de sachets de Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO), soit une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel. En plus des questions sur la diarrhée des enfants de moins de cinq ans, on a donc demandé aux mères si elles connaissaient et avaient utilisé les traitements de réhydratation par voie orale. Précisons également que les questions sur la prévalence de la diarrhée portent sur deux périodes de référence : les deux semaines et les vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête.

Selon les données du Tableau 7.11, un enfant sur cinq (22 pour cent) a eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, et 8 pour cent des enfants avaient toujours la diarrhée dans les vingt-quatre heures avant l'enquête. De plus, on constate que parmi les 22 pour cent d'enfants qui ont eu de la diarrhée, un sur sept (3 pour cent) avait du sang dans les selles, ce qui est un symptôme de la dysenterie.

Tableau 7.11 Prévalence de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée et pourcentage de ceux ayant eu la diarrhée avec présence de sang dans les selles durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, et pourcentage de ceux ayant eu la diarrhée dans les dernières 24 heures, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

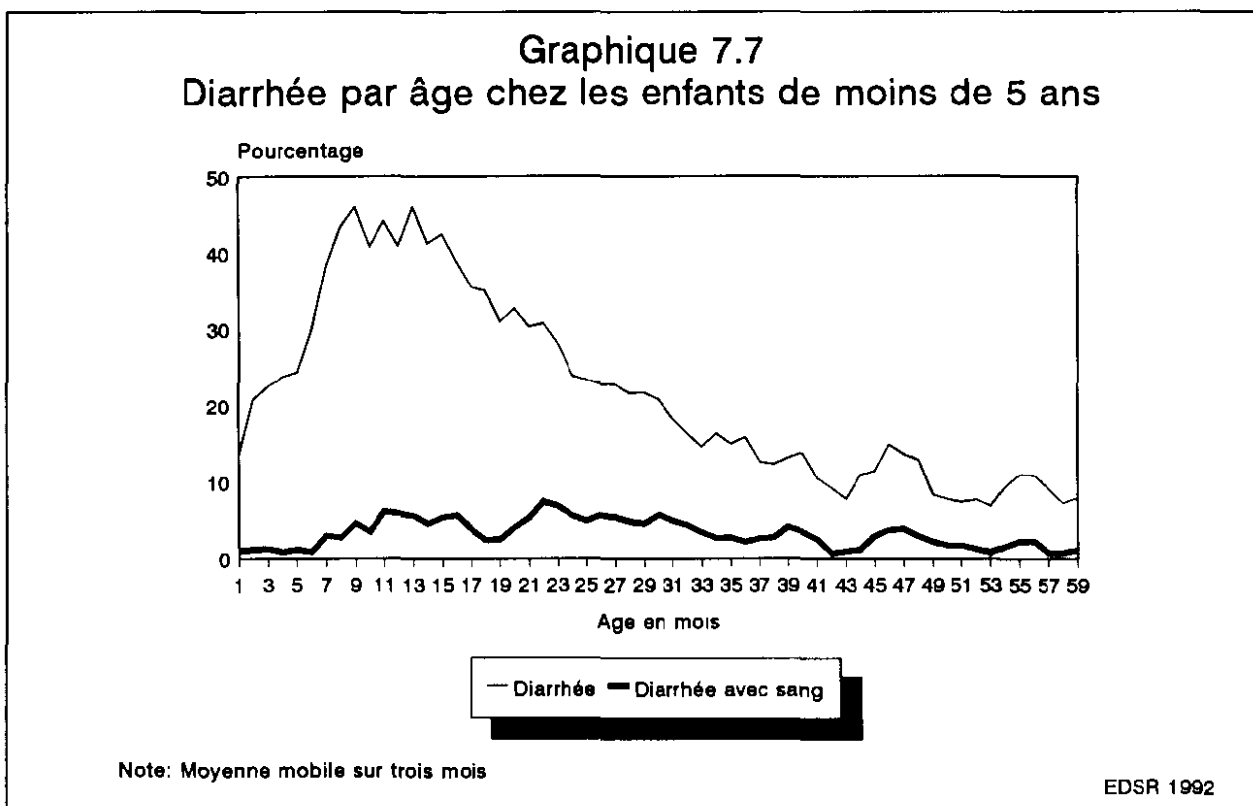
Caractéristique	Diarrhée durant les 2 semaines précédant l'enquête ¹		Toute diarrhée dans les dernières 24 h ²	Effectif d'enfants
	Toute diarrhée	Avec sang dans selles		
Age de l'enfant				
< 6 mois	21,1	1,0	9,9	504
6-11 mois	39,4	3,2	17,0	507
12-23 mois	37,3	5,2	14,9	1010
24-35 mois	20,1	4,2	6,8	1013
36-47 mois	12,2	2,7	4,0	978
48-59 mois	8,4	1,6	2,1	981
Sexe				
Masculin	22,0	3,0	8,5	2486
Féminin	21,6	3,4	8,2	2508
Rang de naissance				
1	22,2	2,8	7,4	888
2-3	21,0	2,6	8,1	1436
4-5	23,6	4,6	9,9	1184
6 ou plus	20,9	2,9	7,9	1485
Milieu de résidence				
Urban	21,6	3,6	7,1	242
Rural	21,8	3,2	8,4	4752
Préfecture				
Kigali	20,4	2,2	7,7	816
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	22,3	3,7	8,8	1510
Cyangugu/Gikongoro	18,1	2,0	7,7	758
Butare/Gitarama	21,1	2,3	6,7	1040
Byumba/Kibungo	26,3	5,4	10,6	871
Niveau d'instruction				
Aucun	21,3	3,2	8,5	2314
Primaire	23,0	3,4	8,4	2418
Post-primaire ou plus	15,3	1,3	6,3	262
Ensemble des enfants	21,8	3,2	8,3	4994

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

¹Y compris toute diarrhée dans les dernières 24 heures

²Y compris diarrhée avec présence de sang dans les selles

Comme on peut le constater au Graphique 7.7, la prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 6-11 mois (39 pour cent) et de 12-23 mois (37 pour cent) ; autour du premier anniversaire, près d'un enfant sur deux est atteint de diarrhée. Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et aussi les âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement et sont, de ce fait, davantage exposés à la contamination par agents pathogènes.



Du point de vue du sexe de l'enfant et de son rang de naissance, on n'observe que peu de différences de prévalence de la diarrhée. Il en est de même en ce qui concerne le milieu de résidence. Par contre, les proportions d'enfants malades varient de façon importante selon la région : c'est à Byumba/Kibungo que les enfants sont le plus touchés (26 pour cent), alors que Cyangugu/Gikongoro se caractérise par le taux de prévalence le plus faible (18 pour cent).

Le niveau d'instruction de la mère semble influencer fortement le niveau de la prévalence de la diarrhée. Les mères ayant un niveau d'instruction post-primaire sont peut-être mieux sensibilisées que les autres aux problèmes d'hygiène, et elles ont peut-être aussi une meilleure connaissance des pratiques alimentaires : ceci expliquerait que leurs enfants soient beaucoup moins touchés par la diarrhée (15 pour cent) que ceux dont la mère n'a qu'une instruction primaire (23 pour cent) ou encore aucune instruction (21 pour cent). Cependant, il ne faut pas oublier que les femmes qui ont le plus d'instruction sont, généralement, aussi celles qui ont la meilleure situation économique et qui, de ce fait, vivent aussi dans de meilleures conditions sanitaires.

Parmi les femmes ayant eu des enfants dans les cinq années avant l'enquête, 85 pour cent ont déclaré connaître les sachets de sels de réhydratation et plus de la moitié (55 pour cent) ont déclaré en avoir déjà utilisé (Tableau 7.12). La connaissance des SRO et, dans une moindre mesure, leur utilisation sont donc assez répandues au Rwanda, et cela quelles que soient les caractéristiques des femmes. On constate cependant que les femmes du milieu urbain connaissent mieux (94 pour cent) et utilisent plus (67 pour cent) les SRO que les femmes rurales (84 pour cent de connaissance et 54 pour cent d'utilisation). Du point de vue régional, la connaissance des SRO varie assez peu, de 82 à 86 pour cent, de même que leur utilisation, de 53 à 57 pour cent. C'est en fonction du niveau d'instruction que l'on constate les plus fortes variations de connaissance et d'utilisation des SRO : 96 pour cent des femmes de niveau post-primaire ont entendu parler des sachets de réhydratation et 70 pour cent en ont déjà utilisés, alors que 81 pour cent des femmes sans instruction connaissent ce traitement et 52 pour cent seulement l'ont utilisé.

Tableau 7.12 Connaissance et utilisation des sachets de SRO

Pourcentage de mères ayant eu des naissances au cours des cinq années précédant l'enquête connaissant et ayant déjà utilisé les sachets de SRO, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Connaît les sachets de SRO	A déjà utilisé les sachets de SRO	Effectif de mères
Age de la mère			
15-19	78,9	30,0	121
20-24	84,3	46,6	602
25-29	87,7	59,3	843
30-34	85,6	58,1	895
35-49	81,9	56,0	1156
Milieu de résidence			
Urbain	93,6	67,3	189
Rural	83,9	54,2	3427
Préfecture			
Kigali	86,4	56,6	597
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	81,9	53,5	1029
Cyangugu/Gikongoro	83,9	55,6	511
Butare/Gitarama	85,9	56,2	821
Byumba/Kibungo	85,3	53,2	657
Niveau d'instruction			
Aucun	80,7	52,0	1650
Primaire	86,6	55,8	1770
Post-primaire ou plus	96,4	70,4	196
Ensemble des enfants	84,5	54,9	3616

Note: Y compris les mères qui ont donné des sachets de SRO contre la diarrhée pendant les deux semaines précédant l'enquête, bien qu'on ne leur ait pas posé de questions sur leur connaissance des sachets de SRO.

En ce qui concerne le traitement de la diarrhée dans un établissement sanitaire, on constate que, parmi les enfants ayant eu la diarrhée dans les deux semaines avant l'enquête, 23 pour cent seulement ont été conduits en consultation (Tableau 7.13). Les enfants qui bénéficient le plus fréquemment de consultations sont ceux de 6 à 23 mois (25 pour cent), âges auxquels la prévalence est la plus forte, ceux du milieu urbain

Tableau 7.13 Traitement de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête qui ont été menés en consultation dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé, pourcentage de ceux ayant suivi une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO), pourcentage de ceux qui ont reçu davantage de liquides, pourcentage de ceux qui n'ont reçu ni TRO ni davantage de liquides, et pourcentage de ceux ayant reçu d'autres traitements, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Réhydratation orale									Effectif d'enfants avec diarrhée
	Pourcentage menés en visite dans établissement sanitaire ou chez médecin		N'ayant reçu ni TRO, ni davantage de liquides			Autres traitements reçus :				
	Sachets SRO	Solution préparée à la maison	Ayant reçu davantage de liquides	N'ayant reçu ni TRO, ni davantage de liquides	Anti-biotiques	Injection	Remèdes tradit.	Rien		
Age de l'enfant										
< 6 mois	15,3	11,0	11,8	17,8	69,0	0,0	1,1	32,4	43,4	106
6-11 mois	23,8	30,8	21,6	29,4	48,8	1,5	3,4	40,6	28,4	200
12-23 mois	26,1	34,0	21,8	27,8	44,6	3,3	2,1	43,5	22,5	377
24-35 mois	22,7	29,3	19,0	22,7	50,7	1,3	0,3	47,1	23,2	204
36-47 mois	19,6	20,2	17,4	29,1	52,5	1,9	1,9	40,8	29,8	120
48-59 mois	20,3	17,1	17,5	30,9	54,4	2,8	4,2	34,1	31,8	82
Sexe										
Masculin	23,0	28,0	17,0	26,0	52,0	1,7	1,7	42,2	26,4	547
Féminin	22,7	27,0	21,9	27,1	49,1	2,4	2,4	41,0	28,1	542
Rang de naissance										
1	24,5	25,8	15,9	26,8	53,2	3,4	1,3	42,4	27,3	197
2-3	22,8	23,3	19,9	27,1	52,3	1,6	2,3	39,5	29,2	302
4-5	29,0	34,1	22,2	27,0	45,9	3,4	2,9	47,4	22,5	280
6 ou plus	16,4	26,7	18,7	25,4	51,3	0,5	1,6	37,8	29,7	310
Milieu de résidence										
Urbain	29,1	28,4	12,8	36,5	48,0	4,1	1,4	48,6	23,0	52
Rural	22,5	27,5	19,8	26,0	50,7	2,0	2,1	41,2	27,5	1037
Préfecture										
Kigali	25,6	27,9	16,7	27,4	52,0	3,6	0,2	42,3	27,7	166
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	27,3	31,9	22,7	28,8	43,3	1,8	3,0	35,6	28,0	337
Cyangugu/Gikongoro	14,4	26,0	19,1	21,0	56,6	0,8	3,3	34,2	35,6	137
Butare/Gitarama	14,3	19,4	20,3	26,7	55,2	1,2	1,0	48,5	26,7	219
Byumba/Kibungo	27,5	29,5	16,1	25,8	52,0	3,0	2,1	47,6	21,4	229
Niveau d'instruction										
Aucun	22,3	28,6	17,6	22,0	53,1	2,0	2,5	40,6	29,7	494
Primaire	22,8	26,2	21,2	29,4	48,9	2,0	1,7	41,6	25,9	555
Post-primaire ou plus	30,4	32,6	17,7	42,5	41,8	4,6	0,9	52,1	16,6	40
Ensemble des enfants avec diarrhée	22,8	27,5	19,4	26,5	50,5	2,1	2,1	41,6	27,3	1089

Note: La TRO comprend la solution préparée à partir des sachets de SRO et/ou le liquide recommandé et préparé à la maison. Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

(29 pour cent), ceux de Byumba/Kibungo (28 pour cent) et de Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi (27 pour cent), et surtout ceux dont la mère a un niveau d'instruction post-primaire (30 pour cent).

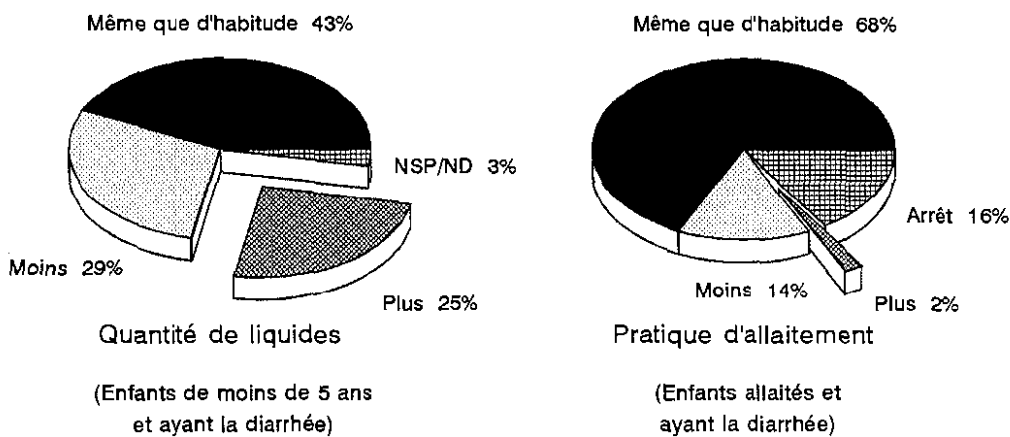
Pendant les épisodes diarrhéiques, la moitié des enfants (51 pour cent) n'ont bénéficié d'aucun type de réhydratation; moins d'un tiers des enfants (28 pour cent) ont reçu des sachets de SRO, 19 pour cent ont

été traités avec une solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison et, dans 27 pour cent des cas, les enfants ont reçu un supplément de liquides. Ces proportions sont faibles compte tenu du niveau de connaissance des SRO : rappelons que 84 pour cent des mères ont déclaré connaître les sels de réhydratation par voie orale. Il semble donc que les femmes ne mettent pas suffisamment en pratique les connaissances acquises.

Les antibiotiques (2 pour cent) et les injections (2 pour cent) n'interviennent que pour une part négligeable dans le traitement de la diarrhée. Par contre, on constate qu'une proportion importante d'enfants ont reçu des remèdes traditionnels (42 pour cent), alors que 27 pour cent des enfants n'ont reçu aucun traitement.

Concernant les pratiques nutritionnelles des enfants de moins de 5 ans ayant la diarrhée, le Graphique 7.8 montre que, dans 25 pour cent des cas seulement, la mère a augmenté la quantité de liquides donnés à l'enfant pendant qu'il était malade. Dans 43 pour cent des cas, au cours des épisodes diarrhéiques, l'enfant a reçu la même quantité de liquides que d'habitude et, dans 29 pour cent des cas, l'enfant a reçu moins de liquides. Par ailleurs, si on se limite aux enfants ayant la diarrhée et toujours allaités, on constate, là encore, que la majorité des femmes ont un comportement néfaste à la santé de l'enfant. En effet, dans seulement 2 pour cent des cas l'allaitement a été augmenté, alors que, dans 68 pour cent des cas, il est resté le même, que, dans 14 pour cent des cas, il a diminué, et que, dans 16 pour cent des cas, l'allaitement a été arrêté. Une meilleure information des mères semble donc indispensable pour leur faire comprendre la nécessité d'augmenter la quantité de liquides donnés à un enfant lorsqu'il a la diarrhée, de façon à éviter les risques de déshydratation et d'affaiblissement et, ainsi, de réduire la mortalité qui peut en résulter.

Graphique 7.8
Allaitement et quantité de liquides
donnés aux enfants ayant la diarrhée



EDSR 1992

7.4 DISCUSSION

Alors que les soins prénatals et les vaccinations antitétaniques sont très largement répandus dans toutes les couches de la population, les accouchements dans les formations sanitaires et l'assistance de professionnels de la santé lors des accouchements concernent seulement un quart des naissances. C'est surtout en milieu urbain et lorsqu'elles ont un niveau d'instruction supérieur au primaire que les femmes ont recours au personnel médical pour accoucher.

Du point de vue vaccinal, la très grande majorité des enfants de toutes les couches de la population ont reçu toutes les vaccinations du PEV. Cependant, les infections respiratoires aiguës, la fièvre et la diarrhée sont des maladies qui touchent de nombreux enfants de moins de cinq ans. En outre, les enfants malades sont rarement conduits en consultation et les traitements donnés en cas de maladie, lorsqu'ils existent, sont surtout des remèdes traditionnels. C'est surtout en milieu urbain et lorsque la mère est instruite que les enfants malades sont conduits en consultation et qu'ils reçoivent des médicaments *modernes*.

L'amélioration de l'état de santé des jeunes enfants et ainsi une meilleure maîtrise de la mortalité infanto-juvénile nécessitent le développement des accouchements avec assistance médicale et le traitement adéquat des enfants lorsqu'ils sont malades. En outre, toute action dans ce domaine devrait être particulièrement orientée vers les enfants du milieu rural et ceux dont la mère n'a aucune instruction.

CHAPITRE 8

ALLAITEMENT ET ETAT NUTRITIONNEL

L'alimentation et l'état nutritionnel des enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête constituent l'objet de ce chapitre. Les résultats de l'enquête concernant les pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément en constituent la première partie; la deuxième partie est consacrée aux résultats concernant les mesures anthropométriques des enfants (taille et poids), à partir desquelles a été évalué leur état nutritionnel.

8.1 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLEMENT

Les pratiques d'alimentation et la morbidité constituent les facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui affecte, à son tour, la morbidité et la mortalité de ces enfants. De par ses propriétés particulières (il est stérile et il transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires aux enfants dans les premiers mois d'existence), le lait maternel évite les déficiences nutritionnelles et limite la prévalence de la diarrhée et d'autres maladies. D'autre part, comme cela a été signalé au Chapitre 6 (Nuptialité et exposition au risque de grossesse), par son intensité et par sa fréquence, l'allaitement prolonge l'infécondité post-partum et affecte, par conséquent, l'intervalle intergénéral; ce qui influe sur le niveau de la fécondité et sur l'état de santé des mères et des enfants.

Compte tenu de l'importance des pratiques d'allaitement, au cours de l'EDSR, on a demandé aux mères si elles avaient allaité leurs enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête et, plus précisément, quel âge avaient ces enfants au moment où elles avaient commencé à allaiter, pendant combien de temps elles les avaient allaités, quelle était la fréquence de l'allaitement, à quel âge avaient été introduits des aliments de complément et de quel type d'aliments il s'agissait. On a également demandé aux mères si elles avaient utilisé un biberon.

Quelles que soient les caractéristiques étudiées des mères, on constate que la presque totalité des enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête (97 pour cent), ont été allaités pendant un certain temps (Tableau 8.1). Par contre, les proportions d'enfants ayant été allaités immédiatement après la naissance sont très faibles. Parmi les derniers-nés, 48 pour cent d'enfants ont été allaités dès leur premier jour d'existence et 18 pour cent seulement ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance. Ainsi, malgré la pratique généralisée de l'allaitement, on constate que la majorité des enfants ne reçoivent pas le lait maternel le premier jour de leur naissance. Sur le plan nutritionnel, ce comportement peut se révéler néfaste pour l'enfant. En effet, le colostrum se conservant difficilement au-delà d'une période de vingt-quatre heures, le nouveau-né qui n'est pas allaité dans le jour qui suit sa naissance est ainsi privé des anticorps transmis par la mère. De plus, le nouveau-né, recevant des liquides divers à la place du lait maternel, peut être mis au contact d'agents pathogènes.

Bien que l'allaitement soit largement pratiqué par toutes les catégories de femmes, le moment où il commence varie sensiblement selon les caractéristiques socio-démographiques des mères. En milieu urbain, les proportions d'enfants derniers-nés mis au sein dès la première heure (28 pour cent) ou dès le premier jour (59 pour cent) sont beaucoup plus élevés qu'en milieu rural (respectivement, 18 et 47 pour cent). Les derniers-nés vivant à Butare/Gitarama (24 pour cent) et à Byumba/Kibungo (22 pour cent) sont plus fréquemment mis au sein dans l'heure qui suit la naissance que ceux des autres régions (17 pour cent ou moins). De même, 62 pour cent des enfants de Butare/Gitarama et 52 pour cent de ceux de Byumba/Kibungo commencent à être allaités dans les premières vingt-quatre heures qui suivent la naissance, contre 39 pour cent seulement des derniers-nés de Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi.

Tableau 8.1 Allaitement initial

Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq années précédant l'enquête et ayant été allaités, et pourcentage d'enfants derniers-nés ayant commencé à être allaités dans l'heure ou dans le jour suivant leur naissance, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Ensemble des enfants		Derniers-nés		
	Pourcentage ayant été allaités	Effectif	Pourcentage allaités dans l'heure suivant la naissance	Pourcentage allaités durant le jour suivant la naissance	Effectif
Sexe de l'enfant					
Masculin	97,2	2847	18,3	46,9	1862
Féminin	97,3	2814	18,2	49,0	1788
Milieu de résidence					
Urbain	96,2	275	28,0	59,0	190
Rural	97,3	5385	17,7	47,3	3460
Préfecture					
Kigali	97,8	921	17,0	46,8	607
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	96,5	1676	13,8	38,5	1037
Cyangugu/Gikongoro	97,5	839	15,0	40,9	517
Butare/Gitarama	97,3	1198	24,2	61,7	828
Byumba/Kibungo	97,7	1027	21,5	52,2	661
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	96,1	2655	17,0	43,8	1668
Primaire	98,4	2713	19,7	50,6	1783
Post-primaire ou plus	97,4	293	16,1	59,1	199
Assistance à l'accouchement¹					
Personnel formé médicalement	97,0	1464	18,2	49,3	922
Accoucheuse traditionnelle	97,9	757	16,6	43,4	527
Autre ou personne	98,4	3399	18,7	48,5	2197
Lieu de l'accouchement¹					
Etablissement sanitaire	97,3	1442	18,6	49,5	917
A la maison	98,3	4100	18,3	47,5	2674
Autre	95,5	76	13,2	46,8	54
Ensemble des enfants	97,3	5661	18,2	47,9	3650

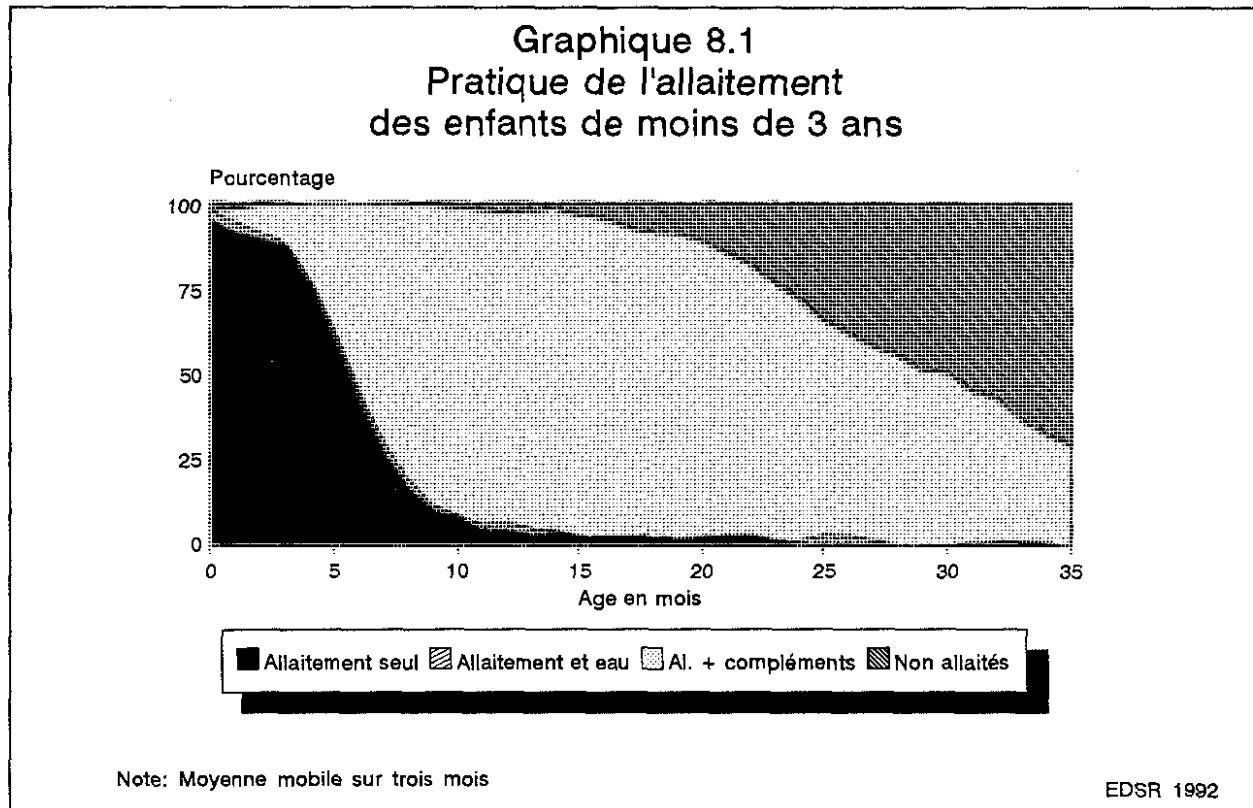
Note: Le tableau est basé sur tous les enfants nés dans les 5 années ayant précédé l'enquête, qu'ils soient vivants ou décédés au moment de l'enquête.

¹Sont exclues 5 enfants pour lesquels les informations sur l'assistance à l'accouchement et/ou le lieu de l'accouchement sont manquantes.

Le niveau d'instruction de la mère a aussi une légère influence sur la pratique de l'allaitement : les derniers-nés de femmes sans instruction sont moins fréquemment allaités durant les premières vingt-quatre heures que ceux de femmes ayant un niveau post-primaire (44 pour cent contre 59 pour cent). Par contre, le début de l'allaitement dès l'heure qui suit la naissance varie peu selon le niveau d'instruction (de 16 à 20 pour cent). Enfin, il faut souligner que l'assistance que la femme a reçue pendant l'accouchement ainsi que le lieu

d'accouchement ne sont pas des facteurs qui semblent influencer le moment où la mère commence à allaiter son enfant : le personnel de santé qui aide les femmes à accoucher ne joue donc pas le rôle de promoteur de l'allaitement immédiat qu'il devrait jouer.

Le Graphique 8.1 présente les résultats concernant la pratique de l'allaitement des enfants de moins de 36 mois au moment de l'enquête. Il apparaît que la très grande majorité des enfants sont allaités sur une longue période. Parmi les enfants vivants de moins de 16 mois, 98 pour cent étaient encore allaités au moment de l'enquête; cette proportion passe ensuite à 89 pour cent à 20-21 mois et, à 34-35 mois, 30 pour cent des enfants étaient toujours allaités.



L'allaitement exclusif est très répandu au Rwanda, puisque près de 90 pour cent des enfants de moins de 4 mois et 71 pour cent de ceux de 4-5 mois reçoivent uniquement le lait maternel. Cependant, dès le plus jeune âge (avant 4 mois) une proportion non négligeable d'enfants (9 pour cent) reçoivent autre chose que le lait maternel : de l'eau, d'autres liquides, ou d'autres compléments nutritionnels. A 4-5 mois, près d'un enfant sur trois (30 pour cent) est nourri de cette façon. Cette pratique est contraire aux recommandations de l'OMS selon lesquelles, jusqu'à l'âge de 4-6 mois, tous les enfants doivent être exclusivement allaités.

Les résultats du Tableau 8.2 concernent uniquement les enfants allaités de moins de 36 mois, selon le type d'aliments qu'ils reçoivent en complément du lait maternel (plusieurs types de complément pouvant être donné, la somme des pourcentages peut excéder 100 pour cent). Comme on a pu le voir à partir du Graphique 8.1, jusqu'à quatre mois, très peu d'enfants reçoivent des compléments au lait maternel. A partir de 4-5 mois, les enfants allaités commencent, en plus, à être nourris avec du lait, autre que maternel (10 pour cent), d'autres liquides (8 pour cent), et des aliments solides (17 pour cent). A partir de 6-7 mois, plus de la moitié des enfants (57 pour cent) reçoivent une alimentation solide ou en bouillie de complément et un enfant sur cinq est nourri avec d'autres liquides.

Tableau 8.2. Allaitement et alimentation de complément

Pourcentage d'enfants de moins de 36 mois allaités, par âge, selon le type d'aliments de complément reçus et pourcentage de ceux utilisant le biberon, EDS Rwanda 1992

Age en mois	Aliments de complément			Utilisation du biberon	Effectif
	Autres laits	Autres liquides ¹	Solides/Bouillies		
0-1	2,9	1,7	2,2	0,0	155
2-3	3,5	1,9	4,5	1,3	202
4-5	10,2	7,9	17,1	3,8	191
6-7	9,9	19,9	57,2	2,3	176
8-9	10,6	29,4	79,4	1,6	167
10-11	17,0	28,8	93,4	3,0	160
12-13	12,4	30,3	92,3	1,6	167
14-15	17,1	42,1	94,2	5,6	189
16-17	14,4	42,6	96,7	1,5	173
18-19	12,9	32,7	97,0	1,0	154
20-21	7,6	43,7	96,2	3,2	119
22-23	9,5	39,0	95,5	0,9	126
24-25	12,5	46,2	97,1	0,0	118
26-27	6,8	43,1	94,3	3,0	99
28-29	11,5	42,7	100,0	3,3	92
30-31	16,7	48,1	96,6	0,9	77
32-33	7,3	34,2	95,3	1,6	72
34-35	(20,4)	(41,7)	(100,0)	(0,8)	46

Note: Le statut d'allaitement fait référence aux dernières vingt-quatre heures. La somme des pourcentages d'enfants par type de complément peut dépasser 100% car l'enfant peut recevoir différents types de complément.

¹Non compris l'eau

() Basé sur moins de 50 cas

L'OMS recommande qu'à partir de 6 mois, âge auquel le lait maternel n'est plus suffisant pour assurer la meilleure croissance possible des enfants, des aliments solides de complément soient introduits dans l'alimentation. Ainsi, si plus de la moitié des enfants rwandais de 6-7 mois sont nourris conformément aux recommandations de l'OMS, il en reste cependant plus d'un tiers qui ne reçoivent que le lait maternel. A 8-9 mois, 12 pour cent des enfants restent encore sous allaitement exclusif, ce qui est insuffisant pour permettre une bonne croissance.

Au Rwanda, les mères n'utilisent le biberon que très rarement (Tableau 8.2) : pratiquement aucun enfant de moins de 2 mois ne prend le biberon; à 2-3 mois, 1 pour cent des enfants sont nourris de cette façon et c'est à 4-5 mois que l'on trouve la proportion la plus élevée avec 4 pour cent seulement.

Comme on l'a signalé précédemment, les enfants rwandais sont allaités pendant une longue période. Ainsi, la durée médiane d'allaitement (Tableau 8.3) est nettement supérieure à 2 ans (27,9 mois); en ce qui concerne l'allaitement exclusif, la médiane s'établit à 5,4 mois. En outre, on ne constate pas de disparités

Tableau 8.3 Durée médiane et fréquence de l'allaitement

Durée médiane de l'allaitement (enfants de moins de trois ans), et pourcentage d'enfants de moins de six mois ayant été allaités six fois ou plus au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Durée médiane en mois			Enfants de moins de 6 mois		
	Ensemble de l'allaitement	Allaitement exclusif	Allaitement et eau	Effectif	Pourcentage allaité 6 fois ou + dans les dernières 24 heures	Effectif
Sexe de l'enfant						
Masculin	27,2	5,4	5,6	1744	87,8	279
Féminin	29,1	5,3	5,4	1663	90,1	273
Milieu de résidence						
Urbain	27,2	4,3	4,4	170	94,2	30
Rural	27,9	5,4	5,6	3237	88,6	522
Préfecture						
Kigali	26,0	4,9	5,0	550	92,0	89
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	28,9	5,6	5,8	1006	88,8	152
Cyangugu/Gikongoro	26,5	4,6	4,9	495	90,9	91
Butare/Gitarama	31,0	5,8	5,8	729	87,8	131
Byumba/Kibungo	25,5	5,3	5,4	627	85,9	89
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	28,9	6,0	6,2	1537	85,9	239
Primaire	28,0	5,0	5,2	1688	90,8	281
Post-primaire ou plus	23,0	4,1	4,1	182	95,3	32
Assistance à l'accouchement						
Personnel formé médicalement	26,1	5,5	5,6	888	91,3	152
Accoucheuse traditionnelle	29,6	5,0	5,2	504	94,3	86
Autre ou personne	28,6	5,4	5,5	2006	86,3	314
ND	1,6	1,6	1,6	9	-	0
Ensemble des enfants	27,9	5,4	5,5	3407	89,0	552
Moyenne	26,4	6,2	6,6	-	-	-
Moyenne prévalence/incidence	25,9	6,0	6,4	-	-	-

Note: Les médianes et moyennes sont basées sur le statut actuel.

importantes des durées d'allaitement selon les diverses catégories socio-démographiques des femmes. Au point de vue régional, les durées médianes varient de 25,5 mois à Byumba/Kibungo et 26,0 mois dans les préfectures de Kigali, à 31,0 mois à Butare/Gitarama; concernant l'instruction, les femmes ayant un niveau supérieur au primaire allaitent moins longtemps leurs enfants (médiane de 23,0 mois) que celles ayant le niveau primaire (28,0 mois) ou que celles sans instruction (médiane de 28,9 mois).

Le Tableau 8.3 fournit également la "Prévalence/Incidence" de l'allaitement qui est une durée moyenne calculée selon une méthode empruntée à l'épidémiologie. En épidémiologie, on estime la durée moyenne d'un événement en divisant sa prévalence par son incidence. Ici, l'événement est l'allaitement, la prévalence est le nombre d'enfants que les mères sont encore en train d'allaiter au moment de l'enquête,

l'incidence est le nombre moyen de naissances par mois.¹ En divisant le nombre de mères qui allaitent au moment de l'enquête par le nombre mensuel moyen de naissances, on obtient une estimation de la durée moyenne d'allaitement en mois. La valeur ainsi obtenue pour le Rwanda est de 25,9 mois.

Comparativement aux pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels les durées moyennes d'allaitement ont été calculées selon le même procédé (voir le Tableau ci-dessous), on peut constater que le Rwanda se caractérise par la durée d'allaitement la plus longue, supérieure de plus de 2 mois à celle calculée pour le Burundi en 1987.

Pays	Date de l'enquête	Durée moyenne d'allaitement (en mois)
Cameroon	1991	18,2
Zambie	1992	18,3
Kenya	1989	19,4
Nigéria	1990	20,1
Tanzanie	1991-92	21,1
Togo	1988	22,6
Burundi	1987	23,4
Rwanda	1992	25,9

Toujours selon les résultats présentés au Tableau 8.3, on constate que 89 pour cent des enfants de moins de six mois ont été allaités six fois ou plus au cours des dernières vingt-quatre heures. De plus, la proportion d'enfants allaités selon cette fréquence varie assez peu en fonction des caractéristiques des mères : d'un minimum de 86 pour cent à Byumba/Kibungo ou quand la mère n'a pas d'instruction, à un maximum de 95 pour cent quand la mère a une instruction post-primaire.

8.2 ETAT NUTRITIONNEL

Un des objectifs de l'EDSR était d'évaluer l'état nutritionnel des jeunes enfants. Cet état résulte, à la fois, de l'histoire nutritionnelle (ancienne et récente) de l'enfant et des maladies ou infections qu'il a pu avoir; par ailleurs, cet état influe sur la probabilité qu'a l'enfant de contracter des maladies. En effet, un enfant mal nourri est en situation de faiblesse physique qui favorise les infections, et par là influe sur ses risques de décéder. L'état nutritionnel est évalué au moyen d'indicateurs anthropométriques calculés à partir de l'âge et des mesures de la taille² et du poids de l'enfant prises au cours de l'enquête. Le poids et la taille permettent de calculer les trois indicateurs suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge).

Au cours de l'enquête, tous les enfants de moins de cinq ans des femmes de 15-49 ans interviewées devaient être pesés et mesurés : les données devraient donc porter sur les 5 042 enfants répondant à ces critères. Cependant, les résultats présentés ci-dessous ne concernent que 4 363 enfants, soit 87 pour cent des enfants éligibles. Sont exclus des résultats : 10 pour cent d'enfants pour lesquels le poids et/ou la taille ne sont

¹ Ce nombre moyen est estimé à partir des naissances d'une période de 36 mois pour éviter les problèmes de saisonnalité et les erreurs possibles de période de référence.

² Les enfants de moins de 24 mois ont été mesurés en position couchée, alors que ceux de 24 mois et plus ont été mesurés en position debout. Cependant, pour faciliter la compréhension du texte, le même terme "taille" sera utilisé ici pour tous les enfants, quelle que soit la façon dont ils ont été mesurés.

pas connus (l'enfant n'a pas été mesuré parce qu'il était malade ou absent au moment de l'enquête, ou encore parce qu'il a refusé), 2 pour cent d'enfants pour lesquels le poids et/ou la taille sont manifestement improbables (du fait d'erreurs de report, ou encore d'erreurs de mesure, particulièrement délicates chez les enfants les plus jeunes), et enfin 1 pour cent d'enfants pour lesquels l'âge en mois est inconnu ou incomplet, les indicateurs taille-pour-âge et poids-pour-âge n'ayant de sens que calculés à partir d'informations très précises sur l'âge.

Selon les recommandations de l'OMS, l'état nutritionnel des enfants observés pendant l'enquête est comparé à celui d'une population de référence internationale, connu sous le nom de standard NCHS/CDC/OMS.³ Cette référence internationale a été établie à partir de l'observation d'enfants américains de moins de cinq ans en bonne santé et elle est utilisable pour tous les enfants de cet âge dans la mesure où, quel que soit le groupe de population, ils suivent un modèle de croissance similaire. Les données de la population de référence internationale ont été normalisées pour suivre une distribution normale où la médiane et la moyenne sont identiques. Pour les différents indicateurs étudiés, on compare la situation des enfants dans l'enquête avec le standard de référence internationale, en calculant la proportion d'enfants observés qui se situent à moins de deux et à moins de 3 écarts type en-dessous de la médiane de la population de référence.

8.2.1 Retard de croissance

Selon les résultats du Tableau 8.4, concernant l'indice taille-pour-âge, on constate que près de la moitié des enfants rwandais (48 pour cent) souffrent de *sous-nutrition chronique* (la taille-pour-âge se situe à moins de 2 écarts type en-dessous de la médiane de la population de référence) et un cinquième (21 pour cent) souffrent de *sous-nutrition chronique sévère* (la taille-pour-âge se situe à moins de 3 écarts type de la médiane de la population de référence). Ces proportions sont beaucoup plus élevées que celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie, à savoir 2,3 pour cent (à -2 écarts type) et 0,1 pour cent (à -3 écarts type).

L'indice taille-pour-âge rend compte de la taille d'un enfant par rapport à son âge : la sous-nutrition chronique qui se manifeste par une taille trop petite pour l'âge traduit un retard de croissance. Cette situation est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises. La taille-pour-âge est donc une mesure des effets à long terme de la sous-nutrition et elle ne varie que très peu en fonction de la saison au cours de laquelle les enfants sont mesurés. De plus, on considère qu'après l'âge de deux ans, "...il y a peu de chance pour qu'une intervention quelle qu'elle soit puisse améliorer la croissance" (Delpeuch, 1991). Ainsi, le retard de croissance staturale acquis dès les plus jeunes âges n'est pratiquement plus rattrapable. La taille-pour-âge est révélatrice de la qualité de l'environnement, mais aussi des autres risques associés à cet environnement et, d'une manière générale, du niveau de développement socio-économique d'une population. L'enfant qui a une taille insuffisante pour son âge peut, cependant, avoir un poids en correspondance avec sa taille réelle; pour cette raison, cette forme de sous-nutrition n'est pas toujours "visible" dans une population.

³ NCHS : National Center for Health Statistics (Centre national des statistiques sanitaires, des Etats-Unis); CDC : Centers for Disease Control (Centres de contrôle des maladies, des Etats-Unis); OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

Tableau 8.4 Etat nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de sous-nutrition par caractéristiques socio-démographiques selon les trois indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel: taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, EDS Rwanda 1992

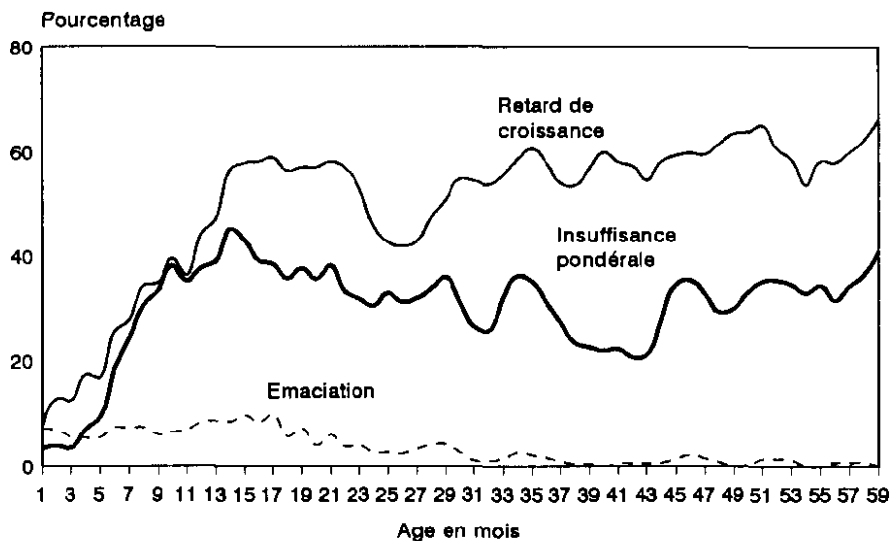
Caractéristique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif
	Inférieur à -3ET	Inférieur à -2 ET ¹	Inférieur à -3 ET	Inférieur à -2 ET ¹	Inférieur à -3 ET	Inférieur à -2 ET ¹	
Age de l'enfant							
<6 mois	2,0	11,1	0,9	6,3	1,1	4,6	462
6-11 mois	8,3	32,8	1,9	6,7	6,6	28,7	469
12-23 mois	23,5	54,4	1,2	7,4	9,2	38,4	911
24-35 mois	21,3	49,4	0,5	3,0	7,4	31,2	896
36-47 mois	26,5	57,8	0,3	0,8	3,4	26,2	822
48-59 mois	30,7	60,8	0,1	0,7	5,5	33,9	804
Sexe de l'enfant							
Masculin	22,2	49,7	0,8	4,4	6,1	28,8	2197
Féminin	19,8	46,9	0,6	3,2	5,8	29,6	2165
Rang de naissance							
1	18,7	46,1	0,8	3,9	5,2	24,6	762
2-3	20,9	46,9	0,4	2,8	5,2	27,5	1243
4-5	22,0	51,6	0,7	3,4	6,0	33,4	1034
6 ou plus	21,7	48,2	0,9	5,0	6,9	30,0	1324
Intervalle entre naissances							
Première naissance	18,8	46,2	1,0	4,0	5,3	24,6	767
<24 mois	26,2	51,4	0,2	2,4	5,2	30,2	684
24-47 mois	20,9	49,3	0,8	4,0	6,2	30,4	2467
48 mois ou plus	17,8	41,4	0,8	4,5	6,4	28,5	444
Milieu de résidence							
Urbain	14,4	33,4	0,8	3,7	3,0	18,1	209
Rural	21,4	49,0	0,7	3,8	6,1	29,7	4154
Préfecture							
Kigali	17,7	40,4	1,7	6,1	4,1	25,4	715
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	21,0	49,6	0,6	2,8	5,5	28,3	1289
Cyangugu/Gikongoro	21,2	49,4	0,3	3,0	3,9	25,5	676
Butare/Gitarama	20,8	47,4	0,2	3,4	6,2	32,7	915
Byumba/Kibungo	24,2	53,6	0,9	4,5	9,8	33,1	768
Niveau d'instruction de la mère							
Aucun	24,3	52,1	0,8	4,2	7,2	32,1	2003
Primaire	19,5	46,7	0,7	3,5	5,1	28,0	2130
Post-primaire ou plus	6,5	29,2	0,2	2,9	1,9	14,0	230
Ensemble des enfants	21,0	48,3	0,7	3,8	5,9	29,2	4363

Note: Chaque indicateur est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Les enfants sont atteints de sous-nutrition s'ils se trouvent à moins de -2 ET (-2 ET et -3 ET) de la médiane de la population de référence.

¹Les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET sont inclus dans cette catégorie.

Selon l'âge, on observe des variations importantes de la prévalence de la sous-nutrition chronique, quelle soit modérée ou sévère (Tableau 8.4 et Graphique 8.2). La proportion d'enfants atteints augmente très régulièrement et très rapidement entre les premiers mois et l'âge de 15 mois environ : de 11 pour cent à moins de 6 mois, la prévalence de la sous-nutrition chronique atteint 54 pour cent à 12-23 mois, pour se maintenir ensuite (le retard de croissance est acquis) autour de 50 à 60 pour cent. La forme sévère de ce type de sous-nutrition qui touche 2 pour cent des enfants de moins de 6 mois et 8 pour cent des ceux de 6-11 mois concerne, ensuite, près d'un enfant sur quatre à 12-23 mois (24 pour cent) et près d'un enfant sur trois à 48-59 mois (31 pour cent). Comme on l'a précisé précédemment, c'est avant deux ans que la plupart des enfants accumulent un retard de croissance staturale et, après cet âge, le retard n'est plus rattrapable.

Graphique 8.2
Etat nutritionnel des enfants
de moins de 5 ans



Note: Moyenne mobile sur trois mois

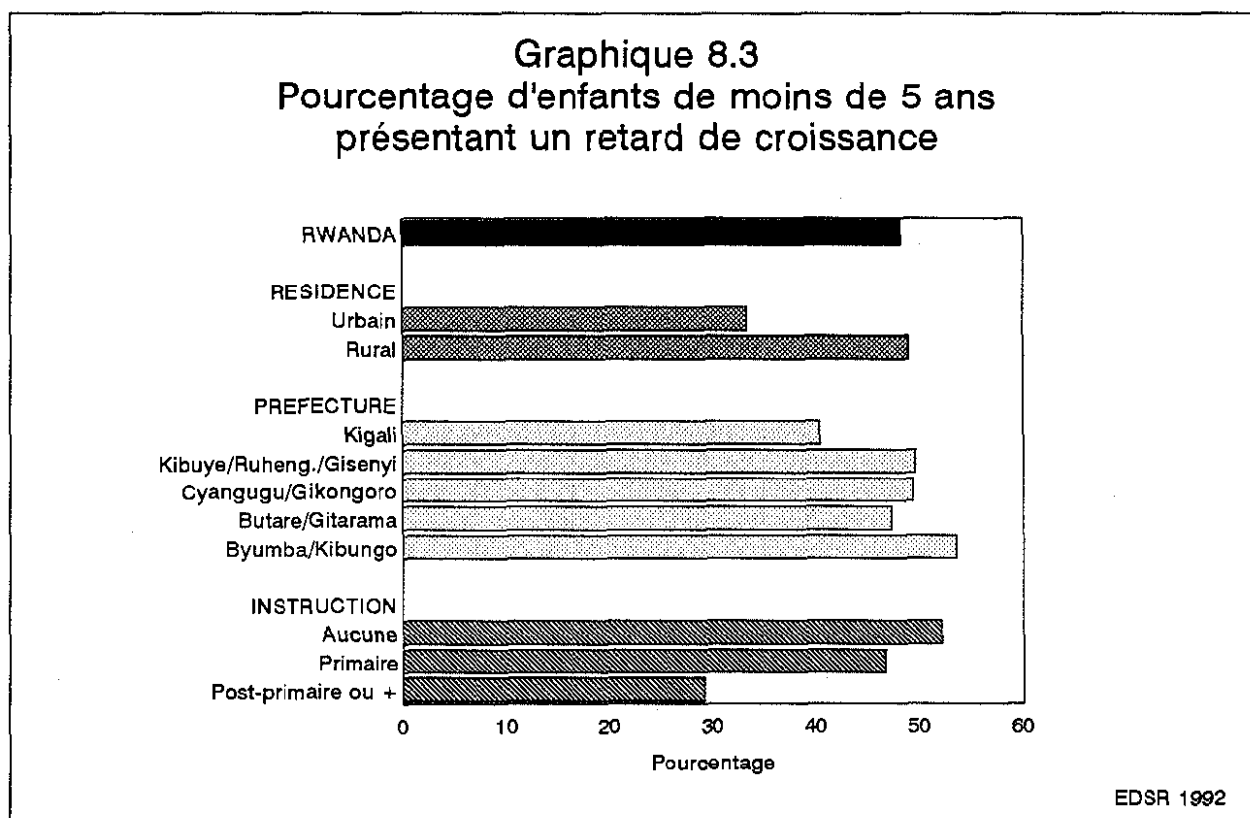
EDSR 1992

On n'observe qu'assez peu de différences entre les sexes (Tableau 8.4), bien que les garçons soient très légèrement plus touchés que les filles par la sous-nutrition chronique (50 pour cent contre 47 pour cent). Du point de vue du rang de naissance, on constate également une prévalence de la sous-nutrition légèrement plus importante chez les enfants de rangs élevés (52 pour cent pour les rangs 4-5 et 48 pour cent pour les rangs supérieurs à 5) que chez les enfants de rang un. L'intervalle entre naissances ne semble pas influencer de manière importante les niveaux de sous-nutrition chronique, sauf pour les enfants qui suivent leur aîné de 4 ans et plus qui sont moins touchés (41 pour cent) que lorsque l'intervalle intergénéral est plus court (49 pour cent et plus).

Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques de la mère, la prévalence de la sous-nutrition chronique présente des écarts très importants (Tableau 8.4 et Graphique 8.3). Près de la moitié des enfants du milieu rural (49 pour cent) sont atteints de sous-nutrition chronique contre un tiers (33 pour cent) en milieu urbain; sous sa forme sévère, la proportion d'enfants atteints d'un retard de croissance passe de 14 pour cent en milieu urbain à 21 pour cent en milieu rural. Du point de vue régional, les préfectures de Byumba/Kibungu se caractérisent par la situation la plus critique avec plus de la moitié des enfants atteints

de sous-nutrition chronique (54 pour cent) et près d'un quart (24 pour cent) touchés par une sous-nutrition chronique sévère. A l'opposé, les préfectures de Kigali se caractérisent par le niveau de sous-nutrition chronique le plus faible, à savoir 40 pour cent.

Le niveau d'instruction de la mère est la variable en fonction de laquelle l'état nutritionnel des enfants présente le plus de variations : les enfants dont la mère n'a pas d'instruction sont près de deux fois plus affectés par un retard de croissance que ceux dont la mère a une instruction supérieure au primaire (52 pour cent contre 29 pour cent). Si on se limite à la sous-nutrition chronique sous sa forme sévère, les écarts sont encore plus importants puisque les enfants de mère sans instruction sont plus de trois fois plus atteints que ceux dont les mères sont les plus instruites (24 pour cent contre 7 pour cent). Avec l'acquisition d'une certaine instruction, les femmes acquièrent certainement une meilleure connaissance de la composition équilibrée des aliments et des règles d'hygiène; mais aussi et surtout, les femmes non instruites sont souvent celles qui vivent dans les conditions économiques les plus précaires, caractérisées par une quantité de nourriture disponible parfois limitée et par des conditions de logement souvent insalubres. C'est cette conjonction de facteurs, et non le seul niveau d'instruction, qui explique la forte prévalence de la sous-nutrition chronique parmi les enfants des femmes sans instruction.



8.2.2 Emaciation

Au Tableau 8.4 figurent également les résultats concernant les proportions d'enfants atteints de sous-nutrition aiguë, exprimée par l'indice poids-pour-taille. Cet indice qui donne une mesure de la masse du corps en relation avec sa taille reflète la situation nutritionnelle actuelle (au moment de l'enquête), et il peut donc être fortement influencé par la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données. En effet, la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant, que ce soient des maladies (rougeole, diarrhée ...) ou des déficits alimentaires (sécheresses, périodes de soudures) sont très

sensible à la saison. Ce type de sous-nutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation ou d'une perte de poids consécutive à une maladie (diarrhée sévère ou anorexie, par exemple). Un enfant souffrant de cette forme de sous-nutrition est maigre ou *émacié*. Les enfants dont le poids-pour-taille se situe à moins deux écarts type en-dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme étant atteints de *sous-nutrition aiguë modérée*, ceux se situant à moins trois écarts type sont considérés comme souffrant de *sous-nutrition aiguë sévère*.

Au Rwanda, les enfants souffrant de sous-nutrition aiguë ou émaciés sont faiblement représentés (4 pour cent) et, parmi eux, seule une très faible proportion sont atteints de la forme sévère (0,7 pour cent); ces proportions sont, néanmoins, supérieures à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement, 2,3 pour cent et 0,1 pour cent).

Du point de vue de l'âge (Tableau 8.4 et Graphique 8.2), ce sont les enfants de moins de 2 ans qui sont les plus atteints d'émaciation, en particulier ceux du groupe d'âges 6-23 mois (7 pour cent); après 35 mois, les proportions d'enfants souffrant de sous-nutrition aiguë chutent à moins de 1 pour cent. Ce sont donc les enfants qui, pour la plupart, sont encore allaités qui souffrent le plus de cette forme de sous-nutrition, mais ce sont aussi ceux qui souffrent le plus d'infections respiratoires, de fièvre et de diarrhée (respectivement, 41, 59 et 38 pour cent à 6-23 mois); (voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant). Ainsi, cette forte prévalence de la sous-nutrition aiguë aux jeunes âges est, peut-être, davantage la conséquence des maladies qui touchent les enfants de ces âges, que de carences alimentaires.

Comme pour la sous-nutrition chronique, on remarque que la proportion d'enfants émaciés est très légèrement plus élevée pour le sexe masculin (4 pour cent) que pour le sexe féminin (3 pour cent). Par ailleurs, on peut noter que les enfants de rangs élevés (6 ou plus) souffrent plus fréquemment de sous-nutrition aiguë que ceux de rangs plus faibles (5 pour cent contre moins de 4 pour cent). Enfin, il apparaît que chez les enfants suivant leur âge de moins de 24 mois, la prévalence de la sous-nutrition aiguë est plus faible (2 pour cent) que chez les enfants pour lesquels l'intervalle intergénéral est de 2 ans ou plus (4 pour cent).

Aucune différence n'apparaît du point de vue du milieu de résidence de la mère; par contre, les préfectures de Kigali, où la sous-nutrition chronique est la moins répandue, se caractérisent par une prévalence de la sous-nutrition aiguë nettement supérieure à celle observée dans les autres régions (6 pour cent contre 4 pour cent et moins). Enfin, concernant le niveau d'instruction des mères, la tendance est identique à celle de la sous-nutrition chronique : les enfants dont la mère n'a pas d'instruction sont plus fréquemment émaciés (4 pour cent) que ceux dont la mère a une instruction supérieure au primaire (3 pour cent).

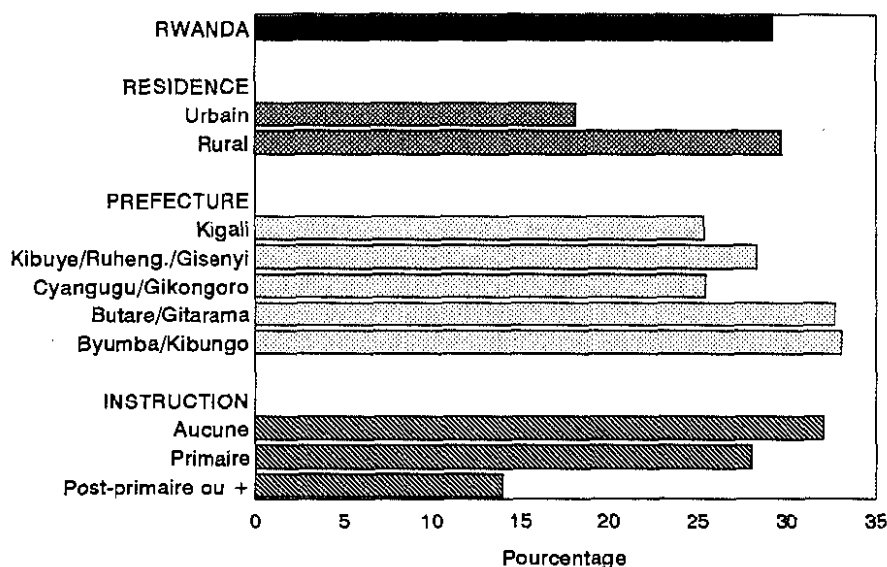
8.2.3 Insuffisance pondérale

Le Tableau 8.4 présente enfin l'état nutritionnel des enfants mesuré au moyen de l'indice poids-pour-âge. Cet indice est un "indice combiné," un faible poids-pour-âge pouvant être provoqué par la maigreur comme par le retard de croissance. Il traduit une insuffisance pondérale. Cet indice est celui qui est le plus souvent utilisé par les services de santé pour suivre les progrès nutritionnels et la croissance des enfants. Son utilisation reste limitée car il ne permet pas de distinguer entre les déficiences alimentaires de longue durée (retard de croissance) et celles qui sont récentes (émaciation). Comme le poids-pour-taille, cet indice est sensible aux variations saisonnières et sa valeur est limitée quand il n'en existe qu'une seule mesure dans le temps. Il est présenté ici essentiellement pour permettre des comparaisons avec les résultats des études ou des suivis nutritionnels des enfants qui utilisent cette mesure. Les enfants dont le poids-pour-âge se situe à moins de 2 écarts type en-dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme souffrant d'*insuffisance pondérale*, ceux se situant à moins de trois écarts type sont considérés comme souffrant d'*insuffisance pondérale sévère*.

Près d'un tiers des enfants rwandais (29 pour cent) souffrent d'insuffisance pondérale et six pour cent d'insuffisance pondérale sévère. Une fois encore, ces proportions sont nettement supérieures à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement, 2,3 pour cent et 0,1 pour cent). Les variations selon l'âge (Graphique 8.2) sont proches de celles des deux autres indices, en particulier de celles de l'indice taille-pour-âge, ce qui n'est pas étonnant puisque ces deux indices sont dépendants de l'âge. La proportion d'enfants atteints d'insuffisance pondérale augmente très régulièrement et très rapidement entre les premiers mois et l'âge de 15 mois environ : de 5 pour cent à moins de 6 mois, la proportion d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale atteint 38 pour cent à 12-23 mois, pour diminuer ensuite légèrement, tout en se maintenant autour de 30 pour cent.

Du point de vue des caractéristiques de la mère, les variations observées pour la sous-nutrition chronique se retrouvent dans le cas de l'insuffisance pondérale (Graphique 8.4). Les enfants du milieu rural (30 pour cent) sont beaucoup plus atteints que ceux du milieu urbain (18 pour cent). Concernant la région, ce sont les enfants de Byumba/Kibungo, mais aussi ceux de Butare/Gitarama (33 pour cent dans les deux cas), qui présentent le plus fréquemment une insuffisance pondérale, alors que ceux des préfectures de Kigali et de Cyangugu/Gikongoro sont les moins touchés (25 pour cent, dans les deux cas) : en outre, à Byumba/Kibungo, 10 pour cent des enfants présentent une insuffisance pondérale sévère. Comme pour les autres indices de l'état nutritionnel, le niveau d'instruction de la mère est la variable en fonction de laquelle on constate le plus de variations. Lorsque la mère a atteint un niveau d'instruction supérieur au primaire, 14 pour cent des enfants présentent une insuffisance pondérale : ce niveau est deux fois plus élevé lorsque la mère n'a que le niveau d'instruction primaire (28 pour cent), ou lorsqu'elle n'a pas d'instruction (32 pour cent).

Graphique 8.4
 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans
 atteints d'insuffisance pondérale



EDSR 1992

8.3 DISCUSSION

La quasi-totalité des enfants rwandais nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ont été allaités, et cela sur une longue période. Cependant, trop peu d'enfants sont mis au sein immédiatement après la naissance et l'introduction d'une alimentation de complément se fait, selon les cas, soit trop tôt, soit trop tard. Ces pratiques contribuent à la sous-nutrition des enfants, favorisent les maladies et, par conséquent, font courir aux jeunes enfants de hauts risques de mortalité.

Près de la moitié des enfants rwandais de moins de cinq ans souffrent de sous-nutrition chronique qui se manifeste par un retard de croissance. La prévalence de la sous-nutrition chronique est particulièrement élevée en milieu rural et parmi les enfants de femmes sans instruction. Par ailleurs, 7 pour cent des enfants de 12-23 mois souffrent de sous-nutrition aiguë qui se manifeste par l'émaciation.

Une meilleure éducation dans le domaine nutritionnel (moment auquel il faut introduire les différents aliments et préparation équilibrée des repas), ainsi qu'une meilleure formation en ce qui concerne l'hygiène alimentaire sont indispensables à l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants et, par là, à l'amélioration de leur état de santé en général. Là encore, toute action dans ce domaine devrait être plus particulièrement orientée vers les femmes du milieu rural et celles sans instruction.

CHAPITRE 9

MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Le niveau de mortalité des enfants est déterminé par les conditions sanitaires, mais aussi par les conditions démographiques, socio-économiques, environnementales et culturelles, et, pour cette raison, le taux de mortalité infantile est parfois considéré comme l'un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'une population. La connaissance de la mortalité des enfants est donc indispensable aux spécialistes des questions de population, mais aussi aux responsables des programmes de santé et de développement socio-économique en général. C'est dans cette perspective que s'est inscrit l'un des principaux objectifs de l'EDSR, à savoir recueillir des informations permettant d'estimer les niveaux de mortalité des enfants, d'en dégager les tendances au cours des deux dernières décennies, de mettre à jour certains de ses aspects différentiels et d'identifier certains des sous-groupes à hauts risques.

9.1 METHODOLOGIE

Les indices de mortalité présentés dans ce chapitre sont calculés à partir d'informations recueillies dans l'historique des naissances du questionnaire individuel. Dans cette partie du questionnaire, on demande aux femmes de retracer leur histoire génésique en donnant la liste de leurs naissances, et en précisant le sexe et la date de naissance de l'enfant, son état de survie et, en cas de décès, l'âge au décès (au jour près pour les décès de moins d'un mois, au mois près pour ceux de moins de deux ans, et en années pour les décès survenus à deux ans et plus). Les indices suivants ont été calculés à partir de ces informations :

- quotient de mortalité néonatale (NN)** : probabilité de décéder avant d'atteindre un mois exact;
- quotient de mortalité post-néonatale (PNN)** : probabilité de décéder entre le premier et le douzième mois exacts;
- quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$)** : probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire;
- quotient de mortalité juvénile (${}_4q_1$)** : probabilité de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire;
- quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)** : probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire.

La collecte des données par le biais de l'historique des naissances présente certaines limites méthodologiques et certains risques d'erreurs d'enregistrement. En premier lieu, dans ce type d'approche rétrospective, on collecte des informations sur le passé (par exemple ici, la mortalité des enfants) auprès de personnes vivantes au moment de l'enquête (ici, les femmes de 15-49 ans). Dans le cas présent, on n'a donc aucune information sur la survie ou le décès d'enfants dont la mère est actuellement décédée : dans le cas où ces enfants, orphelins de mères, seraient en nombre important et dans le cas où leur mortalité serait différente des enfants dont la mère survit (ce qui est certainement le cas), les niveaux de mortalité s'en trouveraient affectés.¹ En outre, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans, les informations découlant de l'historique des naissances ne sont pas complètement représentatives des différents intervalles de la période passée. Si, pour les cinq années précédant l'enquête, la presque totalité des naissances (et de la mortalité infanto-juvénile qui peut s'ensuivre) sont issues de femmes de 15-49 ans à l'enquête, il n'en est pas de même pour les intervalles plus anciens; pour la période 10-14 ans avant l'enquête, par exemple, nous ne disposons d'aucune information sur les naissances issues de femmes de 40-49 ans à cette époque.

¹ Le même problème méthodologique se pose quant aux mesures concernant la santé de la mère et de l'enfant et l'état nutritionnel des enfants, présentés rétrospectivement aux Chapitres 7 et 8.

Comme cela a été précisé précédemment (Chapitre 3 - Fécondité), du point de vue de la collecte proprement dite, la validité des données peut être affectée par :

- le sous-enregistrement des événements, plus particulièrement l'omission d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou quelques jours après la naissance, ce qui peut induire une sous-estimation des niveaux de mortalité;
- les déplacements différentiels de dates de naissance des enfants, selon qu'ils sont vivants ou décédés. Ces "déplacements" qui n'affectent pas les niveaux de mortalité de l'ensemble de la période rétrospective considérée, peuvent entraîner une sous-estimation de la mortalité d'un intervalle (par exemple, 0-4 ans avant l'enquête), et par conséquent une surestimation de la mortalité de l'intervalle précédant (par exemple, 5-9 ans avant l'enquête);²
- l'imprécision des déclarations d'âge au décès : en particulier, l'attraction de 12 mois comme âge au décès, en transformant une partie des décès de jeunes enfants (moins de 12 mois) en décès d'enfants plus âgés (12 à 59 mois), peut engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et, par contre-coup, une surestimation de la mortalité juvénile, la mortalité globale des moins de cinq ans n'étant que très peu affectée.³

L'ensemble des limites méthodologiques, inhérentes à l'historique des naissances, et des risques d'erreurs ou d'imprécisions de collecte n'induisent généralement qu'une très faible marge d'erreur dans les mesures des événements récents⁴ (voir Sullivan et al., 1990) : dans le cadre de ce rapport, on n'a donc procédé à aucun ajustement qui nécessiterait, au préalable, une évaluation détaillée de la qualité des données de l'historique des naissances. Cependant, plus la période de référence est éloignée de la date de l'enquête, plus le risque d'imprécision est important : de ce fait, les conclusions concernant les changements ou plutôt l'amplitude des changements dans les niveaux de mortalité ne doivent être tirées qu'avec prudence.

9.2 NIVEAUX ET TENDANCES

Le Tableau 9.1 présente les différents quotients de mortalité (néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile) pour les vingt dernières années, selon quatre périodes quinquennales. Durant la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), un peu plus d'un enfant sur sept (150 pour mille) est décédé avant d'atteindre son cinquième anniversaire : sur 1 000 naissances, 85 enfants sont décédés avant l'âge d'un

² A l'Annexe D, le Tableau D.4 fournit la distribution des naissances, selon leur état de survie, par année de naissance. Comme on l'a précisé au Chapitre 3 (Fécondité), le "rapport de naissances annuelles" ne semble pas indiquer un manque de naissances en 1987 au profit de 1986. Par contre, il semble qu'un déplacement se soit produit pour les seuls enfants décédés, nés en "sous-nombre" en 1987 (rapport = 87 < 100), et en "surnombre" en 1986 (rapport = 124 > 100).

³ A l'Annexe D, les Tableaux D.5 et D.6 fournissent la distribution des décès par âge au décès (jours, mois et années). On remarquera que, pour l'ensemble de la période 0-19 ans avant l'enquête, à peu près le même nombre d'enfants seraient morts à 12 mois ou 1 an "exact" (197 décès) qu'aux âges 9, 10, 11, 13 et 14 mois encadrants (189 décès) : l'attraction pour l'âge au décès 12 mois (ou 1 an exact) est nette. Pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), cette attraction est beaucoup moins prononcée.

⁴ A titre indicatif, un ajustement des données par le transfert d'une partie des décès déclarés à 12 mois (ou à 1 an exact) à ceux déclarés à moins de 1 an conduirait, pour la période 0-19 ans avant l'enquête, à une mortalité infantile supérieure d'environ 5 pour cent, et à une mortalité juvénile inférieure d'environ 7 pour cent à celles présentées dans le rapport. Pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), l'ajustement serait tout à fait négligeable.

an et, sur 1 000 enfants atteignant leur premier anniversaire, 72 sont décédés avant d'atteindre cinq ans. Avant l'âge d'un an, la probabilité de mourir durant le premier mois d'existence (39 pour mille) est légèrement inférieure à celle de mourir entre le premier et le douzième mois exacts (46 pour mille).

Tableau 9.1 Mortalité des enfants de moins de cinq ans

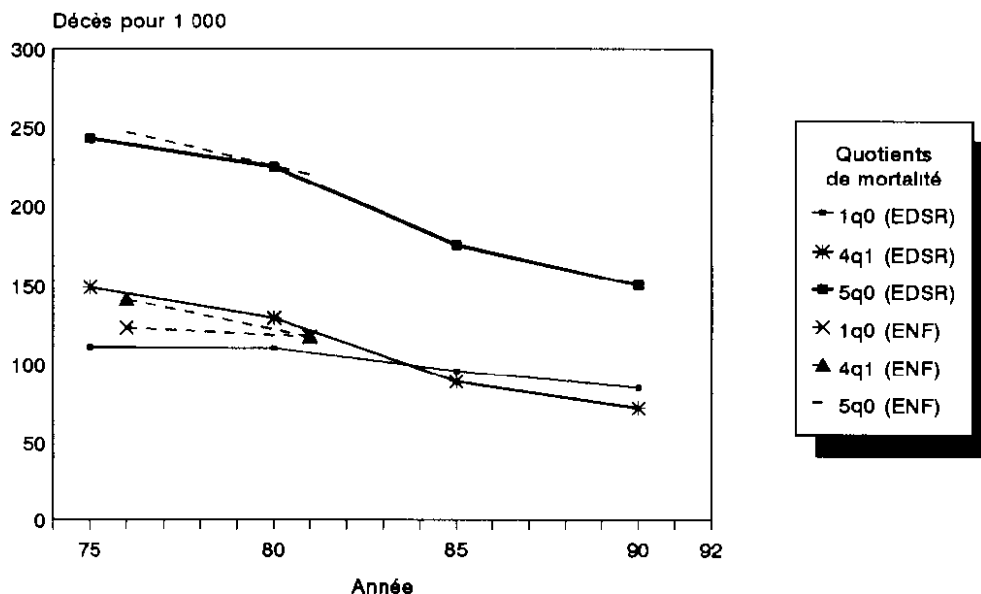
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de 5 ans précédant l'enquête, EDS Rwanda 1992

Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale (MN)	Mortalité post-néonatale (MPN)	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
0-4 ans	38,6	46,1	84,8	71,6	150,3
5-9 ans	55,4	40,1	95,4	88,6	175,6
10-14 ans	59,8	50,1	109,9	129,0	224,7
15-19 ans	54,5	56,0	110,5	148,8	242,9

Sur la période des vingt dernières années, la mortalité infanto-juvénile a connu une forte diminution, passant de 243 pour mille en 1975 (année centrale de la période quinquennale 15-19 ans avant l'enquête) à 150 pour mille pour la période la plus récente (autour de 1990). Cette baisse de la mortalité avant l'âge de 5 ans résulte essentiellement d'une diminution de la mortalité juvénile : en effet, la probabilité de décéder entre le 1^{er} et le 5^e anniversaire a diminué de moitié au cours des vingt dernières années, passant de 149 à 72 pour mille, alors que la mortalité infantile ne baissait que de 23 pour cent pendant la même période, passant de 111 pour mille à 85 pour mille (voir Graphique 9.1). Cette évolution différentielle des quotients de mortalité infantile et juvénile, qui est assez caractéristique des populations qui parviennent à maîtriser certaines des causes exogènes de décès, a provoqué un changement de structure de la mortalité : le risque de décéder entre le 1^{er} et le 5^e anniversaire qui, précédemment, était nettement supérieur à la mortalité infantile, est, actuellement, inférieur à cette dernière.

Au Graphique 9.1, figurent également les niveaux de mortalité par périodes quinquennales précédant l'enquête, estimés lors de l'ENF de 1983. Les résultats de l'EDSR pour les deux périodes rétrospectives les plus anciennes (autour des années 1975 et 1980) sont très voisins des résultats de l'ENF pour ses périodes rétrospectives les plus récentes (autour des années 1976 et 1981) : le quotient de mortalité infanto-juvénile est estimé par l'EDSR à 243 pour mille autour de 1975, contre 245-250 pour mille autour de 1976 selon l'ENF; ce même quotient est estimé par l'EDSR à 225 pour mille autour de 1980, contre 215-225 pour mille autour de 1981 selon l'ENF. Il semble donc que, même pour la période rétrospective la plus ancienne, les omissions de décès aient été peu nombreuses au cours de l'EDSR et que les quotients de mortalité calculés reflètent bien les niveaux de mortalité des enfants rwandais. Les tendances générales de baisse de la mortalité semblent se confirmer sur la période de vingt ans couverte par les deux enquêtes : au milieu des années 1970, un enfant sur quatre décédait avant d'atteindre cinq ans; au début des années 1990, cette probabilité de décéder est passée à environ un sur sept.

Graphique 9.1
Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans
selon l'ENF (1983) et l'EDSR (1992)



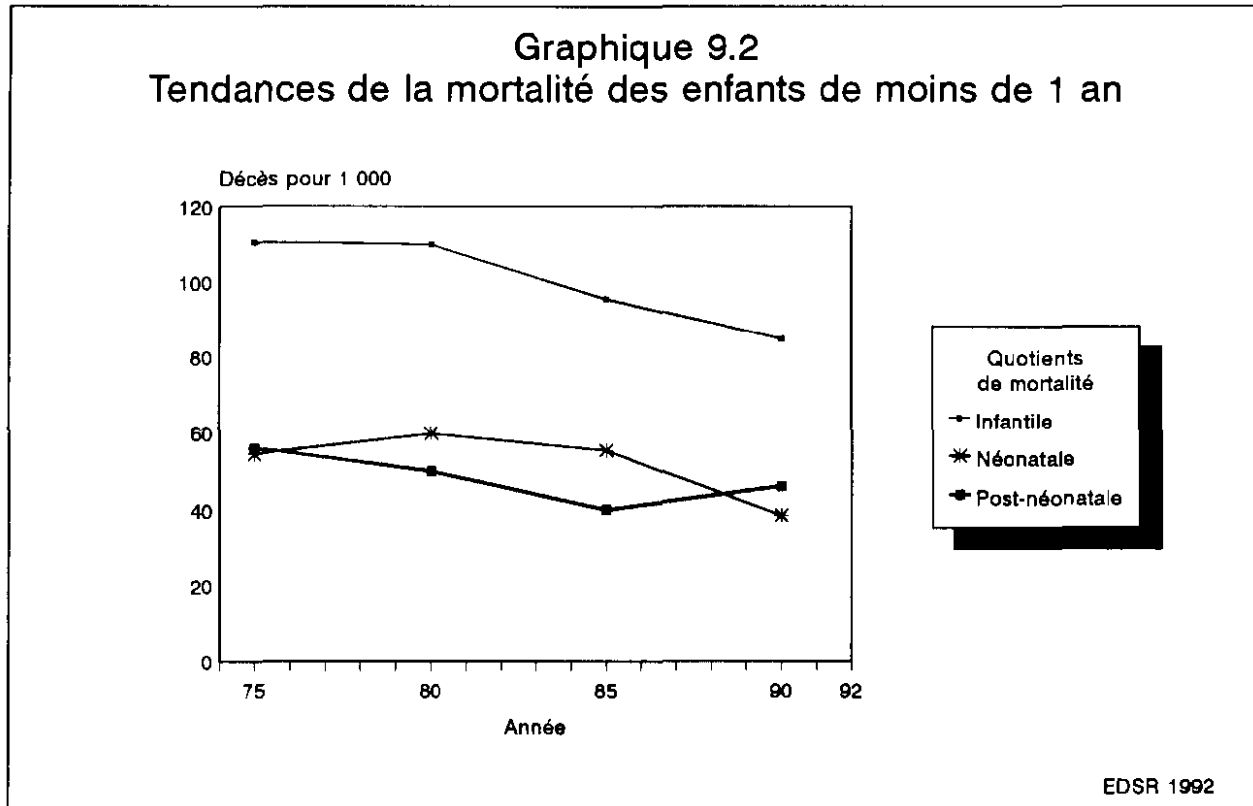
En ce qui concerne la mortalité avant le 1^{er} anniversaire, il semblerait que, globalement, la mortalité néonatale ait davantage diminué que la mortalité post-néonatale (Graphique 9.2). Cependant, ces deux catégories de mortalité semblent avoir évolué de façon contraire, à une baisse de la mortalité post-néonatale correspondant une hausse de la mortalité néonatale, et inversement : ceci pourrait provenir de transferts d'âge au décès entre la période néonatale et post-néonatale, transferts plus ou moins importants selon la période de référence avant l'enquête. De ce fait, il faut interpréter l'évolution différentielle de ces deux catégories de mortalité avec prudence.

Les résultats préliminaires de RGPH de 1991⁵ donnent des estimations de la mortalité infanto-juvénile, centrées autour de l'année 1988, différentes des résultats de l'EDSR pour la période la plus récente, à savoir 1987-1992. La mortalité juvénile, estimée à 76 pour mille au recensement, est très proche du quotient calculé à l'EDSR (72 pour mille), par contre la mortalité infantile, estimée (120 pour mille), est de 40 pour cent supérieure à celle de l'enquête (87 pour mille) et, par conséquent, la mortalité entre 0 et 5 ans (186 pour mille) est également supérieure à celle de l'EDSR (150 pour mille). Précisons tout d'abord que, contrairement à l'EDSR qui collecte des informations permettant le calcul direct des niveaux de mortalité, le RGPH dispose d'informations ne permettant que des estimations indirectes basées sur des tables-type de mortalité. Les résultats des deux opérations ne sont donc pas directement comparables.

En outre, l'application des méthodes indirectes de calcul et, en particulier, le choix du modèle de mortalité de référence peuvent parfois conduire à des estimations assez éloignées de la réalité. Dans le cas présent, alors que les niveaux de mortalité estimés par le recensement sont différents de ceux de l'EDSR, les informations collectées par le RGPH et ayant servi à l'estimation de la mortalité, à savoir la proportion d'enfants décédés parmi les enfants nés vivants, sont très proches des informations du même type collectées

⁵ Service National du Recensement, 1993.

à l'EDSR ce qui atteste de la qualité et de la cohérence des informations collectées par les deux opérations. Il semble donc que les différences de niveau de mortalité constatées entre le recensement et l'EDSR résulteraient essentiellement de l'utilisation des méthodes indirectes de calcul par le RGPH. En outre, les niveaux actuels ainsi que les tendances passées de la mortalité déduits de l'EDSR sont beaucoup plus cohérents avec la situation sanitaire actuelle et avec les estimations des enquêtes précédentes (ENF) que ne le seraient les niveaux de mortalité estimés par le RGPH.



9.3 MORTALITE DIFFERENTIELLE ET GROUPES A HAUTS RISQUES

Le Tableau 9.2 présente les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère, pour la période de dix ans précédant l'enquête (1983-1992). La référence à une période de dix années est utilisée ici pour pouvoir disposer, dans chaque sous-groupe de population, d'un nombre d'événements suffisant au calcul des différentes probabilités. Le Graphique 9.3 visualise les niveaux de mortalité infanto-juvénile selon les différentes caractéristiques.

Le risque de décéder avant l'âge de cinq ans en milieu rural (163 pour mille) n'est que très légèrement supérieur à celui estimé pour le milieu urbain (155 pour mille) et, que ce soit au niveau de la mortalité infantile ou de la mortalité juvénile, l'écart observé entre les deux milieux de résidence est du même ordre de grandeur. Ce résultat n'est guère surprenant dans la mesure où la situation sanitaire des enfants diffère assez peu selon le milieu de résidence (voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant).

Du point de vue régional, la mortalité infanto-juvénile présente peu de variations (de 146 à 161 pour mille), sauf dans le cas des préfectures de Byumba/Kibungo qui se caractérisent par une mortalité avant le 5^e anniversaire plus élevée que partout ailleurs (195 pour mille) : cette région se différencie plus particulièrement par une forte mortalité juvénile, près de 30 pour cent supérieure à celle des autres régions

Tableau 9.2 Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère

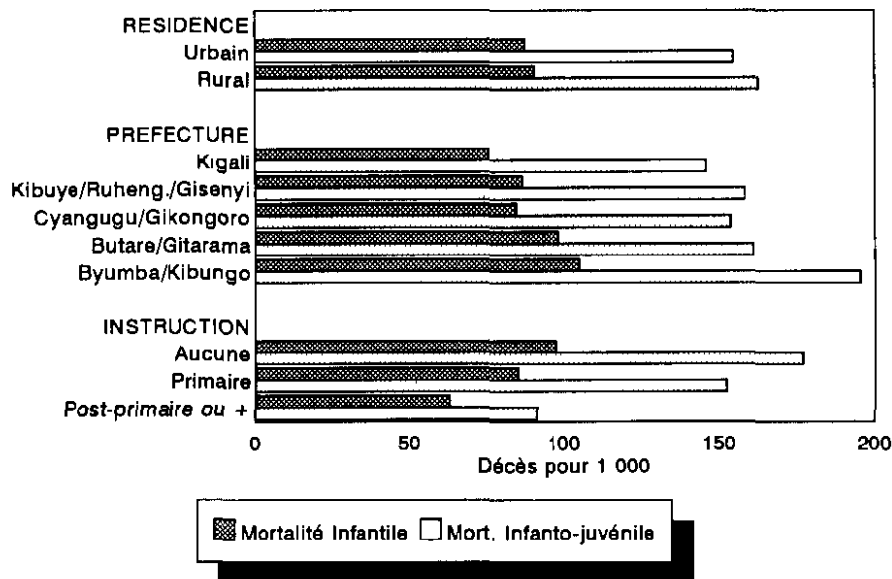
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques de la mère, EDS Rwanda 1992

Caractéristique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile (${}_1q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$)
Milieu de résidence					
Urbain	43,4	44,1	87,5	73,6	154,6
Rural	47,2	43,1	90,3	79,7	162,8
Préfecture					
Kigali	34,4	41,3	75,6	75,8	145,7
Kibuye/Ruhengeri/Gisenyi	44,0	42,4	86,4	78,9	158,4
Cyangugu/Gikongoro	54,0	30,5	84,5	75,5	153,6
Butare/Gitarama	51,8	46,3	98,1	69,8	161,1
Byumba/Kibungo	51,9	53,0	104,9	101,1	195,4
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	52,4	44,9	97,3	88,2	176,9
Primaire	41,9	43,0	84,9	73,6	152,2
Post-primaire ou plus	38,5	24,3	62,8	30,3	91,2
Ensemble	47,0	43,1	90,1	79,4	162,4

(101 pour mille, contre 79 pour mille ou moins). La situation nutritionnelle plus critique dans cette zone que dans le reste du pays (voir Chapitre 8 - Allaitement et état nutritionnel) explique, peut-être, en partie, ces résultats.

Le niveau d'instruction de la mère semble être la variable ayant le plus d'influence sur les niveaux de mortalité. Un enfant né d'une femme sans instruction a une probabilité de mourir avant cinq ans (177 pour mille) près de deux fois plus élevée que celle d'un enfant de mère ayant un niveau d'instruction post-primaire ou supérieur (91 pour mille); lorsque la mère a seulement un niveau primaire, la mortalité infanto-juvénile (152 pour mille) est plus de 50 pour cent supérieure à celle des enfants issus des femmes les plus instruites. Cette différence de mortalité en fonction du niveau d'instruction de la mère est encore plus nette pour les enfants survivants à un an, puisque leur probabilité de mourir avant cinq ans est près de trois fois plus élevée quand leur mère n'a aucun niveau d'instruction (88 pour mille) par rapport à ceux dont la mère a atteint, au moins, le post-primaire (30 pour mille). Ces résultats ne sont guère étonnants dans la mesure où le même type de relation a été mis en évidence entre le niveau d'instruction et, d'une part, la prévalence des maladies (Chapitre 7) et, d'autre part l'état nutritionnel des enfants (Chapitre 8). Avec l'acquisition d'une certaine instruction, les femmes acquièrent une meilleure connaissance de la composition équilibrée des aliments, des règles d'hygiène et des soins à prodiguer à leurs enfants; mais surtout, les femmes non instruites sont souvent celles qui vivent dans les conditions économiques les plus précaires, qui ont des logement insalubres, et pour lesquelles la quantité et la qualité de nourriture disponible est la plus limitée. Cette conjonction de facteurs, et non le seul niveau d'instruction, expliquent la forte prévalence des maladies et de la sous-nutrition parmi les enfants des femmes sans instruction et, par conséquent, leur forte mortalité.

Graphique 9.3
Mortalité infanto-juvénile selon les caractéristiques de la mère



Note: Basé sur les décès de la période de 10 ans ayant précédé l'enquête

EDSR 1992

Le Tableau 9.3 et le Graphique 9.4 présentent les quotients de mortalité pour la période de dix ans précédant l'enquête selon certaines caractéristiques biologiques des mères et des enfants. Entre la naissance et le cinquième anniversaire, la mortalité des enfants de sexe masculin (176 pour mille) est, comme dans la majorité des populations, légèrement plus élevée que celle des enfants de sexe féminin (149 pour mille). Cette différence de niveau de mortalité s'observe aussi bien entre la naissance et le 1^{er} anniversaire (98 pour mille pour le sexe masculin contre 82 pour mille pour le sexe féminin), qu'entre le 1^{er} et le 5^e anniversaire (87 contre 73 pour mille).

Concernant la taille de l'enfant à la naissance selon la perception de la mère, il apparaît que les bébés de petite taille ont une mortalité beaucoup plus élevée que les bébés de taille moyenne ou gros. Sur mille enfants de petite taille à la naissance, 80 n'atteignent pas la fin du premier mois d'existence et, globalement, 135 n'atteignent pas leur premier anniversaire. Pour ces enfants, la probabilité de mourir durant le premier mois est près de trois fois supérieure, et la probabilité de mourir durant la première année est près de deux fois supérieure à celles des enfants que les mères ont déclarés comme étant, à la naissance, moyens ou plus grands que la moyenne.

Les trois autres caractéristiques selon lesquelles sont présentés les niveaux de mortalité au Tableau 9.3 et au Graphique 9.4 concernent le comportement procréateur des mères. Du point de vue de l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, les risques de décéder des enfants sont d'autant plus importants que la mère est jeune : entre la naissance et le 5^e anniversaire, un enfant né d'une mère très jeune (moins de 20 ans) court un risque de décéder de 1 sur 4 (237 pour mille), alors que si la mère est plus âgée, la probabilité de décéder ne dépasse pas 1 sur 6 (163 pour mille). Cette différence de mortalité ne se retrouve pas seulement dans la période néonatale, mais à tous les âges de la naissance à 5 ans. Ceci laisse à penser que cette mortalité différentielle n'est pas due uniquement au fait que les mères sont jeunes, mais également à d'autres facteurs

Tableau 9.3 Mortalité des enfants par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants, EDS Rwanda 1992

Caractéristique démographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile (${}_1Q_0$)	Mortalité juvénile (${}_4Q_1$)	Mortalité infanto-juvénile (${}_5Q_0$)
Sexe					
Masculin	49,1	49,0	98,2	86,6	176,2
Feminin	44,8	37,2	82,1	72,5	148,6
Taille à la naissance¹					
Petit	79,9	55,0	134,9	58,0	185,1
Moyen ou gros	31,5	43,4	74,9	76,8	145,9
Age de la mère à la naissance					
Moins de 20 ans	64,5	56,6	121,2	131,5	236,8
20-29 ans	45,3	44,8	90,2	79,9	162,9
30-39 ans	47,7	39,5	87,2	67,7	148,9
40-49 ans	33,3	30,6	63,9	79,9	138,7
Rang de naissance					
1	55,6	44,0	99,6	77,5	169,4
2-3	40,0	46,5	86,6	81,3	160,9
4-6	41,4	41,6	83,0	76,2	152,9
7 ou plus	58,5	40,0	98,6	83,6	173,9
Intervalle avec la naissance précédente					
Moins de 2 ans	87,9	70,9	158,8	100,4	243,2
2-3 ans	26,6	33,0	59,6	75,5	130,6
4 ans ou plus	33,2	23,9	57,0	45,0	99,5

¹Quotients pour la période de cinq ans précédant l'enquête

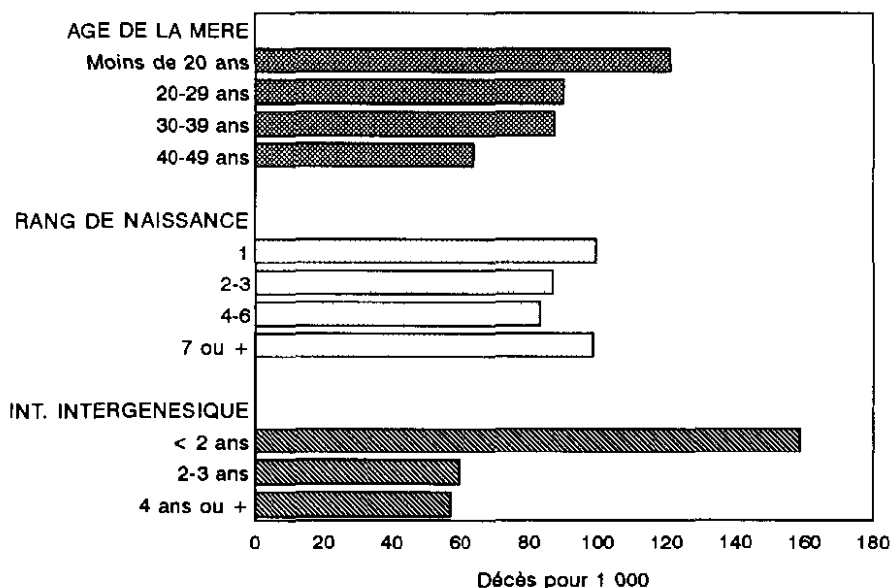
exogènes, tels que les conditions environnementales et/ou socio-économiques plus défavorables, particulières aux femmes qui ont des enfants à de jeunes âges.

Selon le rang de naissance, les quotients de mortalité infantile relativement élevés pour le rang 1 (100 pour mille), baissent pour les rangs suivants (87 pour mille et moins), pour augmenter pour les enfants de rangs les plus élevés (99 pour mille pour les rangs 7 ou plus). Les écarts relatifs de mortalité sont encore plus importants si on se limite à la mortalité néonatale qui passe de 56 pour mille pour le rang 1 à 40 pour mille pour les rangs 2-3 et atteint 59 pour mille pour les rangs 7 ou plus. Les naissances de rangs élevés sont donc des naissances à risques comme le sont les premiers-nés.

La durée de l'intervalle intergénéral apparaît comme étant le facteur qui influe le plus nettement sur les niveaux de mortalité des enfants. Les intervalles très courts (moins de 2 ans), dont on pense qu'ils ne permettent pas à la femme une récupération totale de ses capacités physiologiques, entraînent une mortalité

infantile (159 pour mille) trois fois plus élevée que chez les enfants qui suivent leur aîné de quatre ans et plus (57 pour mille). Parce qu'ils peuvent affecter la durée de l'allaitement, l'alimentation en général et les soins apportés aux enfants, les intervalles intergénéral courts peuvent également réduire les chances de survie des enfants après le 1^{er} anniversaire. Ainsi, au Rwanda, les enfants qui suivent leur aîné de moins de 2 ans ont une mortalité juvénile (100 pour mille) plus de deux fois plus élevée que celle des enfants qui suivent leur aîné de quatre ans ou plus (45 pour mille).

Graphique 9.4
Mortalité infantile et comportement procréateur



EDSR 1992

La mortalité différentielle selon ces trois caractéristiques met en évidence les risques importants que fait courir aux enfants une fécondité élevée, caractérisée par des naissances précoces, des rangs de naissance élevés et des intervalles intergénéral courts.

Le Tableau 9.4 qui reprend, en les combinant, ces trois dernières caractéristiques du comportement procréateur, présente une classification des naissances des cinq dernières années selon les catégories à hauts risques auxquelles elles correspondent :

- les naissances de rang un qui présentent un risque accru de mortalité; ces naissances ne pouvant être évitées, elles sont présentées dans une catégorie à part;
- les naissances issues de femmes appartenant à une seule catégorie à hauts risques, à savoir les naissances précoces (mère de moins de 18 ans) et celles de femmes d'âge de procréation tardif (plus de 34 ans), les naissances à intervalle intergénéral court (moins de 24 mois), et celles de rang élevé (supérieur à six);

- les naissances correspondant à une combinaison de certains hauts risques précédents à savoir : âge inférieur à 18 ans, âge supérieur à 34 ans, intervalle intergénérisique court (moins de 24 mois), et rang élevé (supérieur à six);
- les naissances n'appartenant à aucune des catégories à hauts risques définies ci-dessus.

Tableau 9.4 Fécondité à hauts risques

Pourcentage d'enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête par haut risque de mortalité, et pourcentage de femmes actuellement en union à risque de concevoir un enfant à haut risque de mortalité, par catégorie de haut risque croissant, EDS Rwanda 1992

Catégorie à hauts risques	Naissances dans les 5 dernières années		Pourcentage de femmes actuellement en union ¹
	Pourcentage de naissances	Rapport de risques	
Dans aucune catégorie à hauts risques	43,2	1,00	26,9 ²
Naissances de rang 1 (RG=1)	18,2	1,43	6,3
Un seul haut risque			
Age <18 ans	0,1	-	0,0
Age >34 ans	4,6	0,82	8,0
Intervalle intergénérisique (IN) <24 mois	12,6	1,72	22,6
Rang de naissance (RG) >6	3,9	0,98	2,6
Ensemble des hauts risques simples	21,2	1,38	33,3
Hauts risques multiples			
Age <18 et IN <24	0,2	-	0,1
Age >34 et IN <24	0,4	-	1,4
Age >34 et RG >6	12,7	1,01	22,0
Age >34, IN <24 et RG >6	2,4	(2,46)	7,4
IN <24 et RG >6	1,7	(1,91)	2,6
Ensemble des hauts risques multiples	17,4	1,29	33,5
Ensemble des catégories à risques	56,8	1,37	73,1
Total	100,0	-	100,0
Effectif	5613	-	3785

Note: Le rapport de risques est le rapport de la proportion d'enfants décédés dans les cinq dernières années dans chaque catégorie à risques, à la proportion d'enfants décédés dans aucune catégorie à hauts risques.

() Basé sur moins de 200 cas.

¹Les femmes sont classées dans les catégories à hauts risques selon le statut qu'elles auraient à la naissance de l'enfant, si l'enfant était conçu au moment de l'enquête: âge inférieur à 17 ans et 3 mois ou supérieur à 34 ans et 2 mois, la dernière naissance est née dans les 15 derniers mois, et la dernière naissance était de rang 6 ou plus.

²Y compris les femmes stérilisées

Il apparaît tout d'abord (Tableau 9.4) que 43 pour cent des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête ne correspondent à aucune catégorie à hauts risques identifiés, 18 pour cent correspondent à des risques élevés parce qu'elles sont de rang un, 21 pour cent correspondent à des catégories de haut risque unique, et 17 pour cent des naissances sont des cas à hauts risques multiples. Pour évaluer le risque supplémentaire de décéder que font courir aux enfants certains comportements procréateurs des mères, on a calculé des *rapports de risques*, en prenant comme base de référence les naissances n'appartenant à aucune des catégories à hauts risques. Le rapport de risques est donc le rapport de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à hauts risques, à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie "sans haut risques."

Un enfant appartenant à une catégorie quelconque de haut risque unique court un risque de décéder 1,38 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques : les intervalles intergénésiques courts constituent la cause essentielle de ces hauts risques puisqu'un enfant né moins de 24 mois après son aîné court un risque de décéder 1,72 fois supérieur à celui de la catégorie de référence. Les *enfants appartenant à la catégorie de hauts risques multiples courent un risque de décéder 1,29 fois supérieur à la norme de référence*. Lorsque les enfants sont de rang supérieur à 6 et suivent la naissance précédente de moins de 24 mois, leur risque de décéder est 1,91 fois supérieur à la catégorie de référence; lorsqu'en plus de ces deux critères, la mère a plus de 34 ans, le risque de décéder est 2,46 fois supérieur à la norme.

Ces résultats démontrent qu'un meilleur espacement des naissances n'a pas pour seule conséquence une réduction des niveaux de la fécondité, mais aussi une amélioration des chances de survie des enfants.

A partir de cette analyse du comportement procréateur à hauts risques, on a essayé de déterminer la proportion de femmes actuellement mariées qui, potentiellement, pourraient avoir un tel comportement. Pour cela, à partir de l'âge actuel des femmes, de l'intervalle écoulé depuis leur dernière naissance et du rang de leur dernière naissance, on détermine dans quelle catégorie se trouverait la prochaine naissance, si chaque femme concevait un enfant au moment de l'enquête. Il s'agit donc d'une simulation ayant pour objectif de déterminer quelles proportions des futures naissances entreraient dans les catégories à risques, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité. Il apparaît (Tableau 9.4) que 27 pour cent des enfants à naître seraient alors des enfants n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques et que 73 pour cent des enfants appartiendraient à une quelconque catégorie à hauts risques (simple ou multiple). Cette dernière proportion est nettement supérieure à celle observée chez les enfants déjà nés (57 pour cent). Cette simulation démontre une fois de plus la nécessité de mettre en place des mécanismes régulateurs de la fécondité dans le but de réduire les hauts risques de mortalité encourus par les jeunes enfants.

9.4 DISCUSSION

Les conditions précaires d'accouchement, la forte prévalence des maladies de l'enfance et leur manque de traitement, ainsi que la situation nutritionnelle déficiente sont autant de facteurs qui expliquent que la mortalité des enfants rwandais reste toujours élevée. En outre, on constate de fortes variations de la mortalité selon le niveau d'instruction de la mère, les enfants de femmes sans instruction ayant une probabilité de décéder entre la naissance et le 5^e anniversaire près de deux fois plus élevée que les enfants des femmes de niveau supérieur au primaire. Par ailleurs, une fécondité trop précoce et des intervalles intergénésiques trop courts, chez certaines catégories de femmes, contribuent au maintien de cette forte mortalité. Globalement, avant cinq ans, la mortalité touche 150 enfants pour mille naissances vivantes.

Cependant, ces niveaux de mortalité ont nettement diminué au cours des dernières années : le développement des soins prénatals et de la vaccination des enfants, ainsi que le recul de l'âge à la première naissance (et donc la baisse de la fécondité) ont très certainement largement contribué à cette baisse.

BIBLIOGRAPHIE

Arnold, Fred et Ann K. Blanc. 1990. *Fertility levels and trends*. DHS Comparative Studies No. 2. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc.

Banque Mondiale. 1993. *Rapport sur le développement dans le monde 1993*. Washington, D.C.: Banque Mondiale.

Bureau National du Recensement. 1984. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1978*. Kigali, Rwanda.

Delpuech, Francis. 1991. Indices et indicateurs anthropométriques : choix, interprétation, présentation et utilisation. In *Atelier sur la surveillance nutritionnelle en Afrique de l'Ouest : méthodologie des enquêtes nutritionnelles*. Document de travail, Dakar, Sénégal : ORANA, ORSTOM et OMS.

Office National de la Population (ONAPO). 1984. *Enquête Nationale de la Fécondité, 1983, Volume I, Analyse des résultats*. Kigali, Rwanda.

Office National de la Population (ONAPO). 1985. *L'Office National de la Population : historique, objectifs, principales réalisations, perspectives d'avenir*. Kigali, Rwanda.

Office National de la Population (ONAPO). 1989. *Rapport de l'étude sur la promotion et la prestation des services de planification familiale à base communautaire à Ruhengeri*. Kigali, Rwanda.

Office National de la Population (ONAPO) et GTZ. 1989. *Aspects socio-culturels des grossesses non désirées des jeunes filles dans la Préfecture de Butare*. Kigali, Rwanda.

Office National de la Population (ONAPO). 1990. *Le problème démographique au Rwanda et le cadre de sa solution*. Kigali, Rwanda.

ONAPO, 1990a. *Volume I, Interrelations population développement*.

ONAPO, 1990b. *Volume II, Le modèle TTU (Twiyongere Twongera Umusaruro)*.

ONAPO, 1990c. *Volume III, Etudes coût-bénéfice du programme de planification familiale au Rwanda*.

ONAPO, 1990d. *Volume IV, Politique démographique et politique de population au Rwanda et plan d'action*.

Office National de la Population (ONAPO) et Mouvement Révolutionnaire pour le Développement (MRND). 1990. *Le problème au Rwanda et le cadre de sa solution*. Kigali, Rwanda.

Office National de la Population (ONAPO). 1991. *Enquête sur les besoins d'éducation pour la vie familiale des élèves de l'enseignement secondaire*. Kigali, Rwanda.

Office National de la Population (ONAPO). 1992. *La politique de population au niveau de la commune du Rwanda. Guide d'intégration de la variable population dans la planification communale*. Kigali, Rwanda.

Office National de la Population (ONAPO) et Macro International Inc. 1992. *Enquête Démographique et de Santé (EDSR), Rapport préliminaire*. Columbia, Maryland : ONAPO et Macro International Inc.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1991. Expanded programme on immunization, training for mid-level managers. *The EPI Coverage Survey*. Genève: OMS.

Présidence du Mouvement Révolutionnaire pour le Développement (MRND) et Ministère de la Santé (MINISANTE). 1989. *La politique sanitaire au Rwanda*. Kigali, Rwanda.

Service National du Recensement. 1991. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) au 15 Août 1991. Résultats provisoires*. Kigali, Rwanda.

Service National du Recensement. 1992. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat au 15 Août 1991. Résultats préliminaires (échantillon au 10^e)*. Kigali, Rwanda.

Service National du Recensement. 1993. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat au 15 Août 1991. Analyse des principaux résultats (échantillon au 10^e)*. Kigali, Rwanda.

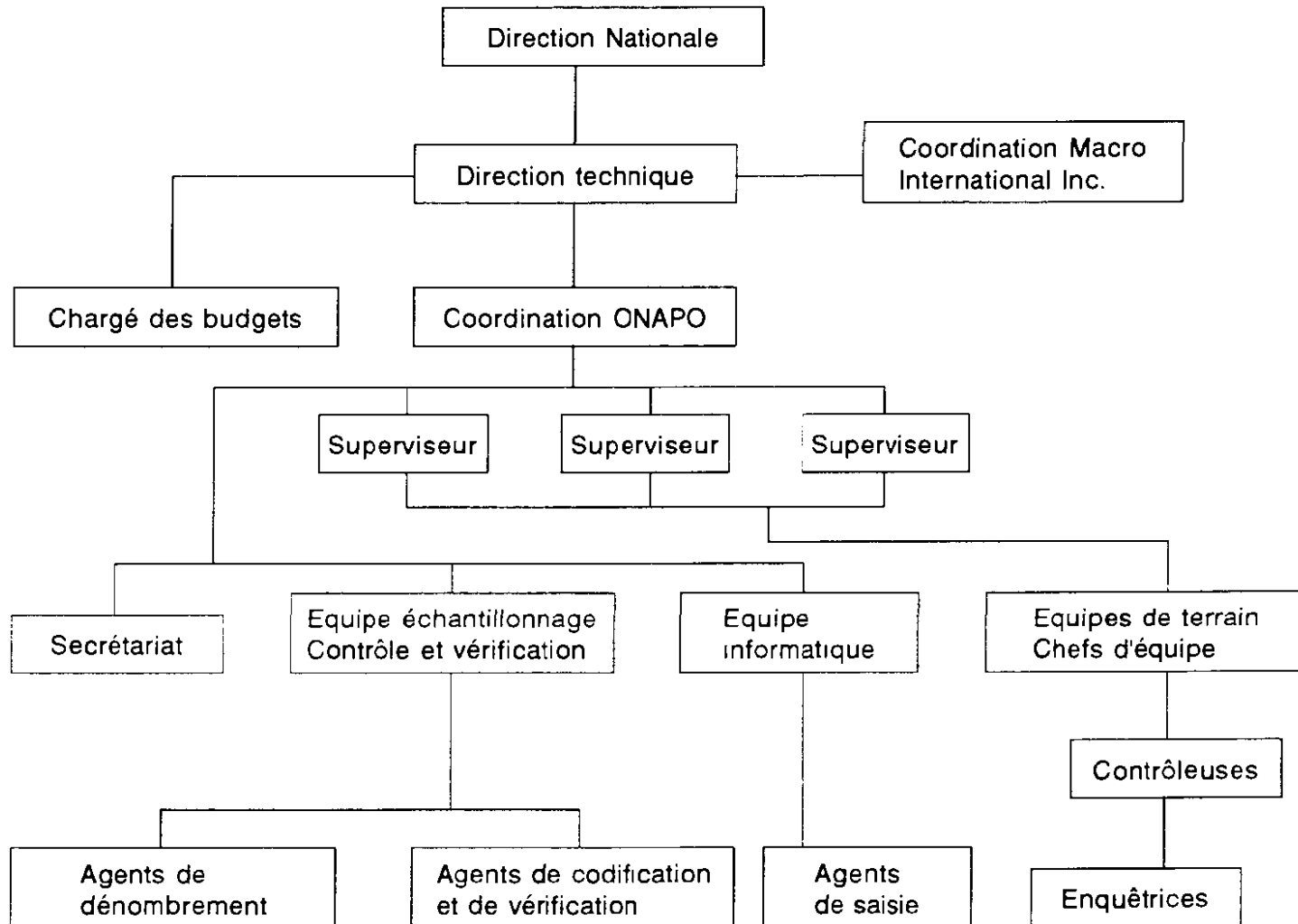
Service National du Recensement. En cours de publication. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat au 15 Août 1991. Analyse des résultats*. Kigali, Rwanda.

Sullivan, Jeremiah M., George T. Bicego et Shea Oscar Rutstein. 1990. Assessment of the quality of data used for the direct estimation of infant and child mortality in the demographic and health surveys. In *An assessment of DHS-I data quality*, 113-137. DHS Methodological Reports No. 1. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development/Macro Systems Inc.

ANNEXE A

ORGANIGRAMME ET PERSONNEL DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE

ORGANIGRAMME DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU RWANDA (EDSR)



PERSONNEL DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU RWANDA

Cadres et personnel nationaux

Direction Nationale	Directrice de l'ONAPO Mme HABIMANA NYIRASAFARI Gaudence
Directeur Technique	Dr HAKIZIMANA Evariste
Coordination ONAPO	Chef de Section Recherches HABİYAKARE Tite

Echantillonnage et Dénombrement

Echantillonnage	SIMBABURANGA Oswald
Chefs d'équipe de dénombrement	SIMBABURANGA Oswald MUSHINZIMANA Emmanuel ISILIKOREYE Laurent NDUWIMANA Sixbert INGABIRE Mireille Blanche MUKANKUBANA Clotilde NTEZIYAREMYE Albert
Agents de dénombrement	MUTABAZI Célestin RUZINDANA André RUMAZIMINSI Schadrack SENYENZI François MUNYANGABE Albert RURANGWA Côme MUSABYIMANA Jean-Claude GAKWAYA Didace NKUSI Jean de Dieu RUSIZANA Augustin MUJYAMBERE Jean Damascène UWIMANA André GAHUTU Isidore NSABIMANA Deus MPIRANYA Bukaraca GIHANA Octave TWAGIRAYEZU Ildephonse KAREGE Fiacre

Chauffeurs
UKUZAYEZU Joseph
HABIMANA Innocent
MATAMATA Nuru
NTAMUGABUMWE Félicien
HABIMANA Badru
HABYARIMANA Edouard
MUNYABARENZI Silis

Enquête principale

Formation
BUTERA Benoît
BAZIRAMWABO Madeleine
HABIYAKARE Tite
NGENDAKUMANA Mathias

Superviseurs
BAZIRAMWABO Madeleine
NGENDAKUMANA Mathias
HABIYAKARE Tite

Chefs d'équipe
MUNYAMBANZA Emmanuel
NTAMUGABUMWE Innocent
BIZIMUNGU Jean Baptiste
MUSHINZIMANA Emmanuel
BUTERA Benoît
MUTUMWINKA Bellancilla

Contrôleuses
MUJAWAMARIYA Léoncie
NTUYEMUKAGA Constantine
KAMONDO Laurence
NYIRAHABIMANA Dorothée
NGIZWENAYO Scholastique
TUYISENGE Christine

Enquêtrices
MUJAWAMARIYA Gorette
NIYONZIMA Lucie
MUKANEZA Chantal
MUKAFRIKA Valencie
MUKASHELI Antoinette
MUSENGIMANA Odile
MUKAMAZIMPAKA Gaudence
UMUMARARUNGU Odette
MUKAMUSONI Eugénie
NYIRANSABIMANA Epiphanie
MUKANYINDO Jacqueline
UWIZEYE Yvonne
MUKUZANYANA Immaculée
NISHYIREMBERE Athalie
KAYITESI Christine
MUKAMWAMBUTSA Marthe
UWAYEZU J.M.V

MUKANSANGA Julienne
MUGOREWINDEKWE Eugénie
KAREGEYA Alice
MUKASAFARI Jeanette
NABAHIRE Béatrice
MUHUTUKAZI Pélagie
NYIRANZEYIMANA Marcelline

Agents de pesée

DUSABEMARIYA Dancille
UKWITEGETSE Léoncie
MUHAWENIMANA Marie-Thérèse
MUSHIMIYIMANA Charlotte
MUKAMANZI Illuminée
HAKIZIMANA Alphonse

Chauffeurs

BAZIKORAHU Jean-Baptiste
RUTAMIZA François-Xavier
RUHITAMO Anastase
NTIRIZIMIRA Laurent
NSENKIMANA Emmanuel
GASANA François
KATAREBE Pasteur
RUGWIZAMBARAGA Servilien

Saisie et vérification

Chef d'équipe

NDUWIMANA Sixbert

Agents de saisie

MUKARWEGO Jeanne d'Arc
NTAMUSHOBORA Epimaque
UWUBASHYWE Adrienne
TWAGIRUMUKIZA Cléophas
AKAYEZU Brigitte
MUJYAMBERE Jean Damascène
NSABIMANA Deus
MPIRANYA Bukaraca
NIYONTEZE Edouard

Secrétariat

UWANYIRIGIRA Marie Claire

Consultants DHS/Macro International Inc.

Préparation du contrat

AYAD Mohamed

Coordination Technique

SCHOEMAKER Juan

Traitement des données	CUSHING Jeanne CANALES Victor CROFT Trevor ABDERRAHIM Noureddine
Formation	EKOUEVI Koffi
Sondage	SCOTT Chris LE Thanh
Analyse	BARRERE Bernard BARRERE Monique SCHOEMAKER Juan

ANNEXE B

PLAN DE SONDAGE

ANNEXE B

PLAN DE SONDAGE

B.1 OBJECTIFS

L'Enquête Démographique et de Santé au Rwanda (EDSR) a prévu un échantillon de 6 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Pour des raisons de sécurité, certaines zones ont été exclues de l'enquête. Il s'agit de 44 secteurs ruraux dans les préfectures de Byumba et Ruhengeri. Les zones exclues représentent environ 2,8 pour cent de la population rwandaise.

B.2 BASE DE SONDAGE

Le choix de la base de sondage au niveau aréolaire s'est effectué séparément pour les milieux urbain et rural. En milieu urbain, l'ensemble des districts de recensement (DR) créés pour le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1991 ont servi de base de sondage. Les données concernant les effectifs de population sont les données disponibles les plus récentes.

En milieu rural, l'ensemble des cellules ont servi de base de sondage. Le choix des cellules plutôt que des DR a été fait sur la base de plusieurs éléments. Les cellules sont bien connues partout au Rwanda et facilement repérables dans la hiérarchie administrative : préfecture, commune, secteur et cellule. Elles sont de taille inférieure à celle des DR, ce qui permettrait de réduire les coûts de dénombrement des ménages. Les effectifs de population des cellules peuvent ne pas être aussi récents que les résultats du recensement. Cependant les listes des ménages résidant dans les cellules existent chez les chefs de cellule qui les mettent plus ou moins à jour. En cas de différence entre les chiffres du recensement et ceux des chefs de cellules, ces derniers ont été rectifiés sur la base des résultats du dénombrement des ménages.

B.3 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

L'échantillon de l'EDSR est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Au premier degré, 201 unités primaires de sondage (UPS) ont été tirées avec des probabilités proportionnelles à leur taille. Une UPS correspond à un DR en milieu urbain et à une cellule en milieu rural. Les mesures de taille sont, pour les cellules, les effectifs de ménages obtenus auprès des chefs de cellule, et pour les DR, les ménages recensés en 1991. On a, au total, 51 UPS urbaines et 150 UPS rurales. Pour faciliter le travail de dénombrement des ménages et réduire le déplacement des enquêtrices, les UPS qui dépassaient 500 ménages ont été scindées en segments dont un seul a été retenu pour l'enquête.

En milieu rural, la stratification est implicite. Les cellules figurent dans la liste par ordre hiérarchique administratif : préfecture, commune, secteur, cellule. En milieu urbain, on a distingué d'abord deux strates explicites : les DR à caractère rural et les DR effectivement urbains. Au sein de chaque strate, les DR ont été classés d'abord par villes, celles-ci étant ordonnées selon leur taille. Au sein de chaque ville, on a suivi l'ordre hiérarchique administratif.

Un dénombrement exhaustif des ménages résidant dans chaque grappe a fourni une liste de ménages à partir de laquelle on a tiré, au deuxième degré, un échantillon de ménages. Dans les ménages tirés on a enquêté chaque femme âgée de 15 à 49 ans.

B.4 PARAMETRES DE SONDAGE

D'après les projections faites en 1990 avant le déroulement du RGPH,¹ la population résidente de femmes âgées de 15 à 49 ans représentait seulement 7 pour cent en milieu urbain. L'effectif cible de l'échantillon étant de 6 000 femmes, un échantillon proportionnel aurait accordé seulement 420 femmes urbaines, ce qui aurait été trop faible pour des analyses approfondies au niveau du milieu urbain. On a donc triplé le taux de sondage du milieu urbain par rapport à celui du rural.

Les principaux paramètres de l'échantillon calculés pour la première enquête et retenus pour l'enquête de 1992 sont les suivants : (1) en milieu rural, 150 cellules tirées avec une moyenne de 33 ménages par cellules; (2) en milieu urbain, 51 DR tirés avec une moyenne de 22 ménages par DR.

On pourrait estimer le nombre de ménages dans l'échantillon ainsi :

En milieu rural :

$$150 \text{ cellules} \times 33 \text{ ménages} = 4\,950 \text{ ménages}$$

et en milieu urbain :

$$51 \text{ DR} \times 22 \text{ ménages} = 1\,122 \text{ ménages} .$$

Le nombre moyen de femmes de 15 à 49 ans par ménage a été estimé à 1,105 en milieu rural et à 1,050 en milieu urbain. Les effectifs de ménages calculés ci-dessus correspondraient aux nombres de femmes suivants :

En milieu rural :

$$4\,950 \times 1,105 = 5\,470 \text{ femmes}$$

et en milieu urbain :

$$1\,122 \times 1,050 = 1\,178 \text{ femmes}$$

donc au total 6 648 femmes. En admettant un taux de réponse de 90 pour cent, on devrait ainsi arriver à l'échantillon cible de 6 000 femmes.

B.5 PROBABILITES DE SONDAGE

Les probabilités de sondage ont été calculées séparément pour les deux degrés de sondage. On utilise les notations suivantes pour chaque unité primaire de sondage (UPS), soit cellule, soit DR.

P_{1i} : probabilité de sondage au 1^{er} degré de la $i^{\text{ème}}$ UPS

P_{2i} : probabilité de sondage au 2^e degré de la $i^{\text{ème}}$ UPS.

¹ Ces paramètres de sondage ont été développés en janvier 1990. Suite à la suspension de l'enquête en octobre 1990 en raison des problèmes de sécurité, une nouvelle enquête a été entreprise en 1992, basée sur un nouvel échantillon. Le plan de sondage est essentiellement le même.

Soient a le nombre d'UPS à tirer dans chaque domaine, M_i l'effectif de population de la $i^{\text{ème}}$ UPS et ΣM_i l'effectif total du domaine. La probabilité d'inclusion de cette UPS dans l'échantillon est calculée de la manière suivante :

$$P_{1i} = a \frac{M_i}{\Sigma M_i} .$$

Au deuxième degré, on tirera un nombre b_i de ménages à partir des M_i' ménages nouvellement dénombrés par l'équipe EDSR dans l'UPS. On a donc :

$$P_{2i} = \frac{b_i}{M_i'} .$$

Afin que l'échantillon soit auto-pondéré à l'intérieur du domaine, la probabilité globale $P_i = P_{1i} \cdot P_{2i}$ doit être la même pour chaque ménage à l'intérieur du domaine. Cela implique que :

$$P_{1i} P_{2i} = \frac{a}{\Sigma M_i} \cdot \frac{M_i}{M_i'} \cdot b_i = F .$$

Le tirage des ménages s'est fait avec probabilité égale et l'intervalle de tirage est calculé de la manière suivante :

$$I_i = \frac{1}{P_{2i}} = \frac{P_{1i}}{F} .$$

Dans le cas des grandes UPS qui ont été segmentées et dont un seul segment a été retenu pour l'enquête, on a introduit un degré intermédiaire entre le premier et le deuxième degré. Soit t_j la taille du $j^{\text{ème}}$ segment choisi pour la $i^{\text{ème}}$ UPS. La probabilité au premier degré est de :

$$P_{1ij} = a \cdot \frac{M_i}{\Sigma M_i} \cdot \frac{t_j}{M_i} = a \cdot \frac{t_j}{\Sigma M_i} .$$

B.6 RESULTATS DE L'ENQUETE

Le Tableau B.1 donne les résultats détaillés des enquêtes ménages et femme selon le milieu et la région de résidence. A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage est calculé de la façon suivante :

$$\frac{(1)}{(1)+(2)+(3)+(4)+(5)} .$$

Tableau B.1 Résultats des enquêtes auprès des ménages et des femmes par région et milieu de résidence

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles dans l'échantillon de l'EDS par résultat de l'enquête, taux de réponse des ménages et des femmes, et taux de réponse global selon la région et le milieu de résidence, EDS Rwanda 1992

Résultat des interviews	Région de résidence					Milieu de résidence		Total
	Kigali	Kibuye/ Ruhengeri/ Gisenyi	Cyangugu/ Gikongoro	Butare/ Gitarama	Byumba/ Kibungo	Urbain	Rural	
Ménages sélectionnés								
Rempli (1)	95,5	95,9	97,9	96,9	94,3	91,6	97,0	96,1
Ménage présent mais pas d'enquête disponible (2)	0,1	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3
Refus de répondre (3)	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2	0,4	0,1	0,2
Ménage absent (4)	1,1	1,9	0,4	0,9	1,0	2,4	0,9	1,2
Logement non trouvé (5)	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1
Logement vide (6)	2,6	1,3	0,7	1,5	3,4	4,6	1,3	1,9
Logement détruit (7)	0,4	0,0	0,2	0,2	0,6	0,4	0,2	0,3
Autre (8)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	1463	1695	848	1478	1025	1113	5396	6509
Taux de réponse	98,4	97,2	98,8	98,6	98,4	96,5	98,5	98,2
Femmes éligibles								
Entièrement rempli (a)	95,6	92,6	93,3	94,4	95,8	94,4	94,3	94,3
Pas à la maison (b)	3,1	6,1	5,8	5,0	3,2	4,5	4,7	4,7
Différé (c)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
Refus de répondre (d)	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Partiellement rempli (e)	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Incapable de répondre (f)	1,1	0,9	0,7	0,5	0,8	0,9	0,8	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1574	1743	921	1655	1054	1227	5720	6947
Taux de réponse des femmes	95,6	92,6	93,3	94,4	95,8	94,4	94,3	94,3
Taux de réponse global des femmes	94,1	90,0	92,2	93,1	94,3	91,1	92,9	92,6

De la même manière, le taux de réponse des femmes est calculé de la façon suivante :

$$\frac{(a)}{(a)+(b)+(c)+(d)+(e)+(f)}$$

Le taux de réponse global des femmes est le produit du taux de réponse des enquêtes ménage et du taux de réponse des femmes.

En ce qui concerne l'enquête mari, le taux de réponse, calculé de la même façon que celui des femmes, est de 83,6 pour cent. Le taux de réponse global des maris, produit du taux de réponse des ménages sélectionnés pour l'enquête mari et du taux de réponse des maris, s'établit à 82,4 pour cent.

ANNEXE C

ERREURS DE SONDAGE

ANNEXE C

ERREURS DE SONDAGE

Les estimations obtenues à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs : erreurs de mesure et erreurs de sondage. On appelle erreurs de mesure les biais imputables à la mise en œuvre de la collecte et de l'exploitation des données telles que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation des questions, soit de la part de l'enquêtrice, soit de la part de l'enquêtée, ou encore les erreurs de saisie des données. Quoique tout le possible ait été fait pour minimiser ce type d'erreur pendant la mise en œuvre de l'EDSR, il est difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Par contre, les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. Les estimations qui figurent dans ce rapport ont été obtenues à partir d'un échantillon de 6 551 femmes âgées de 15 à 49 ans. Si l'enquête avait été effectuée auprès d'autres enquêtées, on a tout lieu de penser que les fréquences des réponses auraient été très peu différentes de celles que l'on a présentées. C'est l'incertitude de cette assumption que reflète l'erreur de sondage; celle-ci permet donc de mesurer le degré de variation des réponses suivant l'échantillon.

L'*erreur-type (ET)* est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne ou proportion). On l'estime à partir de la variance des réponses dans l'échantillon même : l'erreur-type est la racine carrée de la variance. Cet indice a pour propriété que dans 95 pour cent des échantillons de taille et de caractéristique identiques, la valeur vraie d'un paramètre pour l'ensemble d'une population se trouve à l'intérieur de l'intervalle de ± 2 ET.

Si l'échantillon des femmes avait été tiré d'après un plan de sondage aléatoire simple, il aurait été possible d'utiliser des formules simples pour calculer les erreurs de sondage. Cependant, l'échantillon de l'EDSR est un échantillon stratifié à deux degrés. Par conséquent, on a besoin d'utiliser des formules plus complexes. Le logiciel CLUSTERS, développé par l'International Statistical Institute pour l'Enquête Mondiale sur la Fécondité, a été utilisé pour calculer les erreurs de sondage suivant la méthodologie statistique appropriée.

CLUSTERS traite chaque proportion ou moyenne comme étant une estimation du ratio $r=y/x$, dans lequel y représente la valeur du paramètre y pour l'échantillon total, et x représente le nombre total de cas dans l'ensemble (ou sous-ensemble) de l'échantillon. La variance de r est estimée par :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^H \left[\frac{m_h}{m_h-1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

dans laquelle

$$z_{hi} = y_{hi} - r \cdot x_{hi} \quad \text{et} \quad z_h = y_h - r \cdot x_h$$

où h représente la strate qui va de 1 à H ,
 m_h est le nombre total d'unités primaires de sondage (UPS) tirées dans la $h^{i\text{me}}$ strate,
 y_{hi} est la somme des valeurs du paramètre y dans l'UPS i dans la $h^{i\text{me}}$ strate,
 x_{hi} est la somme des nombres de cas (femmes) dans l'UPS i dans la $h^{i\text{me}}$ strate, et
 f est le taux global de sondage qui est tellement faible que CLUSTERS n'en tient pas compte.

Il existe un deuxième indice très utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) ou effet de grappe : c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si on avait eu recours à un sondage aléatoire simple. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de même taille : la valeur 1 de la REPS indique que le plan de sondage est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1 indique un accroissement de l'erreur de sondage dû à un plan de sondage plus complexe et moins efficace au point de vue statistique. Le logiciel CLUSTERS calcule aussi l'erreur relative et l'intervalle de confiance pour chaque estimation.

Les erreurs de sondage pour l'EDSR ont été calculées pour certaines des variables les plus intéressantes. Les résultats sont présentés dans cet annexe pour l'ensemble du pays, le milieu urbain et le milieu rural, et cinq grandes régions qui résultent du regroupement de préfectures : les préfectures de Kigali (rural) et de la ville de Kigali; les préfectures de Kibuye, Ruhengeri et Gisenyi; les préfectures de Cyangugu et de Gikongoro; les préfectures de Butare et de Gitarama; les préfectures de Byumba et de Kibungo. Pour chaque variable, le type de statistique (moyenne ou proportion) et la population de base sont présentés dans le Tableau C.1. Les Tableaux C.2 à C.9 présentent la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), le nombre de cas non-pondérés (N) et pondérés (N'), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS), l'erreur relative (ET/M), et l'intervalle de confiance à 95% ($M \pm 2ET$) pour chaque variable.

En général, les erreurs relatives de la plupart des estimations pour l'ensemble du pays sont faibles, sauf dans le cas de très faibles proportions. On remarque certaines différences dans les erreurs relatives au niveau des sous-échantillons : par exemple, pour la variable "Enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans", l'erreur relative en tant que pourcentage de la moyenne estimée est, respectivement, de 1,6%, 3,4% et 4,9% pour l'ensemble des femmes du pays, pour le milieu urbain et pour les préfectures de Kigali.

Pour la même variable, l'EDSR a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 3,069 pour l'ensemble des femmes, auquel correspond une erreur-type de 0,05 enfant. La fourchette dans laquelle se place la moyenne ± 2 ET est donc 2,969 et 3,169. La probabilité que la vraie valeur du nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans soit à l'intérieur de cet intervalle est de 95%.

Tableau C.1 Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, EDS Rwanda 1992

Variable	Estimation	Population de base
FEMMES		
Sans instruction	Proportion	Toutes les femmes
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes
Jamais en union	Proportion	Toutes les femmes
Actuellement mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes
Actuellement en union polygame	Proportion	Femmes actuellement en union
En union avant 20 ans	Proportion	Femmes 20 ans et plus
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	Proportion	Femmes 20 ans et plus
Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes
Enfants nés vivants	Moyenne	Femmes 40-49 ans
Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes
Connaît une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union
Connaît la source pour une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union
A utilisé une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union
Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Femmes actuellement en union
Utilise la pilule	Proportion	Femmes actuellement en union
Utilise le DIU	Proportion	Femmes actuellement en union
Utilise les injections	Proportion	Femmes actuellement en union
Utilise le condom	Proportion	Femmes actuellement en union
Utilise la stérilisation féminine	Proportion	Femmes actuellement en union
Utilise la continence périodique	Proportion	Femmes actuellement en union
Utilise source publique	Proportion	Utilisatrices de méthodes modernes
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Femmes actuellement en union
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Femmes actuellement en union
Taille de famille idéale	Moyenne	Toutes les femmes
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	Proportion	Naissances, 5 dernières années
Assistance médicale à l'accouchement	Proportion	Naissances, 5 dernières années
Diarrhée dans les dernières 24 heures	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois
A reçu traitement SRO	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois, avec diarrhée les 2 dernières semaines
A consulté du personnel médical	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois, avec diarrhée les 2 dernières semaines
Ayant une carte de santé	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination BCG	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination DTC (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination polio (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination rougeole	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Vacciné contre toutes les maladies	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
MARIS		
Sans instruction	Proportion	Tous les maris
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Tous les maris
Actuellement en union polygame	Proportion	Tous les maris
Connaît une méthode	Proportion	Tous les maris
A utilisé une méthode	Proportion	Tous les maris
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Tous les maris
Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Tous les maris
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Tous les maris
Taille de famille idéale	Proportion	Tous les maris

Tableau C.2 Erreurs de sondage: Echantillon national, EDS Rwanda 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondé- rée (N')			M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Sans instruction	0,380	0,011	6551	6551	1,795	0,028	0,358	0,401
Instruction post-primaire ou plus	0,079	0,006	6551	6551	1,765	0,074	0,067	0,091
Jamais en union	0,321	0,009	6551	6551	1,496	0,027	0,303	0,338
Actuellement mariée (en union)	0,578	0,009	6551	6551	1,489	0,016	0,560	0,596
Actuellement en union polygame	0,144	0,008	3698	3785	1,453	0,058	0,127	0,161
En union avant 20 ans	0,460	0,012	5080	5088	1,700	0,026	0,436	0,484
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,255	0,009	5080	5088	1,459	0,035	0,237	0,273
Enfants nés vivants	3,069	0,050	6551	6551	1,263	0,016	2,969	3,169
Enfants nés vivants	7,740	0,094	973	1015	1,113	0,012	7,552	7,927
Enfants survivants	2,460	0,037	6551	6551	1,172	0,015	2,385	2,534
Connait une méthode	0,990	0,002	3698	3785	1,335	0,002	0,986	0,995
Connait la source pour une méthode	0,919	0,007	3698	3785	1,526	0,007	0,905	0,932
A utilisé une méthode	0,424	0,014	3698	3785	1,725	0,033	0,396	0,452
Utilise actuellement une méthode	0,212	0,010	3698	3785	1,514	0,048	0,191	0,232
Utilise actuellement une méthode moderne	0,129	0,008	3698	3785	1,527	0,065	0,112	0,146
Utilise la pilule	0,030	0,004	3698	3785	1,543	0,144	0,021	0,039
Utilise les injections	0,056	0,004	6551	6551	1,379	0,070	0,048	0,063
Utilise la continence périodique	0,051	0,004	3698	3785	1,127	0,080	0,043	0,059
Utilise source publique	0,963	0,010	594	560	1,232	0,010	0,944	0,982
Ne veut plus d'enfants	0,360	0,009	3698	3785	1,153	0,025	0,342	0,378
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,424	0,009	3698	3785	1,109	0,021	0,406	0,442
Taille de famille idéale	4,243	0,033	6437	6433	1,519	0,008	4,178	4,308
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,893	0,006	5459	5612	1,408	0,007	0,880	0,906
Assistance médicale à l'accouchement	0,258	0,012	5459	5612	1,762	0,046	0,234	0,281
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,083	0,005	4858	4994	1,162	0,055	0,074	0,093
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,218	0,007	4858	4994	1,129	0,030	0,205	0,231
A reçu traitement SRO	0,275	0,016	1058	1089	1,175	0,060	0,242	0,308
A consulté du personnel médical	0,228	0,015	1058	1089	1,106	0,064	0,199	0,257
Ayant une carte de santé	0,878	0,012	981	1010	1,144	0,014	0,854	0,901
A reçu vaccination BCG	0,969	0,005	981	1010	0,981	0,006	0,958	0,980
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,912	0,010	981	1010	1,127	0,011	0,892	0,933
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,912	0,010	981	1010	1,127	0,011	0,892	0,933
A reçu vaccination rougeole	0,906	0,012	981	1010	1,322	0,014	0,882	0,931
Vacciné contre toutes les maladies	0,872	0,014	981	1010	1,311	0,016	0,844	0,900
MARIS								
Sans instruction	0,299	0,019	598	598	1,040	0,065	0,260	0,338
Instruction post-primaire ou plus	0,061	0,010	598	598	1,016	0,164	0,041	0,080
Actuellement en union polygame	0,109	0,016	598	598	1,294	0,152	0,076	0,141
Connait une méthode	0,982	0,008	598	598	1,540	0,009	0,965	0,999
A utilisé une méthode	0,518	0,027	598	598	1,309	0,052	0,464	0,571
Utilise actuellement une méthode	0,345	0,025	598	598	1,284	0,072	0,295	0,395
Utilise actuellement une méthode moderne	0,127	0,017	598	598	1,248	0,134	0,093	0,161
Ne veut plus d'enfants	0,373	0,024	598	598	1,238	0,066	0,324	0,422
Taille de famille idéale	4,308	0,116	588	589	1,415	0,027	4,076	4,540

Tableau C.3 Erreurs de sondage: Milieu urbain, EDS Rwanda 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
Sans instruction	0,197	0,011	1158	408	0,981	0,058	0,174	0,220
Instruction post-primaire ou plus	0,327	0,017	1158	408	1,243	0,052	0,293	0,362
Jamais en union	0,415	0,013	1158	408	0,914	0,032	0,388	0,441
Actuellement mariée (en union)	0,469	0,012	1158	408	0,802	0,025	0,445	0,492
Actuellement en union polygame	0,090	0,015	543	191	1,231	0,168	0,060	0,121
En union avant 20 ans	0,325	0,012	889	313	0,746	0,036	0,302	0,349
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,231	0,019	889	313	1,309	0,080	0,194	0,268
Enfants nés vivants	2,236	0,076	1158	408	0,955	0,034	2,083	2,388
Enfants nés vivants	6,706	0,326	119	42	1,169	0,049	6,053	7,358
Enfants survivants	1,863	0,064	1158	408	0,966	0,034	1,734	1,991
Connait une méthode	0,998	0,002	543	191	1,006	0,002	0,994	1,002
Connait la source pour une méthode	0,926	0,014	543	191	1,249	0,015	0,898	0,954
A utilisé une méthode	0,543	0,028	543	191	1,290	0,051	0,488	0,598
Utilise actuellement une méthode	0,284	0,021	543	191	1,070	0,073	0,242	0,325
Utilise actuellement une méthode moderne	0,197	0,019	543	191	1,124	0,097	0,159	0,235
Utilise la pilule	0,055	0,007	543	191	0,743	0,132	0,041	0,070
Utilise le DIU	0,018	0,005	543	191	0,906	0,284	0,008	0,029
Utilise les injections	0,048	0,006	1158	408	0,876	0,114	0,037	0,059
Utilise le condom	0,020	0,007	543	191	1,153	0,344	0,006	0,034
Utilise la stérilisation féminine	0,013	0,005	543	191	0,951	0,357	0,004	0,022
Utilise la continence périodique	0,059	0,010	543	191	0,977	0,168	0,039	0,079
Utilise source publique	0,865	0,031	148	52	1,097	0,036	0,803	0,927
Ne veut plus d'enfants	0,379	0,021	543	191	1,025	0,056	0,337	0,422
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,387	0,022	543	191	1,036	0,056	0,343	0,430
Taille de famille idéale	3,587	0,043	1143	403	0,988	0,012	3,502	3,672
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,901	0,012	770	271	1,082	0,013	0,878	0,925
Assistance médicale à l'accouchement	0,669	0,021	770	271	1,064	0,032	0,626	0,711
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,071	0,009	686	242	0,871	0,124	0,054	0,089
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,216	0,015	686	242	0,914	0,068	0,186	0,245
A reçu traitement SRO	0,284	0,037	148	52	0,958	0,129	0,211	0,357
A consulté du personnel médical	0,291	0,038	148	52	0,997	0,131	0,214	0,367
Ayant une carte de santé	0,846	0,033	136	48	1,062	0,039	0,780	0,911
A reçu vaccination BCG	0,985	0,010	136	48	0,986	0,010	0,965	1,006
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,956	0,017	136	48	0,946	0,017	0,923	0,989
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,956	0,017	136	48	0,946	0,017	0,923	0,989
A reçu vaccination rougeole	0,949	0,022	136	48	1,142	0,023	0,905	0,992
Vacciné contre toutes les maladies	0,934	0,023	136	48	1,057	0,024	0,889	0,979

Tableau C.4 Erreurs de sondage: Milieu rural, EDS Rwanda 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondé- rée (N')			M-2ET	M+2ET
Sans instruction	0,392	0,011	5393	6143	1,729	0,029	0,369	0,415
Instruction post-primaire ou plus	0,063	0,006	5393	6143	1,862	0,098	0,050	0,075
Jamais en union	0,314	0,009	5393	6143	1,453	0,029	0,296	0,333
Actuellement mariée (en union)	0,585	0,010	5393	6143	1,445	0,017	0,566	0,604
Actuellement en union polygame	0,147	0,009	3155	3594	1,394	0,060	0,129	0,164
En union avant 20 ans	0,469	0,013	4191	4774	1,640	0,027	0,444	0,494
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,257	0,009	4191	4774	1,397	0,037	0,238	0,275
Enfants nés vivants	3,125	0,053	5393	6143	1,211	0,017	3,018	3,231
Enfants nés vivants	7,785	0,096	854	973	1,085	0,012	7,592	7,978
Enfants survivants	2,499	0,040	5393	6143	1,123	0,016	2,420	2,579
Connaît une méthode	0,990	0,002	3155	3594	1,269	0,002	0,985	0,994
Connaît la source pour une méthode	0,918	0,007	3155	3594	1,473	0,008	0,904	0,933
A utilisé une méthode	0,418	0,015	3155	3594	1,670	0,035	0,388	0,447
Utilise actuellement une méthode	0,208	0,011	3155	3594	1,473	0,051	0,187	0,229
Utilise actuellement une méthode moderne	0,126	0,009	3155	3594	1,492	0,070	0,108	0,143
Utilise la pilule	0,029	0,005	3155	3594	1,529	0,158	0,020	0,038
Utilise les injections	0,056	0,004	5393	6143	1,323	0,074	0,048	0,064
Utilise la continence périodique	0,051	0,004	3155	3594	1,092	0,084	0,042	0,059
Utilise source publique	0,973	0,010	446	508	1,275	0,010	0,954	0,993
Ne veut plus d'enfants	0,359	0,010	3155	3594	1,114	0,027	0,340	0,378
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,426	0,009	3155	3594	1,070	0,022	0,407	0,445
Taille de famille idéale	4,287	0,035	5294	6030	1,464	0,008	4,217	4,356
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,893	0,007	4689	5341	1,339	0,007	0,879	0,906
Assistance médicale à l'accouchement	0,237	0,012	4689	5341	1,730	0,052	0,212	0,261
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,084	0,005	4172	4752	1,108	0,057	0,074	0,094
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,218	0,007	4172	4752	1,079	0,032	0,204	0,232
A reçu traitement SRO	0,275	0,017	910	1036	1,122	0,062	0,240	0,309
A consulté du personnel médical	0,225	0,015	910	1036	1,059	0,067	0,195	0,256
Ayant une carte de santé	0,879	0,012	845	962	1,094	0,014	0,855	0,904
A reçu vaccination BCG	0,968	0,006	845	962	0,925	0,006	0,957	0,979
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,910	0,011	845	962	1,066	0,012	0,889	0,931
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,910	0,011	845	962	1,066	0,012	0,889	0,931
A reçu vaccination rougeole	0,904	0,013	845	962	1,251	0,014	0,879	0,930
Vacciné contre toutes les maladies	0,869	0,015	845	962	1,241	0,017	0,840	0,898

Tableau C.5 Erreurs de sondage: Préfectures de Kigali, EDS Rwanda 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondé- rée (N')			M-2ET	M+2ET
Sans instruction	0,347	0,021	1505	1146	1,737	0,061	0,305	0,390
Instruction post-primaire ou plus	0,136	0,010	1505	1146	1,185	0,077	0,115	0,157
Jamais en union	0,357	0,023	1505	1146	1,822	0,063	0,312	0,402
Actuellement mariée (en union)	0,536	0,024	1505	1146	1,835	0,044	0,489	0,584
Actuellement en union polygame	0,131	0,015	783	615	1,234	0,114	0,101	0,161
En union avant 20 ans	0,434	0,024	1159	876	1,621	0,054	0,387	0,481
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,252	0,010	1159	876	0,770	0,039	0,232	0,271
Enfants nés vivants	2,919	0,142	1505	1146	1,704	0,049	2,635	3,203
Enfants nés vivants	7,808	0,238	178	160	1,177	0,030	7,333	8,284
Enfants survivants	2,403	0,116	1505	1146	1,686	0,048	2,170	2,636
Connait une méthode	0,998	0,002	783	615	1,204	0,002	0,994	1,002
Connait la source pour une méthode	0,939	0,008	783	615	0,880	0,008	0,924	0,954
A utilisé une méthode	0,440	0,037	783	615	2,081	0,084	0,366	0,514
Utilise actuellement une méthode	0,226	0,031	783	615	2,052	0,136	0,165	0,287
Utilise actuellement une méthode moderne	0,138	0,017	783	615	1,382	0,124	0,104	0,172
Utilise la pilule	0,035	0,008	783	615	1,287	0,242	0,018	0,052
Utilise les injections	0,050	0,003	1505	1146	0,555	0,062	0,044	0,056
Utilise la continence périodique	0,059	0,012	783	615	1,392	0,198	0,036	0,083
Utilise source publique	0,929	0,021	146	100	0,991	0,023	0,887	0,971
Ne veut plus d'enfants	0,435	0,020	783	615	1,100	0,045	0,396	0,474
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,384	0,017	783	615	0,962	0,044	0,350	0,417
Taille de famille idéale	3,891	0,063	1468	1114	1,685	0,016	3,764	4,018
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,914	0,009	1138	912	1,114	0,010	0,895	0,933
Assistance médicale à l'accouchement	0,382	0,030	1138	912	1,807	0,079	0,322	0,442
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,077	0,013	1013	816	1,565	0,171	0,051	0,103
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,204	0,019	1013	816	1,564	0,095	0,165	0,243
A reçu traitement SRO	0,279	0,050	213	166	1,598	0,180	0,179	0,379
A consulté du personnel médical	0,256	0,047	213	166	1,537	0,183	0,162	0,349
Ayant une carte de santé	0,875	0,025	200	157	1,035	0,029	0,825	0,925
A reçu vaccination BCG	0,988	0,008	200	157	1,053	0,008	0,972	1,004
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,945	0,028	200	157	1,557	0,029	0,890	1,000
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,945	0,028	200	157	1,557	0,029	0,890	1,000
A reçu vaccination rougeole	0,921	0,039	200	157	1,910	0,042	0,844	0,999
Vacciné contre toutes les maladies	0,904	0,041	200	157	1,898	0,046	0,822	0,987

Tableau C.6 Erreurs de sondage: Kibuye/Ruhengen/Gisenyi, EDS Rwanda 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondé- rée (N')			M-2ET	M+2ET
Sans instruction	0,467	0,025	1614	1723	2,025	0,054	0,416	0,517
Instruction post-primaire ou plus	0,055	0,008	1614	1723	1,368	0,142	0,039	0,070
Jamais en union	0,282	0,016	1614	1723	1,450	0,058	0,249	0,314
Actuellement mariée (en union)	0,648	0,015	1614	1723	1,294	0,024	0,617	0,679
Actuellement en union polygame	0,186	0,020	1029	1116	1,666	0,109	0,146	0,227
En union avant 20 ans	0,519	0,022	1269	1356	1,547	0,042	0,475	0,562
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,276	0,017	1269	1356	1,321	0,060	0,243	0,310
Enfants nés vivants	3,389	0,088	1614	1723	1,062	0,026	3,213	3,565
Enfants nés vivants	8,016	0,168	265	286	1,061	0,021	7,680	8,351
Enfants survivants	2,703	0,065	1614	1723	0,979	0,024	2,574	2,832
Connaît une méthode	0,986	0,005	1029	1116	1,245	0,005	0,976	0,995
Connaît la source pour une méthode	0,909	0,015	1029	1116	1,678	0,017	0,879	0,939
A utilisé une méthode	0,454	0,027	1029	1116	1,729	0,059	0,400	0,508
Utilise actuellement une méthode	0,230	0,019	1029	1116	1,476	0,084	0,191	0,269
Utilise actuellement une méthode moderne	0,145	0,017	1029	1116	1,583	0,120	0,110	0,180
Utilise la pilule	0,041	0,011	1029	1116	1,796	0,270	0,019	0,064
Utilise les injections	0,064	0,009	1614	1723	1,521	0,145	0,045	0,083
Utilise la continence périodique	0,056	0,008	1029	1116	1,154	0,148	0,039	0,072
Utilise source publique	0,985	0,010	169	177	1,023	0,010	0,966	1,004
Ne veut plus d'enfants	0,330	0,015	1029	1116	1,055	0,047	0,299	0,360
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,446	0,016	1029	1116	1,008	0,035	0,414	0,477
Taille de famille idéale	4,511	0,081	1591	1697	1,618	0,018	4,349	4,674
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,882	0,014	1528	1659	1,597	0,016	0,854	0,911
Assistance médicale à l'accouchement	0,204	0,020	1528	1659	1,742	0,096	0,165	0,243
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,088	0,009	1390	1510	1,127	0,097	0,071	0,106
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,223	0,010	1390	1510	0,910	0,045	0,203	0,243
A reçu traitement SRO	0,319	0,029	305	337	1,080	0,091	0,261	0,377
A consulté du personnel médical	0,273	0,026	305	337	1,004	0,096	0,221	0,326
Ayant une carte de santé	0,884	0,019	282	309	1,008	0,021	0,846	0,922
A reçu vaccination BCG	0,959	0,012	282	309	1,018	0,012	0,936	0,983
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,915	0,015	282	309	0,910	0,016	0,885	0,945
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,915	0,015	282	309	0,910	0,016	0,885	0,945
A reçu vaccination rougeole	0,889	0,027	282	309	1,474	0,031	0,835	0,944
Vacciné contre toutes les maladies	0,863	0,027	282	309	1,348	0,031	0,809	0,918

Tableau C.7 Erreurs de sondage: Cyanguu/Gikongoro, EDS Rwanda 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondérée (N')			M-2ET	M+2ET
Sans instruction	0,389	0,028	859	954	1,653	0,071	0,334	0,444
Instruction post-primaire ou plus	0,065	0,011	859	954	1,250	0,162	0,044	0,086
Jamais en union	0,335	0,026	859	954	1,603	0,077	0,283	0,387
Actuellement mariée (en union)	0,580	0,030	859	954	1,765	0,051	0,520	0,639
Actuellement en union polygame	0,145	0,026	496	553	1,632	0,178	0,093	0,196
En union avant 20 ans	0,452	0,046	658	733	2,350	0,101	0,361	0,543
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,266	0,037	658	733	2,161	0,140	0,191	0,340
Enfants nés vivants	2,997	0,135	859	954	1,263	0,045	2,727	3,267
Enfants nés vivants	7,325	0,293	133	148	1,240	0,040	6,739	7,911
Enfants survivants	2,455	0,099	859	954	1,120	0,040	2,256	2,653
Connaît une méthode	0,984	0,008	496	553	1,457	0,008	0,967	1,000
Connaît la source pour une méthode	0,907	0,016	496	553	1,199	0,017	0,875	0,938
A utilisé une méthode	0,404	0,038	496	553	1,732	0,094	0,328	0,481
Utilise actuellement une méthode	0,208	0,029	496	553	1,584	0,139	0,150	0,266
Utilise actuellement une méthode moderne	0,129	0,028	496	553	1,872	0,218	0,073	0,186
Utilise la pilule	0,028	0,010	496	553	1,345	0,356	0,008	0,048
Utilise les injections	0,061	0,013	859	954	1,627	0,218	0,034	0,087
Utilise la stérilisation féminine	0,010	0,003	496	553	0,659	0,302	0,004	0,015
Utilise la continence périodique	0,042	0,011	496	553	1,185	0,255	0,020	0,063
Utilise source publique	0,959	0,023	78	83	0,998	0,024	0,913	1,004
Ne veut plus d'enfants	0,337	0,022	496	553	1,024	0,065	0,293	0,380
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,429	0,014	496	553	0,641	0,033	0,401	0,458
Taille de famille idéale	4,595	0,087	829	920	1,350	0,019	4,420	4,769
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,879	0,023	746	836	1,679	0,026	0,833	0,925
Assistance médicale à l'accouchement	0,187	0,036	746	836	2,085	0,191	0,116	0,259
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,077	0,006	677	758	0,602	0,079	0,064	0,089
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,181	0,017	677	758	1,090	0,093	0,148	0,215
A reçu traitement SRO	0,260	0,038	122	137	0,933	0,146	0,184	0,336
A consulté du personnel médical	0,144	0,034	122	137	1,085	0,240	0,075	0,212
Ayant une carte de santé	0,909	0,021	134	150	0,863	0,024	0,866	0,952
A reçu vaccination BCG	0,985	0,001	134	150	0,098	0,001	0,983	0,987
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,932	0,017	134	150	0,789	0,018	0,898	0,966
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,932	0,017	134	150	0,789	0,018	0,898	0,966
A reçu vaccination rougeole	0,932	0,024	134	150	1,123	0,026	0,883	0,981
Vacciné contre toutes les maladies	0,901	0,029	134	150	1,128	0,032	0,844	0,959

Tableau C.8 Erreurs de sondage: Butare/Gitarama, EDS Rwanda 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondé- rée (N')			M-2ET	M+2ET
Sans instruction	0,294	0,017	1563	1643	1,467	0,058	0,260	0,327
Instruction post-primaire ou plus	0,091	0,017	1563	1643	2,330	0,187	0,057	0,124
Jamais en union	0,363	0,016	1563	1643	1,293	0,043	0,331	0,394
Actuellement mariée (en union)	0,512	0,016	1563	1643	1,276	0,032	0,480	0,544
Actuellement en union polygame	0,101	0,012	784	841	1,092	0,117	0,077	0,124
En union avant 20 ans	0,391	0,019	1215	1282	1,340	0,048	0,353	0,428
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,193	0,012	1215	1282	1,035	0,061	0,169	0,216
Enfants nés vivants	2,870	0,083	1563	1643	1,040	0,029	2,705	3,035
Enfants nés vivants	7,526	0,198	251	265	1,145	0,026	7,130	7,922
Enfants survivants	2,283	0,063	1563	1643	0,992	0,027	2,158	2,408
Connait une méthode	0,993	0,004	784	841	1,175	0,004	0,986	0,000
Connait la source pour une méthode	0,919	0,013	784	841	1,373	0,015	0,892	0,946
A utilisé une méthode	0,421	0,026	784	841	1,496	0,063	0,368	0,474
Utilise actuellement une méthode	0,193	0,015	784	841	1,091	0,080	0,163	0,224
Utilise actuellement une méthode moderne	0,093	0,012	784	841	1,121	0,125	0,070	0,117
Utilise la pilule	0,021	0,006	784	841	1,121	0,273	0,010	0,033
Utilise les injections	0,034	0,005	1563	1643	1,096	0,148	0,024	0,044
Utilise la continence périodique	0,058	0,007	784	841	0,866	0,125	0,044	0,073
Utilise source publique	0,958	0,021	104	98	1,040	0,021	0,917	0,999
Ne veut plus d'enfants	0,371	0,018	784	841	1,025	0,048	0,336	0,407
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,417	0,020	784	841	1,127	0,048	0,378	0,457
Taille de famille idéale	4,081	0,052	1553	1632	1,393	0,013	3,977	4,184
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,900	0,010	1107	1186	0,991	0,011	0,881	0,919
Assistance médicale à l'accouchement	0,339	0,026	1107	1186	1,572	0,075	0,288	0,391
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,067	0,007	973	1040	0,913	0,111	0,052	0,082
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,211	0,013	973	1040	0,978	0,060	0,185	0,236
A reçu traitement SRO	0,194	0,033	204	219	1,201	0,170	0,128	0,260
A consulté du personnel médical	0,143	0,025	204	219	1,037	0,175	0,093	0,193
Ayant une carte de santé	0,851	0,032	189	201	1,250	0,038	0,787	0,915
A reçu vaccination BCG	0,966	0,015	189	201	1,113	0,015	0,937	0,995
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,892	0,024	189	201	1,068	0,027	0,845	0,940
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,892	0,024	189	201	1,068	0,027	0,845	0,940
A reçu vaccination rougeole	0,926	0,018	189	201	0,968	0,020	0,890	0,963
Vacciné contre toutes les maladies	0,881	0,024	189	201	1,036	0,028	0,833	0,930

Tableau C.9 Erreurs de sondage: Byumba/Kibungo, EDS Rwanda 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base		Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance	
			Non pondérée (N)	Pondé- rée (N')			M-2ET	M+2ET
Sans instruction	0,399	0,030	1010	1084	1,940	0,075	0,339	0,459
Instruction post-primaire ou plus	0,053	0,015	1010	1084	2,081	0,277	0,024	0,082
Jamais en union	0,267	0,019	1010	1084	1,339	0,070	0,230	0,305
Actuellement mariée (en union)	0,608	0,021	1010	1084	1,359	0,034	0,566	0,650
Actuellement en union polygame	0,139	0,015	606	660	1,041	0,105	0,110	0,168
En union avant 20 ans	0,507	0,030	779	839	1,672	0,059	0,447	0,567
Premiers rapports sexuels avant 18 ans	0,309	0,027	779	839	1,629	0,087	0,255	0,363
Enfants nés vivants	3,085	0,132	1010	1084	1,353	0,043	2,822	3,349
Enfants nés vivants	7,920	0,134	146	156	0,706	0,017	7,651	8,188
Enfants survivants	2,405	0,089	1010	1084	1,161	0,037	2,228	2,583
Connaît une méthode	0,993	0,004	606	660	1,219	0,004	0,985	1,001
Connaît la source pour une méthode	0,926	0,020	606	660	1,839	0,021	0,887	0,965
A utilisé une méthode	0,379	0,033	606	660	1,649	0,086	0,314	0,444
Utilise actuellement une méthode	0,194	0,023	606	660	1,434	0,119	0,148	0,240
Utilise actuellement une méthode moderne	0,139	0,020	606	660	1,449	0,147	0,098	0,180
Utilise la pilule	0,020	0,009	606	660	1,558	0,443	0,002	0,038
Utilise les injections	0,076	0,012	1010	1084	1,393	0,153	0,053	0,099
Utilise la continence périodique	0,035	0,008	606	660	1,086	0,233	0,018	0,051
Utilise source publique	0,967	0,035	97	103	1,937	0,037	0,896	1,038
Ne veut plus d'enfants	0,348	0,030	606	660	1,549	0,086	0,288	0,408
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,427	0,031	606	660	1,532	0,072	0,366	0,489
Taille de famille idéale	4,129	0,071	996	1069	1,385	0,017	3,986	4,271
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,896	0,011	940	1019	1,001	0,012	0,874	0,918
Assistance médicale à l'accouchement	0,196	0,024	940	1019	1,703	0,124	0,147	0,244
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,106	0,015	805	870	1,330	0,139	0,076	0,135
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,263	0,020	805	870	1,256	0,075	0,224	0,302
A reçu traitement SRO	0,295	0,035	214	229	1,049	0,118	0,225	0,364
A consulté du personnel médical	0,275	0,023	214	229	0,724	0,084	0,229	0,321
Ayant une carte de santé	0,873	0,033	176	193	1,307	0,037	0,808	0,938
A reçu vaccination BCG	0,959	0,012	176	193	0,799	0,012	0,935	0,982
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,886	0,030	176	193	1,250	0,033	0,827	0,945
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,886	0,030	176	193	1,250	0,033	0,827	0,945
A reçu vaccination rougeole	0,880	0,021	176	193	0,875	0,024	0,838	0,923
Vacciné contre toutes les maladies	0,826	0,031	176	193	1,108	0,038	0,763	0,888

ANNEXE D

TABLEAUX POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Tableau D.1 Répartition par âge de la population des ménages

Répartition de la population (de fait) des ménages par année d'âge, selon le sexe (pondéré), EDS Rwanda 1992

Age	Hommes		Femmes		Age	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%		Effectif	%	Effectif	%
<1	554	3,6	532	3,4	36	178	1,2	153	1,0
1	498	3,3	500	3,2	37	143	0,9	151	1,0
2	531	3,5	494	3,1	38	159	1,0	148	0,9
3	528	3,5	507	3,2	39	125	0,8	134	0,9
4	501	3,3	551	3,5	40	184	1,2	184	1,2
5	550	3,6	572	3,6	41	104	0,7	96	0,6
6	510	3,3	580	3,7	42	135	0,9	129	0,8
7	538	3,5	524	3,3	43	99	0,6	116	0,7
8	498	3,3	546	3,5	44	109	0,7	109	0,7
9	466	3,1	474	3,0	45	108	0,7	115	0,7
10	484	3,2	471	3,0	46	69	0,5	74	0,5
11	388	2,5	419	2,7	47	60	0,4	89	0,6
12	436	2,8	467	3,0	48	70	0,5	62	0,4
13	377	2,5	457	2,9	49	66	0,4	69	0,4
14	404	2,6	408	2,6	50	111	0,7	106	0,7
15	316	2,1	300	1,9	51	37	0,2	62	0,4
16	317	2,1	304	1,9	52	99	0,6	138	0,9
17	324	2,1	306	1,9	53	58	0,4	63	0,4
18	300	2,0	317	2,0	54	63	0,4	90	0,6
19	245	1,6	256	1,6	55	67	0,4	87	0,5
20	271	1,8	295	1,9	56	64	0,4	67	0,4
21	200	1,3	238	1,5	57	61	0,4	72	0,5
22	248	1,6	248	1,6	58	58	0,4	62	0,4
23	179	1,2	214	1,4	59	37	0,2	52	0,3
24	215	1,4	255	1,6	60	81	0,5	79	0,5
25	205	1,3	217	1,4	61	27	0,2	58	0,4
26	175	1,1	213	1,3	62	89	0,6	104	0,7
27	184	1,2	197	1,3	63	28	0,2	42	0,3
28	219	1,4	228	1,4	64	47	0,3	52	0,3
29	195	1,3	189	1,2	65	52	0,3	30	0,2
30	262	1,7	231	1,5	66	35	0,2	30	0,2
31	166	1,1	176	1,1	67	65	0,4	60	0,4
32	223	1,5	252	1,6	68	32	0,2	29	0,2
33	182	1,2	198	1,3	69	20	0,1	15	0,1
34	167	1,1	184	1,2	70+	356	2,3	327	2,1
35	190	1,2	164	1,0	ND	143	0,9	36	0,2
					Total	15288	100,0	15770	100,0

Tableau D.2 Répartition par âge des femmes éligibles et des femmes enquêtées

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des femmes de 10-54 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage de femmes éligibles qui ont été enquêtées (pondéré), EDS Rwanda 1992

Groupe d'âges	Femmes dans l'enquête ménage		Femmes enquêtées		
	Effectif	%	Effectif ¹	% ¹	Pourcentage enquêtées
10-14	2221	-	-	-	-
15-19	1484	22,4	1448	22,3	97,6
20-24	1249	18,9	1240	19,1	99,2
25-29	1043	15,8	1036	16,0	99,3
30-34	1040	15,7	1022	15,8	98,3
35-39	749	11,3	732	11,3	97,7
40-44	635	9,6	608	9,4	95,8
45-49	409	6,2	396	6,1	96,8
50-54	457	-	-	-	-
15-49	6609	-	6482	-	98,1

Note: La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage.

¹Selon l'âge des femmes dans l'enquête ménage.

Tableau D.3 Complétude de l'enregistrement

Pourcentage d'informations manquantes pour certaines questions démographiques et de santé, EDS
Rwanda 1992

Type d'information	Groupe de référence	Pourcentages d'informations manquantes	Effectif
Date de naissance	Naissances des 15 dernières années		
Mois seulement		6,6	15527
Mois et année		0,3	15527
Age au décès	Naissances des 15 dernières années	1,0	2620
Age/Date de la 1^{ère} union¹	Femmes non-célibataires	0,4	4451
Niveau d'instruction	Toutes les femmes	0,0	6551
Taille à la naissance	Naissances des 1-59 derniers mois	6,6	1420
Anthropométrie²	Enfants vivants de 0-59 mois		
Taille		9,6	5042
Poids		9,6	5042
Taille et poids		10,1	5042
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Enfants vivants de 0-59 mois	1,8	5042

¹Sans information pour l'âge et l'année

²Enfant non mesuré

Tableau D.4 Naissances par année du calendrier

Répartition des naissances par année du calendrier pour les enfants survivants (S), décédés (D) et l'ensemble des enfants (E), pourcentage de ceux ayant une date de naissance complète, rapport de masculinité à la naissance et rapport de naissances annuelles (pondéré), EDS Rwanda 1992

Années	Effectifs de naissances			Pourcentage avec une date de naissance complète ¹			Rapport de masculinité à la naissance ²			Rapport de naissances annuelles ³		
	S	D	E	S	D	E	S	D	E	S	D	E
92	686	58	744	100,0	98,0	99,8	102,8	138,0	105,1	-	-	-
91	1055	98	1153	99,4	92,3	98,8	99,8	109,0	100,6	127,3	109,0	125,5
90	970	122	1093	98,7	95,1	98,3	113,5	129,3	115,2	92,9	108,9	94,5
89	1034	126	1161	98,1	85,9	96,8	91,2	133,5	95,0	106,3	91,1	104,4
88	975	155	1131	98,2	82,9	96,1	92,2	115,3	95,1	93,9	105,5	95,3
87	1043	168	1211	97,0	84,0	95,2	91,9	110,4	94,3	103,7	86,8	101,0
86	1036	232	1268	95,8	76,8	92,3	93,7	138,6	100,6	103,8	123,6	106,9
85	953	207	1160	95,4	77,4	92,2	95,2	138,4	101,7	99,4	92,8	98,1
84	882	214	1097	93,6	81,4	91,2	95,3	117,4	99,3	100,5	101,7	100,7
83	803	214	1018	93,1	82,5	90,9	96,7	105,6	98,5	-	-	-
88-92	4721	560	5280	98,8	89,4	97,8	99,3	123,2	101,6	-	-	-
83-87	4718	1036	5754	95,1	80,2	92,4	94,4	121,9	98,9	-	-	-
78-82	3344	975	4320	92,8	77,4	89,3	94,6	99,3	95,6	-	-	-
73-77	1838	762	2600	89,5	72,3	84,4	98,2	110,2	101,6	-	-	-
< 73	1493	661	2153	84,0	63,8	77,8	88,9	118,2	97,0	-	-	-
Ensemble	16113	3993	20106	94,1	76,6	90,6	95,7	113,3	99,0	-	-	-

¹ Mois et année de naissance déclarés

² $(N_m/N_f) \times 100$, où N_m est le nombre de naissances masculines et N_f le nombre de naissances féminines

³ $[2N_x / (N_{x-1} + N_{x+1})] \times 100$, où N_x est le nombre de naissances de l'année x

Tableau D.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, selon l'âge au décès en jours, et pourcentage de décès néonataux survenus, d'après les déclarations, aux âges de 0-6 jours, par période de cinq ans précédant l'enquête (pondéré), EDS Rwanda 1992

Age au décès en jours	Années précédant l'enquête				Total 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1	37	86	80	21	224
1	19	30	26	16	92
2	20	31	16	13	80
3	35	36	28	19	119
4	16	9	8	7	41
5	7	15	10	5	37
6	7	7	7	5	26
7	28	33	23	18	102
8	3	12	13	6	33
9	2	2	1	2	8
10	2	5	5	1	13
11	2	0	0	1	3
12	2	1	0	1	4
13	0	0	4	0	4
14	16	16	14	11	57
15	6	9	4	7	26
16	0	0	1	0	1
17	0	0	0	0	0
18	0	1	2	0	3
19	0	0	0	0	0
20	2	3	2	2	10
21	7	10	1	1	20
22	0	0	0	0	0
23	1	0	0	0	1
24	0	1	0	0	1
25	1	1	0	0	3
26	0	0	0	0	0
27	1	1	1	1	5
28	0	0	1	0	1
29	0	0	0	0	0
30	3	2	3	2	11
Ensemble 0-30	219	313	252	140	924
% néonatal précoce ¹	64,3	68,7	69,9	61,3	66,8

¹0-6 jours/0-30 jours

Tableau D.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de deux ans, selon l'âge au décès en mois, et pourcentage de décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, par période de cinq ans précédant l'enquête (pondéré), EDS Rwanda 1992

Age au décès en mois	Années précédant l'enquête				Total 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1 mois ¹	219	313	252	140	924
1	31	40	42	20	133
2	43	34	29	28	135
3	35	28	28	16	106
4	19	31	14	16	80
5	13	9	10	11	42
6	16	17	21	16	70
7	20	16	8	6	50
8	14	20	18	6	59
9	29	23	19	14	85
10	10	6	2	6	25
11	4	3	3	6	16
12	16	39	40	28	123
13	6	1	3	6	16
14	9	17	10	11	47
15	12	7	6	6	32
16	6	8	1	6	21
17	1	12	3	8	25
18	6	21	20	22	68
19	2	6	3	2	14
20	2	6	3	6	17
21	3	5	0	2	10
22	1	1	0	2	5
23	0	1	1	1	4
24 ou +	0	1	0	1	2
1 an ²	10	22	28	14	74
% néonatal ³	48,4	57,9	56,4	49,2	53,6
Ensemble 0-11	453	541	447	284	1725

¹Y compris les décès survenus à moins de 1 mois, déclarés en jours

²Age au décès déclaré est 1 an au lieu de 12 mois

³Moins de 1 mois/moins de 1 an

ANNEXE E

QUESTIONNAIRES

Lors de l'EDSR, toutes les interviews se sont déroulées en kinyarwanda, langue nationale du Rwanda et parlée par l'ensemble de la population. Les questionnaires utilisés pour l'enquête étaient donc tous rédigés en kinyarwanda. Cependant, c'est la version française de ces questionnaires qui est publiée ici, en raison de la diffusion internationale de ce rapport.

IDENTIFICATION															
PREFECTURE	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>														
COMMUNE															
SECTEUR															
CELLULE N° EDS															
N° DU MENAGE															
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....															
KIGALI / AUTRE VILLE / RURAL (Kigali=1, A.ville=2, Rural=3)															
NOM DE LA PERSONNE INTERROGEE															

VISITES DE L'ENQUETRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
				MOIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
				ANNEE <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
NOM DE L'ENQUETRICE	_____	_____	_____	NOM <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
RESULTAT*	_____	_____	_____	RESULTAT <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
*CODES RESULTAT : 1 REMPLI 2 MENAGE PRESENT MAIS PAS D'ENQUETE COMPETENT A LA MAISON 3 MENAGE ABSENT 4 DIFFERE 5 REFUSE 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE 7 LOGEMENT DETRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVE 9 AUTRE _____ <div style="text-align: center;">(PRECISER)</div>				TOTAL DANS LE MENAGE <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> TOTAL DES FEMMES ELIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>

NOM DATE	CONTROLE TERRAIN _____ _____	CONTROLE BUREAU _____ _____	SAISI PAR _____	SAISI PAR <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
-------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------	---

Maintenant nous voudrions des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui habitent chez vous actuellement.

N°	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MENAGE*	RESIDENCE			SEXE	AGE	SCOLARISATION POUR LES ENFANTS DE MOINS DE SIX ANS (6 ANS) PASSER A Q11			SURVIE DES PARENTS			ELIGIBILITE
			(NON) vit-il/elle ici d'habitude ?	(NON) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière ?	(NON) est-il de sexe masculin ou féminin ?			(NON) a-t-il/elle fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études et la dernière classe qu'il/elle a achevé avec succès ? **	POUR TOUS CEUX AGES DE MOINS DE 25 ANS	La mère biologique vit-elle encore ?	Son père biologique vit-il encore ?		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)		
			OUI NON	OUI NON	M F	EN ANS	O N MSP	NIVEAU CLAS.	O N MSP	O N MSP	O N MSP			
01			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	D1		
02			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	02		
03			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	03		
04			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	04		
05			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	05		
06			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	06		
07			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	07		
08			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	08		
09			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	09		
10			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	10		
11			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	11		
12			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	12		
13			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	13		
14			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	14		
15			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	15		
16			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	16		
17			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	17		
18			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	17		
19			1 2	1 2	1 2		1 2 8		1 2 8	1 2 8	1 2 8	20		

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISEE

NOMBRE TOTAL DE FEMMES ELIGIBLES

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète:

- Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas portés sur la liste?
- De plus, y a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, tels que des domestiques, des locataires ou des amis, qui vivent habituellement ici?
- Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière?

OUI -> INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

OUI -> INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

OUI -> INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

* CODES POUR Q.3

LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE:

- 01= CHEF DE MENAGE
- 02= FEMME OU MARI
- 03= FILS OU FILLE
- 04= GENDRE OU BELLE-FILLE
- 05= PETIT-FILS OU -FILLE
- 06= PERE OU MERE
- 07= BEAU-PERE OU BELLE-MERE
- 08= FRERE OU SOEUR
- 09= AUTRE PARENT
- 10= ENFANT ADOPTE OU EN GARDE
- 11= SANS PARENTE
- 98= MSP

** CODES POUR Q.9

NIVEAU D'EDUCATION :

- 0= N'EST PAS ALLE A L'ECOLE
- 1= N'A PAS COMMENCE L'ECOLE
- 2= PRIMAIRE NON TERMINE
- 3= POST PRIM. NON TERMINE
- 4= POST PRIM. TERMINE
- 5= SECOND. NON TERMINE
- 6= SECONDAIRE TERMINE
- 7= SUPERIEUR
- 8= MSP

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES													
14	D'où provient l'eau que votre ménage utilise pour se laver les mains et pour laver la vaisselle ?	ROBINET DANS LE LOGEMENT..... 01 ROBINET DANS LA COUR/PARCELLE. 02 → 16 ROBINET PUBLIC..... 03 PUIS A POMPE MANUELLE..... 04 PUIS SANS POMPE MANUELLE..... 05 SOURCE..... 06 RIVIERE, EAU DE SURFACE..... 07 AUTRE VENDEUR 08 EAU DE PLUIE..... 09 AUTRE 10 (PRECISER)													
15	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir ?	MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE..... 996													
16	Pour boire, votre ménage utilise-t-il l'eau de la même origine ?	OUI..... 1 → 18 NON..... 2													
17	D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	ROBINET DANS LE LOGEMENT..... 01 ROBINET DANS LA COUR/PARCELLE. 02 ROBINET PUBLIC..... 03 PUIS A POMPE MANUELLE..... 04 PUIS SANS POMPE MANUELLE..... 05 SOURCE..... 06 RIVIERE, EAU DE SURFACE..... 07 AUTRE VENDEUR..... 08 EAU DE PLUIE..... 09 AUTRE 10 (PRECISER)													
18	Quel genre de toilettes y a-t-il dans votre ménage ?	CHASSE D'EAU..... 1 FOSSE OU LATRINES..... 2 AUTRE 3 (PRECISER) PAS DE TOILETTES..... 4													
19	Dans votre habitation, avez-vous ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>L'électricité ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Une radio ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Un réfrigérateur?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	L'électricité ?	1	2	Une radio ?	1	2	Un réfrigérateur?	1	2	
	OUI	NON													
L'électricité ?	1	2													
Une radio ?	1	2													
Un réfrigérateur?	1	2													
20	Dans votre habitation, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	PIECES..... <input type="text"/> <input type="text"/>													
21	PRINCIPAL MATERIAU DU PLANCHER. (ENREGISTRER L'OBSERVATION.)	PARQUET OU BOIS POLI..... 1 BANDE DE VINYLE..... 2 CARRELAGE OU DALLE..... 3 PLANCHES EN BOIS..... 4 CIMENT..... 5 TERRE/SABLE..... 6 AUTRE 7 (PRECISER)													
22	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Une bicyclette ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Une mobylette ou motocyclette ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Une voiture ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Une bicyclette ?	1	2	Une mobylette ou motocyclette ?	1	2	Une voiture ?	1	2	
	OUI	NON													
Une bicyclette ?	1	2													
Une mobylette ou motocyclette ?	1	2													
Une voiture ?	1	2													

IDENTIFICATION															
PREFECTURE _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>														
COMMUNE _____															
SECTEUR _____															
CELLULE _____ N° EDS _____															
N° DU MENAGE.....															
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....															
KIGALI / AUTRE VILLE / RURAL (Kigali=1, A.ville=2, Rural=3)															
NOM ET NUMERO DE LIGNE DU MARI _____															
N° LIGNE DE LA (DES) _____															

VISITES DE L'ENQUETRIX				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
				MOIS <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
				ANNEE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
NOM DE L'ENQUETRIX	_____	_____	_____	NOM <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
RESULTAT *	_____	_____	_____	RESULTAT <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
PROCHAINE VISITE:	DATE			NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
	HEURE	_____	_____	
* CODES RESULTAT: 1 ENTIEREMENT REMPLI 4 REFUSE 2 PAS A LA MAISON 5 PARTIELLEMENT REMPLI 3 DIFFERE 6 AUTRE _____ (PRECISER)				

NOM	CONTROLE TERRAIN	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR	SAISI PAR
DATE	_____	_____	_____	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A								
201	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance vivante ?	OUI..... 1 NON..... 2	206								
202	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous ?	OUI..... 1 NON..... 2	204								
203	Combien de fils habitent avec vous ? Et combien de filles habitent avec vous ? SI AUCUN(E) ENTRER '00'.	FILS A LA MAISON..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES A LA MAISON..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles encore en vie et qui n'habitent pas actuellement avec vous ?	OUI..... 1 NON..... 2	206								
205	Combien de fils sont en vie mais n'habitent pas avec vous ? Et combien de filles sont en vie mais n'habitent pas avec vous ? SI AUCUN(E) ENTRER '00'.	FILS AILLEURS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille, né(e) vivant(e) mais décédé(e) par la suite ?	OUI..... 1 NON..... 2	207B								
207A	Combien de fils sont décédés ? Et combien de filles sont décédées ? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'	FILS DECEDES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DECEDEES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
207B	Aucun(e) autre fils ou fille qui a pleuré ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours et que vous n'avez pas mentionné à la question précédente ?	OUI..... 1 NON..... 2	208								
207C	Combien de fils sont décédés que vous avez oublié ? Et combien de filles décédées que vous avez oublié ? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'	FILS DECEDES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DECEDEES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAIRE LA SOMME DES REponses A 203, 205, 207A ET 207C, ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E) ENTRER '00'.	TOTAL..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ____ naissances vivantes durant votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-209 SI NECESSAIRE										
210	VERIFIER 208: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 223										

211 Maintenant, je voudrais vous parler de vos naissances, qu'elles soient encore vivantes ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.
(INSCRIRE A 212 LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES. INSCRIRE LES JUMEAUX ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPARÉES)

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant ?	ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE	(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est née(e) (NOM) ? INSISTER: Quand est son anniversaire? OU: En quelle saison ? (1)	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	SI VIVANT: Quel âge avait-il/elle à son dernier anniversaire? INSISTER: COMBIEN D'ANNEES PLEINES ?	SI VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle ? SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	SI DECÉDÉ: Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort ? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait-il/elle, en mois ? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.
01 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
02 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
03 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
04 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
05 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
06 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
07 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
08 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
09 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
10 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI... 1 NON... 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI..... 1 (PASSER A NAIS.SUIV.)< NON..... 2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3

(1) Ecrire la saison donnée par la femme, si le mois de naissance est inconnu.

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre enfant suivant?		(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait-il/elle à son dernier anniversaire?	(NOM) vit-il/elle avec vous?	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle?	SI DECEDE: Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort ?
	ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE		INSISTER: Quand est son anniversaire? OU: En quelle saison ? (1)		INSISTER: COMBIEN D'ANNEES PLEINES ?		SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait-il/elle, en mois ? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.

11	SIMP.. 1 MULT.. 2 (NOM)	GARÇ. 1 FILL. 2	MOIS... ANNEE... -----	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
12	SIMP.. 1 MULT.. 2 (NOM)	GARÇ. 1 FILL. 2	MOIS... ANNEE... -----	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
13	SIMP.. 1 MULT.. 2 (NOM)	GARÇ. 1 FILL. 2	MOIS... ANNEE... -----	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
14	SIMP.. 1 MULT.. 2 (NOM)	GARÇ. 1 FILL. 2	MOIS... ANNEE... -----	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
15	SIMP.. 1 MULT.. 2 (NOM)	GARÇ. 1 FILL. 2	MOIS... ANNEE... -----	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
16	SIMP.. 1 MULT.. 2 (NOM)	GARÇ. 1 FILL. 2	MOIS... ANNEE... -----	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
17	SIMP.. 1 MULT.. 2 (NOM)	GARÇ. 1 FILL. 2	MOIS... ANNEE... -----	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3
18	SIMP...1 MULT...2 (NOM)	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE... -----	OUI.. 1 NON.. 2 ↓ 220	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.)< NON.....2	PERE..... 1 AUTRE PARENT.. 2 QUELQU'UN AUT. 3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS.. 1 MOIS... 2 ANNEES. 3

221 COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER:

LES NOMBRES SONT LES MEMES LES NOMBRES SONT DIFFERENTS (VERIFIER ET CORRIGER)

↓

VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE VIVANTE: L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE

POUR CHAQUE ENFANT DECEDE: L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE

POUR L'AGE AU DECES 12 MOIS: VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS

222 VERIFIER 215 ET INSCRIRE LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1987 S'IL N'Y EN A PAS, INSCRIRE 0.

(1) Ecrire la saison donnée par la femme, si le mois de naissance est inconnu.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
223	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI..... 1 NON..... 2 PAS SURE..... 8	2 → 226
224	De combien de mois êtes-vous enceinte ? (SI LA FEMME NÉSITE ENTRE 2 MOIS, PRENDRE LE PLUS PETIT)	MOIS..... <input type="text"/>	
225	Au moment où vous êtes devenue enceinte, vouliez-vous devenir enceinte A CE MOMENT LA, vouliez-vous attendre PLUS TARD, ou vouliez-vous NE PAS tomber enceinte ?	A CE MOMENT-LA..... 1 PLUS TARD..... 2 NE VOULAIT PAS..... 3	
226	Il y a combien de temps que vos dernières règles ont commencé ?	JOURS..... 1 <input type="text"/> SEMAINES..... 2 <input type="text"/> MOIS..... 3 <input type="text"/> ANNEES..... 4 <input type="text"/> AVANT LA DERNIERE NAISSANCE.. 994 JAMAIS EU DE REGLES..... 995 EN MEMORPAUSE..... 996	
227	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles SUIVANTES, quand pensez-vous quelle a le plus de chances de tomber enceinte ? INSISTER: Quels sont les jours du cycle mensuel pendant lesquels une femme doit faire attention pour ne pas tomber enceinte ?	PENDANT SES REGLES..... 1 JUSTE APRES LA FIN DE SES REGLES..... 2 AU MILIEU DU CYCLE..... 3 JUSTE AVANT LE DEBUT DE SES REGLES..... 4 N'IMPORTE QUAND..... 5 AUTRE..... 6 (PRECISER) NSP..... 8	

SECTION 3: CONTRACEPTION

001 Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale - les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?

ENCERCLEZ LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
 PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
 ENCERCLEZ LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE.
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENCERCLE DANS 302, POSER 303-304 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	302 Avez-vous déjà entendu parler de cette méthode ?	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE) ?	304 Savez-vous où l'on peut aller pour se procurer (METHODE) ?
	LIRE LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE.		
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
02 DIU Certaines femmes ont un stérilet ou un dispositif intra-utérin que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
03 INJECTIONS Certaines femmes reçoivent une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE Certaines femmes se mettent à l'intérieur un diaphragme, des comprimés effervescents, de la gelée avant d'avoir des rapports sexuels.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
05 CONDOM Certains hommes mettent un condom (capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
06 STERILISATION FEMININE Certaines femmes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
07 STERILISATION MASCULINE Certains hommes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
08 MORPLANT Certaines femmes se font insérer 6 petits batonnets dans le bras, sous la peau, qui les empêchent d'avoir des grossesses pendant plusieurs années.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
09 CONTINENCE PERIODIQUE Certains couples évitent d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de devenir enceinte.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	Savez-vous où l'on peut obtenir des conseils sur la façon d'utiliser la continence périodique? OUI..... 1 NON..... 2
10 RETRAIT Certains hommes font attention et se retirent avant l'éjaculation.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2	
11 AUTRES METHODES? Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que des femmes ou des hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse? 1 _____ (PRECISER) 2 _____ (PRECISER) 3 _____ (PRECISER)	OUI/SPONTANE..... 1 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2 OUI..... 1 NON..... 2 OUI..... 1 NON..... 2	

305 VERIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE) → PASSER A 308

N°	QUESTIONS ET FILTRES	PASSER A
306	Avez-vous jamais utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte ?	OUI..... <input type="checkbox"/> NON..... <input type="checkbox"/> → 324
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé ? CORRIGER 303, 304, 305 (ET 302 SI NECESSAIRE)	_____ (METHODE)
308	Maintenant je voudrais vous parler du moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là ? SI AUCUN, ENTRER '00'	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/>
309	VERIFIER 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 324
310	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>	→ 312A
311	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI..... 1 NON..... 2 → 324
312	Quelle méthode utilisez-vous ?	PILULE..... 01 DIU..... 02 INJECTIONS..... 03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE..... 04 CONDOM..... 05 STERILISATION FEMININE..... 06 STERILISATION MASCULINE..... 07 NORPLANT..... 08 CONTINENCE PERIODIQUE..... 09 RETRAIT..... 10 AUTRE..... 11 (PRECISER)
312A	ENCERCLER '06' POUR LA STERILISATION FEMININE	→ 318 → 318 → 323
313	Au moment où vous avez commencé à utiliser la pilule pour la première fois, avez-vous consulté un médecin ou une infirmière ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8
314	Au moment où vous vous êtes procuré des pilules la dernière fois, avez-vous consulté un médecin ou une infirmière ?	OUI..... 1 NON..... 2
315	Puis-je voir le paquet des pilules que vous utilisez en ce moment ? (NOTER LE NOM DE LA MARQUE)	EMBALLAGE VU..... 1 NOM DE LA MARQUE : <input type="text"/> EMBALLAGE NON VU..... 2
316	Connaissez-vous le nom de la marque de pilules que vous utilisez en ce moment ? (NOTER LE NOM DE LA MARQUE)	NOM DE LA MARQUE : <input type="text"/> NSP..... 98
317	Combien vous coûte une boîte de pilules (cycle) ?	PRIX..... <input type="text"/> GRATUIT..... 996 NSP..... 998

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
			A
318	Où avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois ? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	HOPITAL..... 01 CENTRE DE SANTE..... 02 CENTRE SECONDAIRE DE P.F..... 03 ABAKANGURAMBAGA..... 04 MEDECIN OU CLINIQUE PRIVEE..... 05 PHARMACIE..... 06 BOUTIQUE OU KIOSQUE..... 07 CONNAISSANCES/PARENTES..... 09 AUTRE..... 10 (PRECISER) NSP..... 98	→ 321
318A	Où avez-vous fait la stérilisation ? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	NSP..... 98	→ 321
319	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit ?	MINUTES..... 1 HEURES..... 2 NSP..... 998	
320	Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas ?	FACILE..... 1 DIFFICILE..... 2	
321	VERIFIER 312: ELLE/IL EST STERILISE <input type="checkbox"/> UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/>		→ 323
322	En quel mois et quelle année avez-vous (a-t-il) été stérilisé(e) ?	DATE: MOIS..... ANNEE.....	→ 333
323	Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE ACTUELLE) de façon continue ? (DEPUIS LA DERNIERE GROSSESSE; SI MOINS D'UN MOIS INSCRIRE '00')	MOIS..... SI 5 ANS OU PLUS..... 96	→ 333
324	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode pour éviter de tomber enceinte dans l'avenir ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	→ 326 → 329
325	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode ?	VEUT DES ENFANTS..... 01 MANQUE D'INFORMATION..... 02 PARTENAIRE DESAPPROUVE..... 03 COUT TROP ELEVE..... 04 EFFETS SECONDAIRES..... 05 PROBLEMES DE SANTE..... 06 DIFFICILE A OBTENIR..... 07 RELIGION..... 08 OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE..... 09 FATALISTE..... 10 AUTRES PERSONNES DESAPPROUVENT..... 11 RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS..... 12 DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE..... 13 MENOPAUSE/STERILISEE..... 14 PAS COMMODE..... 15 NON MARIEE..... 16 AUTRE..... 17 (PRECISER) NSP..... 98	→ 329
326	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode dans les 12 prochains mois ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	
327	Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préférerez-vous utiliser ?	PILULE..... 01 DIU..... 02 INJECTIONS..... 03 SPERMICIDES..... 04 CONDOM..... 05 STERILISATION FEMININE..... 06 STERILISATION MASCULINE..... 07 MORPLANT..... 08 CONTINENCE PERIODIQUE..... 09 RETRAIT..... 10 AUTRE..... 11 (PRECISER) PAS SURE..... 98	→ 328A → 329

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER			
				A		
328	Où pouvez-vous vous procurer (METHODE CITEE A 327) ? (SI PLUSIEURS ENDROITS SONT MENTIONNES, INDIQUER CELUI PREFERE PAR LA FEMME)	HOPITAL PUBLIC..... 01	}	→ 331		
		CENTRE DE SANTE PUBLIC..... 02				
328A	Où pouvez-vous obtenir l'information sur la contenance périodique ? (NOM DE L'ENDROIT)	POSTE SECONDAIRE DE P.F..... 03	}	→ 333		
		ABAKANGURAMBAGA..... 04				
		DOCTEUR PRIVE, CLINIQUE PRIVEE 05	}	→ 331		
		PHARMACIE..... 06				
		BOUTIQUE, KIOSQUE..... 07	}	→ 333		
		EGLISE..... 08				
		CONNAISSANCES/PARENTS..... 09	}	→ 333		
		AUTRE 10				
			(PRECISER)			
			MULLE PART..... 11			
	NSP..... 998					
329	Connaissez-vous un endroit où on peut se procurer une méthode de planification familiale ?	OUI..... 1				
		NON..... 2		→ 333		
330	Où est-ce ? (SI PLUSIEURS ENDROITS SONT MENTIONNES, INDIQUER CELUI PREFERE PAR LA FEMME) (NOM DE L'ENDROIT)	HOPITAL PUBLIC..... 01	}	→ 333		
		CENTRE DE SANTE PUBLIC..... 02				
		POSTE SECONDAIRE DE P.F..... 03	}	→ 333		
		ABAKANGURAMBAGA..... 04				
		DOCTEUR PRIVE, CLINIQUE PRIVEE 05	}	→ 333		
		PHARMACIE..... 06				
		BOUTIQUE, KIOSQUE..... 07	}	→ 333		
		EGLISE..... 08				
		CONNAISSANCES/PARENTS..... 09	}	→ 333		
		AUTRE 10				
	(PRECISER)					
331	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit ?	MINUTES..... 1				
		HEURES..... 2				
		NSP..... 998				
332	Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas ?	FACILE..... 1				
		DIFFICILE..... 2				
333	Durant le mois dernier, avez-vous entendu à la radio ou dans les journaux, des annonces à propos de la planifi- cation familiale :		OUI	NON		
		à la radio ?				
		dans les journaux ?				
		RADIO..... 1	1	2		
		JOURNAUX..... 1	1	2		
334	Trouvez-vous qu'il est acceptable ou non que des infor- mations à propos de la P.F soient données à la radio ou dans les journaux ?	ACCEPTABLE..... 1				
		PAS ACCEPTABLE..... 2				
		NSP..... 8				
335	Durant le dernier mois, avez-vous entendu parler de la P.F autrement qu'à la radio ou dans les journaux ?	OUI..... 1				
		NON..... 2		→ 401		
336	Qui vous a informé ?	ABAKANGURAMBAGA..... 1				
		PERSONNEL DE SANTE..... 2				
		AUTRE 3				
		(PRECISEZ)				

SECTION 4. SANTE ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 222 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANV. 1987	AUCUNE NAISSANCE VIVANTE DEPUIS JANVIER 1987 → (PASSER A 501)		
402	ENTRER LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. Maintenant, Je voudrais vous poser quelques questions à propos de la santé des enfants que vous avez eus durant les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)			
	N° DE LIGNE DE LA Q. 212	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	SELON Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>
403	Au moment où vous êtes tombés enceinte de (NOM), voulez-vous tomber enceinte A CE MOMENT LA, voulez-vous attendre PLUS TARD ou voulez-vous NE PLUS AVOIR d'enfant ?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)←	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)←	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)←
404	Combien de temps auriez-vous voulu attendre ?	MOIS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	MOIS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	MOIS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
405	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concernant cette grossesse ? SI OUI, Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	MEDECIN.....1 INFIRMIERE/ASS.MEDICAL..1 ACCOUCHEUSE TRADITION..1 NELLE FORMEE ACCOUCHEUSE TRADITION..1 NELLE NON FORMEE AUTRE.....1 (PRECISER) PERSONNE.....1 (PASSER A 409)←	MEDECIN.....1 INFIRMIERE/ASS.MEDICAL..1 ACCOUCHEUSE TRADITION..1 NELLE FORMEE ACCOUCHEUSE TRADITION..1 NELLE NON FORMEE AUTRE.....1 (PRECISER) PERSONNE.....1 (PASSER A 409)←	MEDECIN.....1 INFIRMIERE/ASS.MEDICAL..1 ACCOUCHEUSE TRADITION..1 NELLE FORMEE ACCOUCHEUSE TRADITION..1 NELLE NON FORMEE AUTRE.....1 (PRECISER) PERSONNE.....1 (PASSER A 409)←
406	Vous a-t-on donné une carte prénatale ou un cahier pour cette grossesse ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
407	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez vu quelqu'un pour la première fois pour une consultation concernant cette grossesse ?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
408	Combien de visites prénatales avez-vous fait pendant cette grossesse ?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/>
409	Quand vous étiez enceinte de (NOM), vous a-t-on fait une injection pré-natale contre le tétanos ?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)← NSP.....8
410	Combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8

N° DE LIGNE DE LA Q. 212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM	NOM	NOM
411	Où avez-vous accouché de (NOM) ?	A LA MAISON..... 1 DANS UNE AUTRE MAISON... 2 CENTRE DE SANTE, DISPENS. 3 CLINIQUE..... 4 HOPITAL..... 6 AUTRE..... 7 (PRECISER)	A LA MAISON..... 1 DANS UNE AUTRE MAISON... 2 POSTE DE SANTE..... 3 CLINIQUE..... 4 HOPITAL..... 6 AUTRE..... 7 (PRECISER)	A LA MAISON..... 1 DANS UNE AUTRE MAISON... 2 POSTE DE SANTE..... 3 CLINIQUE..... 4 HOPITAL..... 6 AUTRE..... 7 (PRECISER)
412	Qui vous a assisté pour l'accouchement de (NOM) ? INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES. N'y avait-il pas quelqu'un d'autre ?	MEDECIN..... 1 INFIRMIERE/ASS.MEDICAL.. 1 ACCOUCHEUSE TRADITION... 1 NELLE FORMEE ACCOUCHEUSE TRADITION... 1 NELLE NON FORMEE BELLE-MERE..... 1 MARI..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER) PERSONNE..... 1	MEDECIN..... 1 INFIRMIERE/ASS.MEDICAL.. 1 ACCOUCHEUSE TRADITION... 1 NELLE FORMEE ACCOUCHEUSE TRADITION... 1 NELLE NON FORMEE BELLE-MERE..... 1 MARI..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER) PERSONNE..... 1	MEDECIN..... 1 INFIRMIERE/ASS.MEDICAL.. 1 ACCOUCHEUSE TRADITION... 1 NELLE FORMEE ACCOUCHEUSE TRADITION... 1 NELLE NON FORMEE BELLE-MERE..... 1 MARI..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER) PERSONNE..... 1
413	(NOM) est-il/elle né à terme ou prématurément ?	A TERME..... 1 PREMATUREMENT..... 2 NSP..... 8	A TERME..... 1 PREMATUREMENT..... 2 NSP..... 8	A TERME..... 1 PREMATUREMENT..... 2 NSP..... 8
414	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
415	(NOM) a-t-il/elle été pesé à la naissance ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 417) <	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 417) <	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 417) <
416	Combien pesait-il/elle ?	GRAMMES..... <input type="text"/> NSP..... 9998	GRAMMES..... <input type="text"/> NSP..... 9998	GRAMMES..... <input type="text"/> NSP..... 9998
417	Quand (NOM) est né, était-il/elle : grand, moyen ou petit	GRAND..... 1 MOYEN..... 2 PETIT..... 3 NSP..... 8	GRAND..... 1 MOYEN..... 2 PETIT..... 3 NSP..... 8 (PASSER A 419)	GRAND..... 1 MOYEN..... 2 PETIT..... 3 NSP..... 8 (PASSER A 419)
418	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 420) <		
419	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de règles ?	MOIS..... <input type="text"/> NSP..... 98	MOIS..... <input type="text"/> N'A PAS EU DE REGLES... 96 NSP..... 98	MOIS..... <input type="text"/> N'A PAS EU DE REGLES... 96 NSP..... 98
420	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI (OU ENCEINTE)..... 1 NON..... 2 (PASSER A 422) <		
420A	Après combien de jours suivant la naissance de (NOM) avez-vous eu des rapports sexuels pour la première fois ?	JOURS..... <input type="text"/> PLUS DE 3 MOIS..... 96 NSP..... 98	JOURS..... <input type="text"/> PLUS DE 3 MOIS..... 96 NSP..... 98	JOURS..... <input type="text"/> PLUS DE 3 MOIS..... 96 NSP..... 98
421	Combien de temps après la naissance de (NOM) avez-vous repris des rapports sexuels régulièrement ?	MOIS..... <input type="text"/> NSP..... 98	MOIS..... <input type="text"/> NSP..... 98	MOIS..... <input type="text"/> NSP..... 98

N° DE LIGNE DE LA Q. 212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>	NOM <input type="text"/>
422	Avez-vous allaité (NOM) ? allaité (NOM) ?	OUI.....1 (PASSER A 424)<----- NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 430)<----- NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 430)<----- NON.....2
423	Pourquoi n'avez-vous pas allaité (NOM) ?	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE.....8 (PRECISER) (PASSER A 432)	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE.....8 (PRECISER) (PASSER A 432)	MERE MALADE/FAIBLE.....1 ENFANT MALADE/FAIBLE.....2 ENFANT DECEDE.....3 PROBLEME DE SEIN.....4 PAS DE LAIT.....5 TRAVAILLE.....6 ENFANT A REFUSE.....7 AUTRE.....8 (PRECISER) (PASSER A 432)
424	Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? EMREGISTRER EN JOURS SI PLUS DE 24 HEURES	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
425	SI TOUJOURS VIVANT / Allaité-vous encore (NOM) ? (SI DECEDE, ENTOURER '2')	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 430)<-----		
426	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le coucher et lever du soleil? (SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE)	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/> <input type="text"/>		
427	Combien de fois avez-vous allaité hier, pendant les heures de jour ? (SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE)	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>		
428	A n'importe quel moment hier ou la nuit dernière avez-vous donné à (NOM) une des choses suivantes ? :	OUI NON		
	Eau ?	EAU.....1 2		
	Eau sucrée?	EAU SUCREE.....1 2		
	Jus ?	JUS.....1 2		
	Lait en poudre ?	LAIT EN POUFRE.....1 2		
	Lait frais ?	LAIT FRAIS.....1 2		
	Autre lait ?	AUTRE LAIT.....1 2		
	Autres liquides ?	AUTRES LIQUIDES.....1 2		
	Aliment solide ou en bouillie?	ALIM.SOLIDE/BOUILLIE 1 2		
429	VOIR 428 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER	OUI POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 434)	RIEN DU TOUT <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 433)	

N° DE LIGNE DE LA Q. 212				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____		
430	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS..... <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES..... 95 (PASSER A 433) ←	MOIS..... <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES..... 95 (PASSER A 433) ←	MOIS..... <input type="text"/> JUSQU'A SON DECES..... 95 (PASSER A 433) ←		
431	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM) ?	MERE MALADE/FAIBLE..... 01 ENFANT MALADE/FAIBLE... 02 ENFANT DECEDE..... 03 PROBLEME DE SEIN..... 04 PAS DE LAIT..... 05 TRAVAILLE..... 06 ENFANT A REFUSE..... 07 AGE DU SEVRAGE..... 08 TOMBEE ENCEINTE..... 09 AUTRE..... 10 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE..... 01 ENFANT MALADE/FAIBLE... 02 ENFANT DECEDE..... 03 PROBLEME DE SEIN..... 04 PAS DE LAIT..... 05 TRAVAILLE..... 06 ENFANT A REFUSE..... 07 AGE DU SEVRAGE..... 08 TOMBEE ENCEINTE..... 09 AUTRE..... 10 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE..... 01 ENFANT MALADE/FAIBLE... 02 ENFANT DECEDE..... 03 PROBLEME DE SEIN..... 04 PAS DE LAIT..... 05 TRAVAILLE..... 06 ENFANT A REFUSE..... 07 AGE DU SEVRAGE..... 08 TOMBEE ENCEINTE..... 09 AUTRE..... 10 (PRECISER)		
432	VOIR 216: ENFANT VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434)		
433	Avez-vous déjà donné à (NOM) de l'eau, quelque chose d'autre à boire, ou n'importe quelle nourriture autre que le lait maternel ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 437) ←	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 437) ←	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 437) ←		
434	Combien de mois avait (NOM) quand vous avez commencé à lui donner les choses suivantes de façon régulière ? Lait en boîte ou lait autre que le lait maternel ? Eau ou autre boisson ? Aliment solide ou en bouillie?*	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 (PASSER A 437)	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 AGE EN MOIS..... <input type="text"/> JAMAIS DONNE..... 96 (PASSER A 437)		
435	VOIR 216: ENFANT VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)			
436	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8				
437	RETOURNER A 403 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 438					

N° DE LIGNE DE LA Q. 212				
		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NON	NON	NON
438	Avez-vous une carte où les vaccinations de (NON) sont inscrites ? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît ?	OUI, VU..... 1 (PASSER A 440)←	OUI, VU..... 1 (PASSER A 440)←	OUI, VU..... 1 (PASSER A 440)←
		OUI, NON VU..... 2 (PASSER A 442)←	OUI, NON VU..... 2 (PASSER A 442)←	OUI, NON VU..... 2 (PASSER A 442)←
		PAS DE CARNET..... 3	PAS DE CARNET..... 3	PAS DE CARNET..... 3
439	Avez-vous jamais eu un carnet de vaccination pour (NON) ?	OUI, L'AVAIS..... 1 (PASSER A 442)←	OUI, L'AVAIS..... 1 (PASSER A 442)←	OUI, L'AVAIS..... 1 (PASSER A 442)←
		NON, JAMAIS EU..... 2	NON, JAMAIS EU..... 2	NON, JAMAIS EU..... 2
440	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DE LA CARTE. (2) INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE JOUR, SI LA CARTE INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE, MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE.			
	BCG	BCG	BCG	BCG
	POLIO 0	P0	P0	P0
	POLIO 1	P1	P1	P1
	POLIO 2	P2	P2	P2
	POLIO 3	P3	P3	P3
	DERNIERE DOSE	PU	PU	PU
	DTC0q 1	D1	D1	D1
	DTC0q 2	D2	D2	D2
	DTC0q 3	D3	D3	D3
	DERNIERE DOSE	DU	DU	DU
	ROUGEOLE	ROU	ROU	ROU
441	(NON) a-t-il reçu une vaccination qui n'est pas inscrite sur ce carnet ?	OUI..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCINATIONS, ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 440)	OUI..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCINATIONS, ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 440)	OUI..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCINATIONS, ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 440)
		NON..... 2	NON..... 2	NON..... 2
		NSP..... 8 (PASSER A 444)	NSP..... 8 (PASSER A 444)	NSP..... 8 (PASSER A 444)
442	(NON) a-t-il/elle jamais reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies ?	OUI, L'A RECU..... 1 NON, NE L'A JAMAIS RECU 2 (PASSER A 444)←	OUI, L'A RECU..... 1 NON, NE L'A JAMAIS RECU 2 (PASSER A 444)←	OUI, L'A RECU..... 1 NON, NE L'A JAMAIS RECU 2 (PASSER A 444)←
		NSP..... 8	NSP..... 8	NSP..... 8
443	S'il vous plaît, dites-moi si (NON) a reçu une des vaccinations suivantes :			
	Une vaccination du BCG, c'est à dire une injection dans le bras ou l'épaule qui a laissé une cicatrice ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8
	Une vaccination contre la polio, c'est à dire des gouttes dans la bouche ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8
	SI OUI : Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
	Une injection contre la rougeole ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8
444	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 446)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 446)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 446)
445	RETOURNER A 438 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OUI, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 472			

N° DE LIGNE DE LA Q. 212				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	
446	(NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre durant les 2 dernières semaines ? OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	
447	(NOM) a-t-il/elle souffert de toux durant les 2 dernières semaines ? OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 450)←..... 8 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 450)←..... 8 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 450)←..... 8 NSP..... 8	
448	Combien de temps a duré la toux ? (Depuis combien de temps dure la toux ?) JOURS..... <input type="text"/> (SI MOINS QUE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... <input type="text"/> (SI MOINS QUE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... <input type="text"/> (SI MOINS QUE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	
449	Quand (NOM) était malade avec la toux, avait-il/elle la respiration plus rapide que d'habitude (respiration courte et rapide)? OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	
450	VOIR 446 ET 447: FIEVRE OU TOUX ? "OUI" DANS 446 OU 447 <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> →(PASSER A 454)	"OUI" DANS 446 OU 447 <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> →(PASSER A 454)	"OUI" DANS 446 OU 447 <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> →(PASSER A 454)	
451	A-t-on donné quelque chose pour traiter la fièvre/la toux à (NOM) ? OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 (PASSER A 452) ←.....	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 (PASSER A 452) ←.....	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 (PASSER A 452) ←.....	
451A	Qu'est-ce qu'on lui a donné ? Quelque chose d'autre ? (ENTOURER TOUT CE QUI EST CITE)	PAS DE TRAITEMENT..... 1 INJECTION..... 1 ANTIBIOTIQUE..... 1 (PILULE OU SIROP)..... 1 ANTI-PALUDEEN..... 1 (PILULE OU SIROP)..... 1 SIROP CONTRE LA TOUX..... 1 AUTRE PILULE OU SIROP..... 1 PILULE OU SIROP INCONNU..... 1 REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)	PAS DE TRAITEMENT..... 1 INJECTION..... 1 ANTIBIOTIQUE..... 1 (PILULE OU SIROP)..... 1 ANTI-PALUDEEN..... 1 (PILULE OU SIROP)..... 1 SIROP CONTRE LA TOUX..... 1 AUTRE PILULE OU SIROP..... 1 PILULE OU SIROP INCONNU..... 1 REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)	PAS DE TRAITEMENT..... 1 INJECTION..... 1 ANTIBIOTIQUE..... 1 (PILULE OU SIROP)..... 1 ANTI-PALUDEEN..... 1 (PILULE OU SIROP)..... 1 SIROP CONTRE LA TOUX..... 1 AUTRE PILULE OU SIROP..... 1 PILULE OU SIROP INCONNU..... 1 REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)
452	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux ? OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 454)←.....	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 454)←.....	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 454)←.....	
453	A qui avez-vous demandé des conseils ou un traitement ? A quelqu'un d'autre ? (ENTOURER TOUT CE QUI EST CITE)	PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE..... 1 POSTE DE SANTE..... 1 CLINIQUE..... 1 CENTRE DE SANTE..... 1 HOPITAL..... 1 MEDECIN PRIVE..... 1 GUERISSEUR TRADITIONNEL..... 1 PHARMACIE..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)	PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE..... 1 POSTE DE SANTE..... 1 CLINIQUE..... 1 CENTRE DE SANTE..... 1 HOPITAL..... 1 MEDECIN PRIVE..... 1 GUERISSEUR TRADITIONNEL..... 1 PHARMACIE..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)	PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE..... 1 POSTE DE SANTE..... 1 CLINIQUE..... 1 CENTRE DE SANTE..... 1 HOPITAL..... 1 MEDECIN PRIVE..... 1 GUERISSEUR TRADITIONNEL..... 1 PHARMACIE..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)

N° DE LIGNE DE LA Q. 212			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DERNIERE NAISSANCE NON _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NON _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON _____
454	(NON) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines ? OUI..... 1 (PASSER A 456)←..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 (PASSER A 456)←..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 (PASSER A 456)←..... 1 NON..... 2 NSP..... 8
455 RETOURNER A 438 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 472			
456	Est-ce que (NON) a eu la diarrhée depuis hier à cette heure-ci ? OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8
457	Combien de temps a duré la diarrhée ? (Depuis combien de temps dure la diarrhée ?) JOURS..... <input type="text"/> (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... <input type="text"/> (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')	JOURS..... <input type="text"/> (SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00')
458	Y avait-il du sang dans les selles ? OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 (PASSER A 462)	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8 (PASSER A 462)
459	VOIR 425: DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (PASSER A 462)		
460	Quand (NON) avait la diarrhée, avez-vous changé le nombre d'allaitements ? OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 462)←..... 2		
461	Pendant la diarrhée, avez-vous AUGMENTE ou REDUIT la quantité de nourriture, ou avez-vous ARRETE COMPLETEMENT ? AUGMENTE..... 1 REDUIT..... 2 ARRETE COMPLETEMENT..... 3 NE MANGE PAS..... 4		
462	(En dehors du lait maternel), lui avez-vous donné à boire la même quantité qu'avant la diarrhée, plus, ou moins ? MEME..... 1 PLUS..... 2 MOINS..... 3 NSP..... 8	MEME..... 1 PLUS..... 2 MOINS..... 3 NSP..... 8	MEME..... 1 PLUS..... 2 MOINS..... 3 NSP..... 8
463	Pendant la diarrhée (NON) a-t-il/elle reçu un liquide préparé à partir d'un sachet spécial ? OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8
464	(NON) a-t-il/elle reçu un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison (avec du sucre, du sel et de l'eau) ? OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8

N° DE LIGNE DE LA Q. 212		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM
465	VOIR 463 ET 464: ENFANT A REÇU LIQUIDE D'UN SACHET (463) ET/OU LIQUIDE RECOMMANDE FAIT MAISON(464) ?	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON) <input type="checkbox"/> PAS DE LIQUIDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 467)	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON) <input type="checkbox"/> PAS DE LIQUIDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 467)	OUI, A REÇU UN LIQUIDE (SAC./MAISON) <input type="checkbox"/> PAS DE LIQUIDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 467)
466	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu ce liquide ?	JOURS..... <input type="text"/> NSP..... 98 (SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER '00')	JOURS..... <input type="text"/> NSP..... 98 (SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER '00')	JOURS..... <input type="text"/> NSP..... 98 (SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER '00')
467	A-t-il/elle reçu quelque chose contre la diarrhée (autre que ce liquide) ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 469) ← NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 469) ← NSP..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 469) ← NSP..... 8
468	Qu'est-ce qui a été donné (fait) pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? (ENTOURER CHAQUE CHOSE CITEE)	PILULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE..... 1 AUTRE PILULE OU SIROP... 1 INJECTION..... 1 (I.V.) INTRAVEINEUSE... 1 REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)	PILULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE..... 1 AUTRE PILULE OU SIROP... 1 INJECTION..... 1 (I.V.) INTRAVEINEUSE... 1 REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)	PILULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE..... 1 AUTRE PILULE OU SIROP... 1 INJECTION..... 1 (I.V.) INTRAVEINEUSE... 1 REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)
469	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 471) ←	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 471) ←	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 471) ←
470	A qui avez-vous demandé des conseils ou un traitement ? A quelqu'un d'autre ? (ENTOURER TOUT CE QUI EST CITE)	PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE..... 1 POSTE DE SANTE..... 1 CENTRE DE SANTE..... 1 HOPITAL..... 1 MEDECIN PRIVE..... 1 GUERISSEUR TRADITIONNEL 1 PHARMACIE..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)	PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE..... 1 POSTE DE SANTE..... 1 CENTRE DE SANTE..... 1 HOPITAL..... 1 MEDECIN PRIVE..... 1 GUERISSEUR TRADITIONNEL 1 PHARMACIE..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)	PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE..... 1 POSTE DE SANTE..... 1 CENTRE DE SANTE..... 1 HOPITAL..... 1 MEDECIN PRIVE..... 1 GUERISSEUR TRADITIONNEL 1 PHARMACIE..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER)
471	RETOURNER A 438 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 472			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
472	VOIR 463: SOLUTION TRO CITEE POUR UN ENFANT A LA QUESTION 463	SOLUTION TRO NON CITEE OU 463 NON POSEE	475
473	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial contenu dans un sachet ?	OUI..... 1 NON..... 2	
474	Avez-vous déjà vu un sachet comme celui-ci auparavant ? (MONTRER LE SACHET)	OUI..... 1 NON..... 2 → 478	
475	Avez-vous déjà préparé une solution avec un de ces sachets pour traiter la diarrhée pour vous-même ou quel- qu'un d'autre ? (MONTRER LE SACHET)	OUI..... 1 NON..... 2 → 477	
476	Quelle quantité d'eau utilisez-vous pour préparer le liquide à partir du sachet spécial pour le traitement de la diarrhée ?	0,5 LITRE..... 1 1,0 LITRE..... 2 1,5 LITRE..... 3 2,0 LITRES..... 4 SELON INSTRUCTIONS DU SACHET... 5 CONTENU BOUTEILLE DE PRIMUS... 6 AUTRE..... 7 (PRECISER) NSP..... 8	
477	Où pouvez-vous obtenir ce sachet ? INSISTER : Nulle part ailleurs ? (ENTOURER TOUS LES LIEUX CITES)	ABAKANGURAMBAGA..... 1 DISPENSAIRES..... 1 CENTRE DE SANTE..... 1 HOPITAL..... 1 MEDECIN PRIVE..... 1 GUERISSEUR TRADITIONNEL..... 1 PHARMACIE..... 1 BOUTIQUE..... 1 AUTRE..... 1 (PRECISER) NSP..... 1	
478	VOIR 464: SOLUTION RECOM- MANDEE FAITE A LA MAISON CITEE (UN OUI A 464)	SOLUTION RECOMAN- DEE FAITE A LA MAISON NON CITEE OU 464 NON POSEE	501
479	Qui vous a appris à préparer la solution faite à la maison avec du sucre, du sel et de l'eau et que vous avez donnée à (NOM) ?	ABAKANGURAMBAGA..... 01 DISPENSAIRES..... 02 CENTRE DE SANTE..... 03 HOPITAL..... 04 MEDECIN PRIVE..... 05 GUERISSEUR TRADITIONNEL..... 06 PHARMACIE..... 07 AMI(E), PARENTS..... 08 AUTRE..... 09 (PRECISER) NSP..... 98	

SECTION 5. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme ?	OUI..... 1 NON..... 2	510
502	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous en union de fait avec un homme, ou êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	MARIEE..... 1 VIT EN UNION..... 2 VEUVE..... 3 DIVORCEE/SEPEREE..... 4	507
503	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous, ou habite-t-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE..... 1 HABITE AILLEURS..... 2	
504	Votre mari/conjoint a-t-il d'autres femmes en plus de vous-même ?	OUI..... 1 NON..... 2	507
505	Combien d'autres femmes a-t-il ?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP..... 98	507
506	Etes-vous la première, la deuxième, la troisième épouse ?	RANG..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
507	Avez-vous eu un seul mari ou conjoint dans la vie, ou en avez-vous eu plusieurs ?	UN SEUL..... 1 PLUS D'UN..... 2	
508	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec votre (premier) mari/conjoint ?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
509	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ? COMPARER ET CORRIGER 508 ET/OU 509 SI INCOMPATIBLES.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS..... 98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE..... 98	511
510	SI JAMAIS EN UNION: Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?	OUI..... 1 NON..... 2 SANS REPONSE OU REFUS..... 3	515
511	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la contraception et la fécondité. Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles durant les quatre dernières semaines ?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
512	Combien de fois par semaine avez-vous HABITUELLEMENT des relations sexuelles ?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
513	Combien de temps y a-t-il depuis que vous avez eu des relations sexuelles pour la dernière fois ?	JOURS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> AVANT LA DERNIERE NAISSANCE.. 996	
514	Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des relations sexuelles ?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIERE FOIS AU MARIAGE..... 96	
515	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	OUI NON ENFANTS MOINS DE 10 ANS... 1 2 MARI..... 1 2 AUTRES HOMMES..... 1 2 AUTRES FEMMES..... 1 2	

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	VOIR 312: NON STERILISE <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STERILISE <input type="checkbox"/>		606
602	VOIR 501 ET 502: ACTUELLEMENT EN UNION <input type="checkbox"/> PAS ACTUELLEMENT EN UNION <input type="checkbox"/>		613
603	Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. VOIR 223 ET COCHER LA CASE: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> Voudriez-vous avoir un (autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants ? ENCEINTE <input type="checkbox"/> Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants ?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT..... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE..... 3 PAS DECIDEE OU NSP..... 8	609
604	VOIR 223 ET COCHER LA CASE: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ? ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre après la naissance de l'enfant que vous attendez avant la naissance d'un autre enfant ?	DUREE: MOIS..... 1 ANNEES..... 2 BIENTOT/MAINTENANT..... 994 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE..... 995 AUTRE _____ 996 (PRECISER) NSP..... 998	609
605	VOIR 216: SI PAS D'ENFANT VIVANT, ENTOURER '96' Quel âge voudriez-vous que votre plus jeune enfant ait atteint avant d'avoir un autre enfant ?	AGE DU PLUS JEUNE ANNEES..... PAS D'ENFANT VIVANT..... 96 NSP..... 98	609
606	Regrettez-vous que vous (votre mari) ayez (ait) eu l'opération pour ne pas (plus) avoir d'enfant ?	OUI..... 1 NON..... 2	608
607	Pourquoi le regrettez-vous ?	ENQUETEE VEUT UN AUTRE ENFANT.. 1 CONJOINT VEUT UN AUTRE ENFANT.. 2 EFFETS SECONDAIRES..... 3 AUTRE RAISON _____ 4 (PRECISER)	616
608	Dans votre situation actuelle, si vous aviez à le refaire, pensez-vous que vous prendriez la même décision d'être stérilisée ?	OUI..... 1 NON..... 2	616

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A												
609	Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter à la femme de tomber enceinte ?	APPROUVE..... 1 DESAPPROUVE..... 2 NSP..... 8													
610	Combien de fois avez-vous parlé avec votre mari/conjoint de ce sujet au cours des 12 derniers mois ?	JAMAIS..... 1 UNE OU DEUX FOIS..... 2 PLUS SOUVENT..... 3													
611	Avez-vous déjà discuté avec votre mari du nombre d'enfants que vous voudriez avoir ?	OUI..... 1 NON..... 2													
612	Pensez-vous que votre mari/conjoint souhaite le MEME nombre d'enfants que vous, en veut DAVANTAGE ou MOINS que vous ?	MEME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS..... 2 MOINS D'ENFANTS..... 3 NSP..... 8													
613	Après l'accouchement, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles ?	TEMPS A ATTENDRE JOURS..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNEE..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AUTRE 996 (PRECISER)													
614	Une mère devrait-elle attendre d'avoir complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les relations sexuelles, ou cela n'a-t-il pas d'importance ?	ATTENDRE..... 1 PAS D'IMPORTANCE..... 2													
615	En général, est-ce que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter la grossesse ?	APPROUVE..... 1 DESAPPROUVE..... 2 INDECISE..... 3													
616	VERIFIER 216 ET COCHER LA CASE: PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir au total ? A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir au total? ENREGISTRER UN SEUL NOMBRE OU AUTRE REPONSE.	NOMBRE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AUTRE REPONSE (PRECISER)													

SECTION 7. CARACTERISTIQUES DU CONJOINT ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE DE LA FEMME

FILTRES		CODES	PASSER A
701	<p>VOIR 501:</p> <p>A ETE EN UNION <input type="checkbox"/> JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/CONJOINT ACTUEL OU LE PLUS RECENT</p>		708
702	Est-ce que votre mari/conjoint a fréquenté l'école ?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2 → 705</p>	
703	Quel est le niveau le plus élevé qu'il a atteint : primaire, post-primaire, secondaire ou supérieur ?	<p>PRIMAIRE..... 1</p> <p>POST-PRIMAIRE..... 2</p> <p>SECONDAIRE..... 3</p> <p>SUPERIEUR..... 4</p> <p>NSP..... 8 → 705</p>	
704	Quelle est la dernière (classe, année) qu'il a achevée à ce niveau ?	<p>CLASSE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP..... 98</p>	
704A	A-t-il terminé le niveau (primaire, post-primaire, secondaire, supérieur) ?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
705	Quel est (était) le genre de travail principal de votre (dernier) mari/conjoint ?	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	
706	<p>VOIR 705:</p> <p>TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>		708
707	Est-ce que votre mari/conjoint travaille (travaillait) principalement sur sa propre terre ou celle de sa famille ou celle de quelqu'un d'autre ?	<p>CHAMP PERSON. OU FAMILIAL..... 1</p> <p>AUTRE CHAMP..... 2</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
708	Beaucoup de femmes travaillent en dehors de leur propre travail domestique et sont payées en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ont une petite affaire ou travaillent dans les champs ou dans l'affaire de famille. Faites-vous actuellement un travail de ce genre, en dehors de votre travail domestique ?	OUI..... 1 NON..... 2	716
709	Quelle est votre occupation principale, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous ?	_____ _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
710	Dans votre travail, êtes-vous une employée, êtes-vous à votre compte ou à celui de votre famille, ou êtes-vous employeur ?	EMPLOYEE..... 1 A SON COMPTE OU DE LA FAMILLE.. 2 EMPLOYEUR..... 3	
711	Gagnez-vous de l'argent pour ce travail ?	OUI..... 1 NON..... 2	711A
711A	Recevez-vous un salaire de façon régulière ?	OUI..... 1 NON..... 2	
712	Faites-vous ce travail à la maison ou à l'extérieur ?	MAISON..... 1 EXTERIEUR..... 2	
713	VOIR 215/216/218: A UN ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1987 ET VIVANT A LA MAISON ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	716
714	Quand vous êtes à ce travail, avez-vous HABITUELLEMENT (NON DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) avec vous, l'avez-vous QUELQUEFOIS avec vous, ou JAMAIS avec vous ?	HABITUELLEMENT..... 1 QUELQUEFOIS..... 2 JAMAIS..... 3	716
715	Qui s'occupe habituellement de (NON DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous êtes au travail ?	MARI..... 01 ENFANT(S) PLUS AGE(S)..... 02 AUTRES PARENTS..... 03 VOISINS..... 04 AMIS..... 05 DOMESTIQUE/AIDE..... 06 ENFANT A L'ECOLE..... 07 JARDIN D'ENFANTS..... 08 AUTRE..... 09 (PRECISER)	
716	NOTER L'HEURE	HEURES..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>

SECTION 8. POIDS ET TAILLE

801	VERIFIER 222 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANV.1987 ET ENCORE EN VIE	<input type="checkbox"/> ↓ v	AUCUNE NAISSANCE VIVANTE DEPUIS JANVIER 1987 ENCORE EN VIE	<input type="checkbox"/> → FIN
-----	--	------------------------------------	---	--------------------------------

EN 801-803, ENREGISTRER LE N° D'ORDRE, LE NOM, ET LA DATE DE NAISSANCE DE CHAQUE ENFANT EN VIE NE DEPUIS LE 1er JANVIER 1987, EN COMMENÇANT PAR L'ENFANT LE PLUS JEUNE. NOTER LE POIDS ET LA TAILLE EN 805 ET 806.

	1] DERNIER ENFANT EN VIE	2] AVANT DERNIER ENFANT EN VIE	3] AVANT AVANT DERNIER ENFANT EN VIE
802 No. D'ORDRE DE LA Q.212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
803 NOM DE LA Q.212	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____
804 DATE DE NAISSANCE DE Q.215 ET DEMANDER JOUR	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/> <input type="text"/>
805 POIDS (EN Kg.)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
806 TAILLE (EN Cm.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
807 CICATRICE BCG SUR LE BRAS OU L'ÉPAULE	CICAT. VUE.... 1 PAS DE CICAT.. 2	CICAT. VUE.... 1 PAS DE CICAT.. 2	CICAT. VUE.... 1 PAS DE CICAT.. 2
808 DATE DE PESEE ET DE MESURE DE L'ENFANT	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE.... <input type="text"/> <input type="text"/>
809 RESULTAT (POIDS ET TAILLE)	MESURE..... 1 ENFANT MALADE. 2 ENFANT ABSENT. 3 ENFANT REFUSE. 4 MERE REFUSE... 5 AUTRE..... 6 (PRECISER)	MESURE..... 1 ENFANT MALADE. 2 ENFANT ABSENT. 3 ENFANT REFUSE. 4 MERE REFUSE... 5 AUTRE..... 6 (PRECISER)	MESURE..... 1 ENFANT MALADE. 2 ENFANT ABSENT. 3 ENFANT REFUSE. 4 MERE REFUSE... 5 AUTRE..... 6 (PRECISER)
810 NOM DU MESUREUR:	<input type="text"/>	NOM DE L'ASSISTANT:	<input type="text"/>

* Dans les pays où la personne qui mesure n'a pas le questionnaire de la femme interrogée, cette page devrait inclure les informations d'identification de la mère.

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX
(A remplir après achèvement de l'entretien)

Sur la personne enquêtée: _____

Questions spécifiques: _____

Autres aspects: _____

Nom de l'enquêtrice: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR(SE)

Nom du contrôleur(se): _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU VERIFICATEUR

Nom du vérificateur: _____ Date: _____

REPUBLIQUE RWANDAISE
 OFFICE NATIONAL DE LA POPULATION
 B.P. 914 KIGALI

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE
 ET DE SANTE - 1992 -
 QUESTIONNAIRE MARI

IDENTIFICATION															
PREFECTURE _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>														
COMMUNE _____															
SECTEUR _____															
CELLULE _____ N° EDS _____															
N° DU MENAGE.....															
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....															
KIGALI / AUTRE VILLE / RURAL (Kigali=1, A.ville=2, Rural=3)															
NOM ET NUMERO DE LIGNE DU MARI _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>														
N° LIGNE DE LA (DES) FEMME(S) ELIGIBLE(S)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> <td style="width: 15px; height: 15px;"> </td> </tr> </table>														

VISITES DE L'ENQUETRIX										
	1	2	3	VISITE FINALE						
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> </table>						
NOM DE L'ENQUETRIX	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> </table>						
RESULTAT *	_____	_____	_____	ANNEE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> </table>						
	_____	_____	_____	NOM <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> </table>						
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE	_____	_____	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>		RESULTAT <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> </table>					
	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> </table>						
<p>* CODES RESULTAT:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 ENTIEREMENT REMPLI</td> <td style="width: 50%;">4 REFUSE</td> </tr> <tr> <td>2 PAS A LA MAISON</td> <td>5 PARTIELLEMENT REMPLI</td> </tr> <tr> <td>3 DIFFERE</td> <td>6 AUTRE _____</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">(PRECISER)</p>					1 ENTIEREMENT REMPLI	4 REFUSE	2 PAS A LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI	3 DIFFERE	6 AUTRE _____
1 ENTIEREMENT REMPLI	4 REFUSE									
2 PAS A LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI									
3 DIFFERE	6 AUTRE _____									

NOM DATE	CONTROLE TERRAIN _____ _____	CONTROLE BUREAU _____ _____	SAISI PAR _____ _____	SAISI PAR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> </table>
-------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	--

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	En quel mois et quelle année êtes-vous né ?	MOIS..... N°SP MOIS.....98 ANNEE..... N°SP ANNEE.....98	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 102 ET/OU 103 SI INCOMPATIBLES	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	<input type="text"/>
104	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI.....1 NON.....2	↓ → 111
105	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint : primaire, post primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE..... 1 POST PRIMAIRE..... 2 SECONDAIRE..... 3 SUPERIEUR..... 4	<input type="text"/>
106	Quelle est la dernière (CLASSE, ANNEE) que vous avez achevée avec succès à ce niveau ?	CLASSE.....	<input type="text"/>
106A	Avez-vous terminé le niveau (primaire, post-primaire, secondaire, supérieur) ?	OUI..... 1 NON..... 2	<input type="text"/>
107	Quel est votre travail principal ?		<input type="text"/>
108	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE..... 1 PROTESTANTE..... 2 ADVENTISTE..... 3 MUSULMANE..... 4 TRADITIONNELLE..... 5 SANS RELIGION..... 6 AUTRE..... 7	<input type="text"/>
109	Quelle est votre ethnité ?	HUTU..... 1 TUTSI..... 2 TWA..... 3 AUTRE..... 4	<input type="text"/>
110	Maintenant je voudrais vous poser des questions à propos du mariage: Combien d'épouses/femmes avez-vous actuellement ?	NOMBRE D'EPOUSES.....	<input type="text"/>
111	Avez-vous l'intention de prendre une autre ou d'autres épouses/femmes dans l'avenir	OUI..... 1 NON..... 2	<input type="text"/>
112	En quel mois et quelle année vous-êtes vous marié ou avez vous commencé à vivre en union avec une femme pour la première fois ?	MOIS..... N°SP MOIS.....98 ANNEE..... N°SP ANNEE.....98	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
113	Quel âge aviez-vous quand vous vous êtes marié ou quand vous avez commencé à vivre en union avec une femme pour la première fois ?	AGE EN ANNEES REVOLUES..... N°SP L'AGE.....98	<input type="text"/> <input type="text"/>

SECTION 2: CONTRACEPTION

201 Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale - les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?

ENCERCLEZ LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
 PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
 ENCERCLEZ LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE.
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENCERCLEZ DANS 302, POSER 303-304 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE) ? LIRE LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE.	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE) ?
01] PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé la pilule ? OUI..... 1 NON..... 2
02] DIU Certaines femmes ont un stérilet ou un dispositif intrautérin que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé le stérilet ? OUI..... 1 NON..... 2
03] INJECTIONS Certaines femmes reçoivent une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé l'injection ? OUI..... 1 NON..... 2
04] DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE Certaines femmes se mettent à l'intérieur un diaphragme, des comprimés effervescents, de la gelée avant d'avoir des rapports sexuels.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé le diaphragme ou la mousse ? OUI..... 1 NON..... 2
05] CONDOM Certains hommes mettent un condom (capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2
06] STERILISATION FEMININE Certaines femmes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) eu une opération pour ne plus avoir d'enfants ? OUI..... 1 NON..... 2
07] STERILISATION MASCULINE Certains hommes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	Avez vous subi une opération pour ne plus avoir d'enfants ? OUI..... 1 NON..... 2
08] NORPLANT Certaines femmes se font insérer 6 petits batonnets dans le bras, sous la peau, qui les empêchent d'avoir des grossesses pendant plusieurs années.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé le NORPLAN ? OUI..... 1 NON..... 2
09] CONTINENCE PERIODIQUE Certains couples évitent d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de devenir enceinte.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2
10] RETRAIT Certains hommes font attention et se retirent avant l'éjaculation.	OUI/SPONTANE..... 1 OUI/DESCRIPTION..... 2 NON..... 3	OUI..... 1 NON..... 2
11] AUTRES METHODES? Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que des femmes ou des hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse?	OUI/SPONTANE..... 1 NON..... 3	Avez-vous ou votre (vos) femme(s) déjà utilisé (METHODE) OUI..... 1 NON..... 2
1 _____ (PRÉCISER)		OUI..... 1 NON..... 2
2 _____ (PRÉCISER)		OUI..... 1 NON..... 2

204 VERIFIER 203: AUCLUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE) → PASSER A 207

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
205	Avez-vous jamais utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte ?	OUI..... 1 NON..... 2	
206	Qu'avez-vous fait ou utilisé ? CORRIGER 203, 204, 205 (ET 202 SI NECESSAIRE)	(METHODE)	
207	En ce moment, vous ou votre (vos) épousee(s)/femme(s) faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter une grossesse ?	OUI..... 1 NON..... 2	209
208	Quelle méthode utilisez-vous ?	PILULE..... 01 DIU..... 02 INJECTIONS..... 03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE..... 04 CONDON..... 05 STERILISATION FEMININE..... 06 STERILISATION MASCULINE..... 07 NORPLANT..... 08 CONTINENCE PERIODIQUE..... 09 RETRAIT..... 10 AUTRE..... 11 (PRECISER)	212
209	Avez-vous, vous ou votre (vos) épousee(s)/femme(s), l'intention d'utiliser une méthode pour éviter une grossesse dans l'avenir ?	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 3	211 212
210	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?	PILULE..... 01 DIU..... 02 INJECTIONS..... 03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE..... 04 CONDON..... 05 STERILISATION FEMININE..... 06 STERILISATION MASCULINE..... 07 NORPLANT..... 08 CONTINENCE PERIODIQUE..... 09 RETRAIT..... 10 AUTRE..... 11 (PRECISER) PAS SURE..... 98	212
211	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode ?	VEUT DES ENFANTS..... 01 MANQUE D'INFORMATION..... 02 PARTENAIRE DESAPPROUVE..... 03 COUT TROP ELEVE..... 04 EFFETS SECONDAIRES..... 05 PROBLEMES DE SANTE..... 06 DIFFICILE A OBTENIR..... 07 RELIGION..... 08 OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE 09 FATALISTE..... 10 AUTRES PERSONNES DESAPPROUVENT 11 RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS... 12 DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE.. 13 MENOPAUSE/STERILISEE..... 14 PAS COMMODE..... 15 NON MARIEE..... 16 AUTRE..... 17 (PRECISER) NSP..... 98	
212	Trouvez-vous qu'il est acceptable ou non que des informations à propos de la P.F soient données à la radio ou dans les journaux ?	ACCEPTABLE..... 1 PAS ACCEPTABLE..... 2 NSP..... 8	

SECTION 3: PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
301	Avez-vous d'enfants ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 303
302	Combien de garçons avez-vous ? Combien de filles avez-vous ?	GARÇONS..... <input type="text"/> FILLES..... <input type="text"/>	
303	VERIFIER 203: NON STERILISE <input type="checkbox"/> STERILISE <input type="checkbox"/>		→ PASSER A 312
304	Voudriez-vous avoir un (d'autres) enfant(s) ou préféreriez vous ne pas avoir d'(autres) enfant(s) ?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT QUE SA FEMME NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3 DIT QU'IL NE PEUT PAS/PLUS AVOIR D'ENFANT.....4 PAS DECIDEE OU MSP.....8	
305	Avez-vous déjà discuté avec votre(vos) épouse(s)/ femme(s) du nombre d'enfants que vous voudriez avoir ?	OUI.....1 NON.....2	
306	Combien de fois avez-vous parlé avec votre(vos) épouse(s)/femme(s) de ce sujet au cours de l'année dernière ?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOLUVENT.....3	
308	Pensez-vous que votre(vos) épouse(s)/femme(s) souhaite(nt) avoir le même nombre d'enfants que vous, en veut (veulent) davantage ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 MSP.....8	
305	Pensez-vous que votre(vos) épouse(s)/femme(s) approuve(nt) les couples qui utilisent une méthode pour éviter une naissance?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
309	Après l'accouchement, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les rapports sexuels?	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> AUTRE.....996 (PRECISER)	
310	Une mère devrait-elle attendre qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les rapports sexuels ou cela n'a pas d'importance?	ATTENDRE.....1 PAS D'IMPORTANCE.....2	
311	En général, approuvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter la grossesse?	OUI.....1 NON.....2	
312	VERIFIER 301-302 ET COCHER LA CASE: PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir durant toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout? A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'avez pas d'enfants et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir durant toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout? ENREGISTRER UN SEUL NOMBRE OU AUTRE REPONSE.	NOMBRE..... <input type="text"/> AUTRE REPONSE..... (PRECISER)	

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR
(A remplir après achèvement de l'interview)

Personne enquêté: _____

Questions spécifiques: _____

Autres aspects: _____

Nom de l'enquêtrice: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR(SE)

Nom du contrôleur(se): _____ Date: _____

