

NOVEMBRE 2013

PAR KATE BELOHLAV  
ET LAURA NOLAN

## BESOINS NON SATISFAITS EN PLANIFICATION FAMILIALE ET DEMANDES POUR DES FAMILLES PLUS PETITES AU RWANDA

Les besoins non satisfaits en planification familiale correspondent au pourcentage de femmes qui ne souhaitent pas tomber enceintes mais qui n'utilisent pas la contraception.

# 45%

Pourcentage de femmes mariées utilisant une méthode de contraception moderne au Rwanda.

Les couples qui discutent ensemble de la planification familiale sont plus susceptibles de souhaiter des familles plus petites.

Le Rwanda affronte des difficultés de développement en raison de plusieurs facteurs : le faible revenu par habitant, les conséquences des bouleversements sociaux et politiques survenus dans les années 1990, et une forte densité de population. La faible utilisation de la contraception et les taux élevés de fécondité parmi les femmes rwandaises contribuent à la croissance de la population du pays ainsi qu'à une forte densité démographique. Ces facteurs exercent une pression sur les ressources économiques et naturelles et contribuent potentiellement aux tensions ethniques telles que celles qui ont conduit au génocide de 1994 et pendant lequel près d'un million de Rwandais ont été tués.<sup>1</sup> Aussi récemment qu'en 2005, seule une femme mariée sur 10 utilisait une méthode de contraception moderne ; et en 1983, alors que le taux de fécondité du pays était à son niveau le plus haut, les femmes rwandaises pouvaient s'attendre à avoir en moyenne 8,5 enfants pendant leur vie reproductive.<sup>2</sup>

Les programmes de planification familiale peuvent faire baisser la fécondité et ralentir la croissance démographique. Au Rwanda, l'utilisation de la contraception a augmenté ces dernières années, tandis que les taux de fécondité ont baissé rapidement. Entre 2005 et 2010, le Rwanda a connu une des chutes les plus rapides qui aient été observées dans l'histoire des Enquêtes démographiques et de santé (EDS), à un rythme de 25 pourcent.<sup>3</sup> Ces changements peuvent être attribués au leadership et à l'engagement renouvelé du gouvernement rwandais en faveur de la planification familiale, et aussi à ses objectifs ambitieux en matière de réduction de la fécondité et d'utilisation de la contraception, tels qu'ils ont été présentés en 2008 dans la Stratégie de développement économique et de réduction de la pauvreté (voir Tableau, page 2).

Dans les années 2000, les politiques nationales rwandaises en matière de population ont également promu l'emploi et l'éducation surtout pour les filles. Parmi les jeunes femmes, l'augmentation de l'accès à l'éducation parallèlement à l'amélioration du niveau de vie au sein des ménages ont contribué à la réduction de la fécondité durant les années 2000.<sup>4</sup>

L'augmentation de l'utilisation de la contraception a été facilitée par la décentralisation du système de soins de santé, l'augmentation du nombre de centres de santé et d'hôpitaux privés, la proximité des services vis-à-vis des clients et l'intégration de la planification familiale dans l'ensemble des services de santé.<sup>5</sup> Les programmes mis en œuvre par le gouvernement, tels que le financement fondé sur la performance, incitent également les dispensaires à prendre en charge davantage de clients, car le financement supplémentaire est alloué selon le nombre de clients. Malgré cette progression constatée en 2010, seules 45 pourcent des femmes rwandaises mariées utilisaient des méthodes de contraception modernes, tandis que près de 20 pourcent de celles qui souhaitaient limiter ou espacer leurs grossesses n'utilisaient pas de contraception. Ces chiffres montrent que l'on peut faire davantage pour atteindre les objectifs de planification familiale exposés dans les politiques gouvernementales récentes.<sup>6</sup>

Un article publié en 2009 par Dieudonné Muhoza Ndaruhuye et ses collègues donne un aperçu des facteurs liés à l'utilisation de la planification familiale par les Rwandais et les dynamiques de la population nationale.<sup>7</sup> En utilisant les données de l'EDS 2005 du Rwanda, les auteurs ont examiné quatre explications possibles des besoins non satisfaits et de la demande pour la planification familiale chez les femmes en âge de

## TABLEAU

### Politiques de population au Rwanda

ANNÉE	PROGRAMME/POLITIQUE	DESCRIPTION
1990	Définition et adoption de Politique démographique nationale	La planification familiale s'inscrit dans une vaste politique nationale de développement ; les contraceptifs modernes sont fournis dans tout le pays ; elle intègre les politiques sectorielles. L'objectif est de réduire de moitié le nombre moyen de naissances par femme pour passer de 8,6 à 4,0 et atteindre un taux d'utilisation de la contraception de 48% d'ici 2000.
2000	Vision 2020	Une vision et stratégie de réduction de la pauvreté et de croissance définies par le Ministère des finances et de la planification économique. Les prévisions comprennent la baisse du taux de croissance de la population de 2,6% à 2,2% et la réduction du nombre moyen de naissances par femme de 6,5 à 4,5.
2002	Création du Réseau de parlementaires rwandais pour la population et le développement	Promouvoir une politique nationale sur la population et le développement durable.
2003	Nouvelle Politique démographique nationale pour le développement durable du Rwanda	Une approche intégrée pour aborder la croissance de la population en améliorant la santé et survie des enfants et des femmes comme incitation pour la réduction de la taille de leurs familles ; fournir l'éducation et l'emploi ; et développer une structure institutionnelle intégrant le genre, la gouvernance, les services de santé, l'environnement et la nutrition.
2005	Unité de santé maternelle et infantile créée par le Ministère de la santé	Aborder des taux plus élevés de mortalité infantile et maternelle et aux faibles niveaux d'utilisation de la contraception.
2007	Stratégie 2008-2012 pour le développement économique et la réduction de la pauvreté	Souligner le rôle de la planification familiale dans le développement national, faisant de celle-ci une priorité ; fixer des objectifs pour un taux de fécondité total de 4,5 et de prévalence contraceptive de 70% d'ici 2012/13. Le budget des activités de planification familiale a été multiplié par six entre 2004 et 2007, passant de 91 231 à 5 742 112 dollars.
2009	Nouvelle Politique démographique nationale	Réduire les niveaux de mortalité infantile et maternelle ; promouvoir l'éducation, en particulier pour les filles ; promouvoir les méthodes de planification familiale à long terme et rendre leur accès universel ; et se concentrer sur les besoins des jeunes.

procréer vivant avec un partenaire : les caractéristiques des femmes, celles de leurs partenaires, l'exposition des femmes aux informations relatives à la planification familiale, et les attitudes des femmes et les comportements présumés de leurs partenaires à l'égard de la contraception.<sup>8</sup> La discussion qui suit offre une synthèse des résultats présentés dans cet article.

## Stimuler la demande pour limiter la taille de la famille

La demande pour limiter la taille de la famille est motivée par un certain nombre de caractéristiques économiques, sociales et culturelles. Sur le plan individuel, ces caractéristiques comprennent la taille idéale de la famille, le nombre actuel d'enfants, le statut socio-économique, la religion et la santé de la femme concernée. Au début des années 2000, de nombreux établissements de santé rwandais avaient une affiliation religieuse et 60 pourcent d'entre eux n'offraient pas de méthodes contraceptives. La moitié de la population rwandaise était de confession catholique. Les grands bouleversements politiques, sociaux et économiques des années 1990 ont aussi contribué à la faible demande pour la planification familiale. Après avoir perdu tant de membres de leurs familles pendant le génocide, beaucoup de couples

voulaient agrandir leur famille, souhaitant ainsi « amener de la vie nouvelle » aussi bien dans leur foyer que dans le pays.<sup>9</sup>

Plus récemment, l'exposition et les comportements à l'égard de la planification familiale de même que la région de résidence et la profession du partenaire font partie des facteurs déterminant le souhait de limiter la taille de la famille. En 2005, les femmes vivant dans les provinces du nord, de l'ouest et du sud du pays avaient beaucoup moins de chances de vouloir limiter la taille de leurs familles que les femmes vivant à Kigali et dans l'est. Ceci reflète probablement le grand nombre de personnes déplacées dans ces deux régions du pays.<sup>10</sup> En outre, les femmes rwandaises mariées à des artisans ou des hommes percevant des salaires de niveau intermédiaire souhaitaient avoir moins d'enfants que celles mariées à des hommes travaillant dans le secteur agricole traditionnel.

Les femmes qui n'ont pas bénéficié d'informations sur la planification familiale dans un établissement de santé étaient moins susceptibles de souhaiter limiter la taille de leurs familles, et les probabilités selon lesquelles elles voudraient moins d'enfants augmentaient lorsqu'elles connaissaient une plus grande variété de méthodes de planification familiale. Lorsque les femmes ont signalé qu'elles avaient discuté la planification familiale avec leurs partenaires au moins trois fois

au cours d'une année, elles étaient davantage susceptibles de faire part de leur souhait d'avoir moins d'enfants. Au Rwanda, beaucoup d'hommes continuent de considérer le fait d'avoir une grande famille comme étant un symbole de leur statut, tout en ayant des idées préconçues concernant les effets secondaires de certains contraceptifs.<sup>11</sup> Ces comportements masculins peuvent avoir une influence sur les femmes ou créer des obstacles pour celles ayant recours aux contraceptifs modernes.

## Répondre au besoin en matière de planification familiale

En 2005, la grande majorité des femmes rwandaises vivant avec leurs partenaires étaient d'accord pour utiliser des méthodes de planification familiale et environ une femme sur quatre ne voulait pas avoir d'autres enfants. Néanmoins, moins de la moitié de ces femmes utilisaient une méthode de contraception moderne, ce qui indique un niveau très élevé de besoins non satisfaits ; en 2005, le Rwanda enregistrait l'un des taux de besoins non satisfaits les plus élevés au monde.<sup>12</sup>

Les besoins non satisfaits surgissent à cause d'éléments limitant l'accès à un ensemble de contraceptifs (problèmes d'offre tels que le prix ou la disponibilité), et de facteurs empêchant le désir de limiter la taille de la famille (questions liées à la demande telles que le manque de connaissances relatives aux différentes options de planification familiale et les idées reçues à propos des effets secondaires).<sup>13</sup> Au Rwanda, les besoins non satisfaits en planification familiale sont plus élevés chez les femmes qui ne se sont pas rendues dans un établissement de santé ou qui n'ont pas été informées des méthodes de contraception durant leur visite dans un établissement de santé. Ce résultat souligne la nécessité d'assurer l'accès aux structures de santé, et aussi aux informations sur la planification familiale et à l'éventail des méthodes disponibles.

Au Rwanda, les besoins non satisfaits sont les plus élevés chez les femmes ayant été scolarisées pendant moins de trois ans (69 pourcent) et les plus faibles chez les femmes ayant été scolarisées pendant 10 ans ou plus (27 pourcent). Ce résultat est cohérent par rapport à d'autres études qui suggèrent que les efforts de développement visant à accroître le niveau d'éducation pourraient conduire à un accès plus important et à une utilisation plus efficace des contraceptifs.<sup>14</sup> Les conclusions de Ndaruhuye et de ses collègues suggèrent, cependant, que le lien entre les besoins non satisfaits et l'éducation peut être motivé par les attitudes à l'égard de la planification familiale et la communication entre époux. L'augmentation du nombre d'années de scolarisation limiterait les idées fausses sur les effets secondaires des contraceptifs et pourrait accroître la fréquence ou la qualité de la communication au sein du couple.

Les femmes qui pensaient que leur partenaires souhaitaient plus d'enfants qu'elles, ou qui ne savaient pas les préférences de leurs partenaires, avaient aussi beaucoup plus de chances d'être confrontées à un besoin de contraception non satisfait que celles qui pensaient que leurs partenaires voulaient la même chose qu'elles. En outre, les femmes qui avaient discuté la planification familiale avec leurs partenaires moins de trois fois pendant l'année précédente avaient un besoin en matière de planification familiale plus important que les femmes qui en avaient discuté davantage avec leurs partenaires.

## Implications pour les politiques

La faible demande pour réduire la taille de la famille et le fort besoin non satisfait en matière de planification familiale persistent au Rwanda. Les facteurs tels que les attitudes et idées sur la planification familiale ont un impact significatif sur la demande pour limiter la taille des familles et sur les besoins non satisfaits en matière de planification familiale. L'accroissement de l'accès et la disponibilité de la contraception—une intervention au niveau de l'offre—répondraient seulement partiellement aux besoins non satisfaits. En dissipant les mythes concernant les effets secondaires des contraceptifs, en atténuant les inquiétudes sur le statut des hommes, et en améliorant la communication au sein d'un couple, la part de femmes souhaitant limiter la taille de leurs familles devrait également augmenter tout en réduisant les besoins non satisfaits.

Les niveaux élevés de besoins non satisfaits parmi les femmes les moins instruites au Rwanda impliquent que les initiatives portant sur la planification familiale devraient se concentrer sur les personnes les moins instruites. Le gouvernement rwandais s'est engagé à promouvoir l'éducation et l'émancipation des femmes, bien qu'une utilisation accrue des méthodes de planification familiale due à ces investissements ait plus de chances de se concrétiser sur le long terme.

Parallèlement aux investissements consacrés aux femmes les moins instruites au Rwanda, le gouvernement peut également développer les services de planification familiale en s'assurant que ces services deviennent la norme dans l'ensemble des centres de santé et en augmentant les services communautaires de planification familiale. Le gouvernement a l'opportunité de promouvoir des politiques qui donnent pleinement accès à une gamme de services et méthodes, et de s'assurer que les Rwandais et Rwandaises soient totalement informés de la disponibilité de la contraception et de ses avantages. En offrant une gamme de méthodes de planification familiale à l'ensemble des femmes dont les besoins ne sont pas satisfaits, le gouvernement peut augmenter l'utilisation de la contraception à court terme, ce qui pourrait conduire à un meilleur espacement des naissances et à une fécondité réduite.

Des interventions peuvent aussi permettre de corriger les comportements négatifs à l'égard de la planification familiale. La société civile, les responsables religieux, les professionnels de la santé ainsi que les militants peuvent montrer l'exemple dans leurs manières de discuter de la planification familiale et ils peuvent encourager les couples rwandais à communiquer plus librement concernant le choix de la taille de leur famille. Ces interventions peuvent permettre de dissiper les idées fausses et limiter les comportements négatifs à l'égard de la planification familiale.

## Remerciements

Ce résumé a été préparé par Kate Belohlav, chercheuse associée, Programmes internationaux au PRB, et Laura Nolan, doctorante à l'université de Princeton. Cette publication a été rendue possible grâce au généreux soutien de la Fondation William et Flora Hewlett dans le cadre du Réseau de recherche de la fondation sur la population et la pauvreté (PopPov). Les auteurs tiennent à remercier John F. May, spécialiste en résidence au PRB, pour ses commentaires et contributions à cette note.

© 2013 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

## Références

- 1 Melissa Thaxton, *Integrating Population, Health, and Environment in Rwanda* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2009).
- 2 Institut National de la Statistique du Rwanda (INSR) et ORC Macro, *Rwanda Demographic and Health Survey 2005* (Calverton, MD : INSR et ORC Macro, 2006) ; et Dieudonné Muhoza Ndaruhuye, Annelet Broekhuis, et Pieter Hooimeijer, "Demand and Unmet Need for Means of Family Limitation in Rwanda," *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35, no. 3 (2009) : 122-30.
- 3 Tom Bundervoet, "What Explains Rwanda's Drop in Fertility Between 2005 and 2010?" (Juillet 2013), à paraître dans les séries de Documents de travail de la Banque mondiale.
- 4 Tom Bundervoet, "What Explains Rwanda's Drop in Fertility Between 2005 and 2010?" (Juillet 2010), à paraître dans les séries de Documents de travail de la Banque mondiale.
- 5 USAID Africa Bureau, *Three Successful Sub-Saharan Africa Family Planning Programs : Lessons for Meeting the MDGs* (Washington, DC : USAID, 2012).
- 6 National Institute of Statistics of Rwanda (NISR), Rwanda Ministry of Health (MOH), and ICF International, *Rwanda Demographic and Health Survey 2010* (Calverton, MD : INSR, Ministère de la santé et ICF International, 2012) ; et Ministère des finances et de la planification économique, Gouvernement du Rwanda, *Vision 2020 du Rwanda*, consulté sur [www.gesci.org/assets/files/Rwanda\\_Vision\\_2020.pdf](http://www.gesci.org/assets/files/Rwanda_Vision_2020.pdf) le 21 mai 2013.
- 7 Ndaruhuye, Broekhuis, et Hooimeijer, "Demand and Unmet Need for Means of Family Limitation in Rwanda."
- 8 Ndaruhuye, Broekhuis, et Hooimeijer, "Demand and Unmet Need for Means of Family Limitation in Rwanda."
- 9 Julie Solo, *Family Planning in Rwanda : How a Taboo Topic Became Priority Number One* (Chapel Hill, NC : IntraHealth International, 2008).
- 10 Martin Brockerhoff et Xuishi Yang, "Impact of Migration on Fertility in Sub-Saharan Africa," *Biodemography and Social Biology* 41, no. 1-2 (1994) : 19-43.
- 11 Nick Wadhams, "Progress in Rwanda's Drive to Slow Population Growth," *The Lancet* 376, no. 9735 (2010) : 81-82.
- 12 Ndaruhuye, Broekhuis, et Hooimeijer, "Demand and Unmet Need for Means of Family Limitation in Rwanda."
- 13 Dieudonné Muhoza Ndaruhuye, Pierre Claver Rutayisire, et Aline Umubyeyi, "Measuring the Success of Family Planning Initiatives in Rwanda : A Multivariate Decomposition Analysis," *DHS Working Papers* (Calverton, MD : ICF International, 2013).
- 14 Martha Ainsworth, Kathleen Beegle, et Andrew Nyamete, "The Impact of Women's Schooling on Fertility and Contraceptive Use : A Study of Fourteen Sub-Saharan African Countries," *The World Bank Economic Review* 10, no. 1 (1996) : 85-122.



## POPULATION REFERENCE BUREAU

Le Population Reference Bureau **INFORME** les gens du monde entier sur les questions de population, de santé et d'environnement, et les **REND AUTONOMES** à se servir de ces informations pour **FAIRE PROGRESSER** le bien-être des générations d'aujourd'hui et de demain.

[www.prb.org](http://www.prb.org)

## POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW 202 483 1100 **TELEPHONE**  
Suite 520 202 328 3937 **TELECOPIE**  
Washington, DC 20009 USA [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org) **COURRIEL**