

PN-ACE-687

65264

OFFICE NATIONAL
DE LA POPULATION
"ONAPO"
B.P. 914, KIGALI
RWANDA

UNIVERSITE DE COLUMBIA
CENTRE POUR LA POPULATION
ET LA SANTE FAMILIALE
60 HAVEN AVENUE
NEW YORK, N.Y. 10032 USA

RAPPORT DE L'ETUDE SUR
LA PROMOTION ET LA PRESTATION DES SERVICES
DE PLANIFICATION FAMILIALE
A BASE COMMUNAUTAIRE A RUHENGERI
RWANDA



KIGALI, AOUT 1989

TABLE DES MATIERES

	Page
Avant-propos	i
Synthèse en Français	iv
Summary in English	89
Glossaire des Termes et Abréviations	vii
Liste des Tableaux	viii
Liste des Graphiques	x
1. Introduction	1
2. Activités du Programme	5
2.1. Préparation et orientation de la communauté	6
2.1.1. Réunion avec les Représentants du Ministère de l'Intérieur et du Ministère de la Santé	6
2.1.2. Réunions avec les autorités communales	7
2.1.3. Réunions avec la population	7
2.2. Sélection des Abakangurambaga	8
2.3. Formation	9
2.3.1. Formation des formateurs	9
2.3.2. Formation en informatique	10
2.3.3. Formation des Abakangurambaga	11
2.4. Supervision	11
3. Activités de Recherche et d'Évaluation du Processus	13
3.1. Étude sur la provision et la prestation des services de PF au niveau des trois centres de santé	14
3.2. Groupes de discussion dirigée	15
3.3. Étude sur les caractéristiques des Abakangurambaga	16
3.4. Évaluation partielle	18
3.5. Statistiques des services de planification familiale	20
4. Activités de Recherche et d'Évaluation: Enquête Finale	22
4.1. Objectifs, méthodologie et organisation de l'enquête	23
4.1.1. Objectifs de l'enquête finale	23
4.1.2. Elaboration du questionnaire et prétest	25
4.1.3. Préparation de l'enquête	25
4.1.4. Échantillonnage	25
4.1.5. Exécution de l'enquête sur le terrain	27
4.1.6. Exploitation des données	29

4.2.	Présentation et analyse des résultats	29
4.2.1.	Caractéristiques de base des enquêtées	29
4.2.1.1.	Caractéristiques socio-démographiques et économiques	29
4.2.1.2.	Caractéristiques de fécondité	32
4.2.2.	Connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification familiale	35
4.2.2.1.	Connaissance de la contraception	35
	a. Connaissance des méthodes modernes	35
	b. Connaissance des méthodes traditionnelles	35
4.2.2.2.	Pratiques et attitudes sur les méthodes modernes	38
	a. Utilisation passée et actuelle de la contraception	38
	b. Utilisation de la contraception selon les caractéristiques socio-démographiques	40
	c. Raisons pour ne jamais avoir utilisé les contraceptifs	43
	d. Raisons de l'arrêt de la contraception	44
	e. Attitudes sur les bienfaits et les inconvénients de la contraception	45
	f. Source principale d'information sur les bienfaits de la planification familiale	46
	g. Dernière source d'approvisionnement	47
4.2.2.3.	Pratiques des méthodes traditionnelles	48
4.2.2.4.	Préférence en matière de fécondité et intention d'utiliser la contraception	51
	a. Désir d'avoir encore d'autres enfants	51
	b. Préférence en nombre d'enfants	54
	c. Intention d'utiliser la contraception dans l'avenir	56
	d. Utilisation et intention d'utiliser la contraception selon la fécondité actuelle et désirée	59
4.2.3.	Relations de la population avec les Abakangurambaga	61
5.	Conclusions de l'Etude et Recommandations	64
	Références Bibliographiques	71
	Annexes	72
	1. Questionnaire de l'enquête post-intervention	73
	2. Carte de la préfecture de Ruhengeri	82
	3. Plan d'échantillonnage	84
	4. Liste des communes, secteurs et cellules échantillonnées	85
	5. Liste du personnel de l'enquête	87
	6. Liste des rédacteurs du rapport	88

AVANT PROPOS

La recherche des solutions au problème du déséquilibre entre l'accroissement démographique et l'augmentation de la production est une des préoccupations majeures du Gouvernement Rwandais. La mise en place d'un Office National de la Population, par le Décret-loi No. 03/81 du 16 janvier 1981, dénote cette ferme détermination du gouvernement de chercher des solutions de nature à maîtriser l'accroissement démographique.

Dans son discours prononcé à l'occasion du 25ème anniversaire de l'indépendance nationale, le 25 juillet 1987, le Président de la République Rwandaise et Président Fondateur du Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement (MRND), Son Excellence le Général-Major Juvénal Habyarimana souligne,

"Nous avons mis en place une structure de mobilisation pour la prévention des naissances, agissant par l'information, par la formation, par la persuasion, l'aide directe. Aujourd'hui la question qui se pose est de savoir si les efforts faits ont été suffisants ou s'il faut revoir notre stratégie dans ce domaine. Le domaine de la maîtrise de la population, si jamais maîtrise il peut y avoir, tant ce domaine est délicat et rebelle à tout traitement mécanique, est pour nous Rwandais chargé de beaucoup d'émotion. Comme l'a constaté et le disait notre grand philosophe Kagame, notre raison d'être, celle de notre peuple, a toujours été nos enfants. Pour nous, c'est la plus grande valeur que nous ayons, la plus importante aussi; l'attachement le plus fondamental, c'est à nos enfants que nous le consacrons. Est-il concevable que d'un jour à l'autre le fondement même de notre façon de voir le monde, le sens de notre vie, puisse changer radicalement?"

L'explosion démographique nous a totalement pris au dépourvu. Sa violence, son envergure ont été telles que pendant qu'elle se manifestait, nous étions encore à nous demander comment il fût jamais possible que ce que nous regardions comme notre plus grande richesse, le sens même de notre vie, puisse se retourner contre nous et menacer nos acquis si durement arrachés. Mais aujourd'hui il faut affronter le problème dans toute sa gravité, sans pudeur et sans préjugés..."

Pour répondre à sa mission d'étudier tous les points ayant trait à l'accroissement de la population et son impact sur le développement socio-économique, de proposer des solutions de nature à réaliser un équilibre entre la production et l'accroissement démographique, l'Office National de la Population accorde une importance capitale à la recherche socio-démographique. Depuis sa création, l'ONAPO compte déjà à son actif plusieurs travaux de recherche. A titre d'illustration, mentionnons:

- l'Enquête Nationale sur la Fécondité, réalisée en 1983;
- l'Enquête sur la Contraception Traditionnelle, réalisée en 1984;
- l'Etude sur les Besoins Non-satisfaits en Santé Maternelle et de Planification Familiale, 1985;
- l'Etude de la Relation Population - Développement (commencé en 1984).

Les résultats des différentes enquêtes citées ci-dessus et ceux de plusieurs autres non-mentionnées ici, ont permis à l'ONAPO, aussi bien qu'aux autres départements intéressés particulièrement par les problèmes de population, d'approfondir les connaissances sur les divers facteurs expliquant l'existence du problème actuel de déséquilibre entre population et production auquel le Rwanda est confronté en vue de mettre sur pied des stratégies appropriées devant permettre de faire face à ce problème.

La présente étude se situe en fait dans la continuité de ce genre d'études. Elle a été réalisée dans le cadre du projet de recherche opérationnelle sur la promotion et la prestation des services de planification familiale à Ruhengeri. Il est à signaler que dans ce projet, l'ONAPO est épaulé techniquement et financièrement par l'Université de Columbia.

La présente étude a été réalisée dans trois communes (Gatonde, Kidaho, Kinigi) de Ruhengeri, l'une des dix préfectures du pays, grâce à la participation active de nombreuses personnes et institutions auxquelles nous tenons à présenter nos sincères remerciements.

Nous voulons exprimer en premier lieu notre profonde gratitude à Son Excellence le Général-Major Habyarimana Juvénal, Président de la République Rwandaise et Président Fondateur du MRND, pour l'attention particulière et soutenue qu'il accorde aux problèmes de la population.

Nos vifs remerciements vont également aux autorités préfectorales et communales de Ruhengeri pour avoir mis tout en oeuvre pour faciliter le bon déroulement de cette étude.

Nous remercions très sincèrement l'Université de Columbia pour l'assistance technique et financière apportée à cette étude. Nous lui exprimons notre profonde gratitude pour avoir mis à notre disposition une consultante, en la personne de Thérèse McGinn, dont l'appui technique apporté à cette étude, dans ces différentes étapes a été très appréciable. Que Mme McGinn en particulier trouve ici l'expression de notre sincère reconnaissance pour n'avoir ménagé aucun effort dans le souci de voir l'étude atteindre ses objectifs. Nous remercions également Mme Joan Raffley de l'Université de Columbia pour son apport remarquable surtout dans la deuxième partie de cette étude, "exploitation des données et rédaction du présent rapport".

Nos remerciements les plus sincères s'adressent à l'Agence Internationale pour le Développement à Washington (A.I.D./Washington) pour avoir consenti au financement de cette étude par le biais de l'Université de Columbia. Nous remercions également le bureau de l'USAID à Kigali pour tout le soutien qu'il a apporté à l'exécution de cette étude.

La réussite de cette étude est aussi le produit des efforts consentis par le Dr. Munyakazi Alphonse, médecin de l'ONAPO, coordinateur des activités dudit projet, des agents des CCDFP et des centres de santé de Gatonde et Kidaho, de l'équipe régionale de l'ONAPO à Ruhengeri, et de tous les agents de l'ONAPO qui ont mené l'enquête proprement dite - qu'ils trouvent ici l'expression de nos chaleureuses félicitations.

Nous ne terminerions pas sans exprimer notre cordiale gratitude et notre profonde sympathie aux femmes des communes Gatonde, Kidaho, et Kinigi auxquelles l'enquête a été soumise. Nous les remercions très sincèrement de l'accueil chaleureux qu'elles ont réservé aux enquêteurs et d'avoir bien accepté de répondre aux différentes questions dont la plupart avaient trait à la fécondité, domaine que certains esprits considèrent comme un aspect de la vie privée, et qui par conséquent provoque des réticences à en livrer des informations y relatives.

Enfin, que tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réussite de cette étude soient assurés de notre profonde gratitude.

Madame Habimana Nyirasafa.1 Gaudence
Directrice
de l'Office National de la Population

SYNTHESE

En vue de dégager de nouvelles stratégies appropriées pour le développement du programme national de planification familiale (PF), l'Office National de la Population (ONAPO) du Rwanda a entrepris une étude de recherche opérationnelle sur "la promotion et la prestation des services de PF à base communautaire" dans trois communes de Ruhengeri, à savoir les communes de Gatonde, de Kidaho et de Kinigi.

Cette étude visait à comparer l'effet d'utiliser des intermédiaires bénévoles (animateurs de base ou Abakangurambaga) pour la sensibilisation de la population en matière de PF (Gatonde) et la sensibilisation et la distribution de la pilule, des condoms et des spermicides (Kidaho). La commune de Kinigi, qui continuait à offrir des méthodes dans les services sanitaires, servait de zone témoin.

Quarante-six Abakangurambaga élus par leur communauté ont été formés en matière de IEC et, dans le cas de Kidaho, de la distribution efficace des méthodes, par les équipes composées des agents de l'ONAPO, des centres de santé des communes de Gatonde et Kidaho, et des Centres Communaux pour le Développement et la Formation Permanente (CCDFP), agence de formation dépendant du Ministère de l'Intérieur et du Développement Communal. La supervision des agents s'est faite par le même personnel.

Afin de mieux planifier la formation et l'organisation du projet, plusieurs études se sont déroulées avant l'approvisionnement des services au niveau communautaire. Une étude du milieu a été faite sur la provision et la prestation des services de PF au niveau des centres de santé dans les trois zones du projet. Dans le but de mieux connaître les perspectives de la clientèle pour l'utilisation de la PF, huit groupes de discussion dirigée ont eu lieu avec les membres de la communauté et avec les Abakangurambaga. Quelques mois après la formation des Abakangurambaga, une évaluation partielle a été effectuée afin d'analyser la première réaction de la communauté.

En juin 1989, quatorze mois après le démarrage des activités, l'ONAPO a évalué le projet en faisant une analyse des statistiques des services, une étude sur les caractéristiques des Abakangurambaga et une enquête post-intervention. Les résultats de toutes ces études sont discutés dans le présent rapport.

L'enquête sur les connaissances, les attitudes, et la pratique en matière de planification familiale a été réalisée sur un échantillon de 1363 femmes mariées de 15 à 49 ans dans les trois communes susmentionnées. Les résultats les plus notables de l'enquête suivent.

L'âge moyen des femmes enquêtées est de 31,0 ans, 61,4 % sont analphabètes et 36,0 % ont un niveau primaire d'éducation. Plus de la moitié (59,2 %) des femmes est catholique et 32,2 % protestante. La majorité (89,2 %) n'a pas de travail rémunéré.

Ces femmes ont mis au monde en moyenne 4,7 enfants (le nombre moyen augmente avec l'âge de la femme), dont environ un

est mort. A l'enquête, 11,4 % des femmes étaient enceintes et 78,0 % allaitaient. L'intervalle moyen entre les deux dernières naissances est d'environ 30,4 mois.

Quatre femmes sur cinq (82,0 %) connaissent spontanément au moins une méthode moderne de contraception (86,1 % après lecture de ces méthodes). Les méthodes les plus connues spontanément sont les injectables (73,4 %) et la pilule (71,5 %). Pour chacune de ces méthodes, les meilleurs résultats s'observent à Gatonde.

Une femme sur trois (34,8 %) connaît au moins une méthode traditionnelle de contraception, mais après lecture, ce sont 70,1 % des femmes qui déclarent en connaître au moins une. Les plus citées spontanément sont la continence périodique (25,1 %) et le coit interrompu (5,2 %). Ici aussi, la connaissance spontanée la plus forte se situe en commune de Gatonde.

Presqu'une femme sur cinq (18,8 %) utilise une méthode moderne de contraception (dont 13,9 % une méthode médicale, c'est-à-dire sans les méthodes d'auto-observation) contre 4,2 % au niveau national en décembre 1988. Ce taux augmente avec l'âge de la femme et avec le niveau de scolarisation. La religion ne semble pas avoir d'influence sur le comportement de la population en PF. Par commune, on observe certaines différences :

Commune	Méthodes modernes	Méthodes médicales
Gatonde	35,9 %	28,5 %
Kidaho	11,6 %	6,4 %
Kinigi	9,6 %	7,4 %
Total	18,8 %	13,9 %

Chez les femmes qui n'ont jamais utilisé la contraception, 55,4 % mentionnent qu'elles n'en ont pas besoin, 13,2 % qu'elles manquent d'informations et 6,7 % qu'elles veulent un enfant de l'autre sexe. Les motifs d'opposition de la religion, du mari ou de la famille, et la peur des effets secondaires sont rarement mentionnés.

Peu de femmes avaient abandonné la contraception, (3,8 % de l'échantillon total et 16,5 % du total des utilisatrices actuelles ou passées), 25,0 % pour avoir un enfant, 25,0 % à cause des effets secondaires et 9,6 % par suite de l'échec de la méthode (principalement les méthodes d'auto-observation).

Généralement, les femmes enquêtées, concernant les bienfaits de la PF, sont 62,2 % à affirmer que cela est avantageux pour le bien-être de la mère et de l'enfant et 29,9 % que cela présente des avantages économiques. En ce qui concerne les inconvénients, 69,3 % des femmes ne trouvent pas d'inconvénient tandis que 27,9 % mentionnent les effets secondaires.

On a remarqué l'importante utilisation des méthodes traditionnelles (21,1 %) au moment de l'enquête (dont 12,8 % l'allaitement prolongé et 10,1 % l'abstinence) quels que soient les critères d'âge, de degré de scolarisation ou de religion.

Un quart (26,6 %) des femmes ne veut plus avoir d'enfants et 73,5 % en voulaient encore. Chez ces dernières, le délai désiré avant le prochain accouchement est de moins de 18 mois pour 30,8 % des femmes et de plus de 18 mois pour 69,2 % d'entre elles. 21,2 % ont même indiqué un délai de 36 mois ou plus.

Le désir de ne plus avoir d'enfants dépend du nombre d'enfants vivants: 6,4 % pour celles ayant 1 à 3 enfants, 41,4 % pour celles ayant 4 à 6 enfants, 80,1 % pour celles ayant 7 enfants ou plus. La taille idéale d'une famille rwandaise a été établie à 5 enfants. Seulement 31,3 % des femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants utilisent la contraception. Chez celles qui n'en veulent plus et n'utilisent pas la PF, 72,3 % manifestent l'intention de l'utiliser.

Parmi les femmes n'utilisant pas la PF, 69,5 % désirent y recourir dans le futur (31 % à l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1983).

L'enquête nous a appris que la source principale d'information sur la PF des femmes enquêtées provient des centres de santé (50,9 %), des Abakangurambaga (17,8 %), et du mari, voisin, ou ami (14,9 %). Les Abakangurambaga sont connus par 79,1 % des femmes enquêtées, qui apprécient leurs actions. La source essentielle d'approvisionnement reste le centre de santé (84,0 %). La distribution des produits par les Abakangurambaga dans la commune de Kidaho, la seule où ils font la distribution, est très faible.

Si des résultats meilleurs ont été obtenus à Gatonde, où les Abakangurambaga réfèrent les clients aux centres de santé pour l'approvisionnement, c'est que les autorités locales ont apporté un support plus grand et plus efficace au programme de Abakangurambaga et que ceux-ci ont été plus actifs (5 fois plus de causeries qu'à Kidaho par exemple). Le niveau d'éducation plus élevé des femmes de Gatonde est aussi un élément très important.

Cette étude a été financée par the Agency for International Development (USAID) sous un accord coopératif avec le Centre pour la Population et la Santé Familiale de l'Université de Columbia, qui a apporté une assistance technique au projet. Les résultats obtenus sont encourageants pour le développement du programme de PF au niveau national.

GLOSSAIRE DES TERMES ET ABREVIATIONS

Abakangurambaga	Intermédiaires bénévoles (littéralement, réveilleurs de la masse)
CCDFP	Centre Communal de Développement et de Formation Permanente
CPDFP	Centre Préfectoral de Développement et de Formation Permanente
CPFH	Center for Population and Family Health, Columbia University Centre pour la Population et la Santé Familiale, Université de Columbia
ENF	Enquête Nationale sur la Fécondité (ONAPO, 1983)
IEC	Information, Education et Communication
MININTER	Ministère de l'Intérieur et du Développement Communal
MINISANTE	Ministère de la Santé
ONAPO	Office National de la Population
PF	Planification familiale
Plan Global IEC	Plan national d'information, d'éducation et de communication articulé sur l'utilisation des Abakangurambaga (ou intermédiaires bénévoles)
SMI/PF	Santé maternelle et infantile/ planification familiale
Umuganda	Travaux communautaires de développement
Umukangurambaga	Singulier de 'Abakangurambaga'

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques des Abakangurambaga
Tableau 2	Activités des Abakangurambaga
Tableau 3	Calendrier de travail préparatoire de l'enquête: février - juin 1989
Tableau 4	Résultats des entrevues
Tableau 5	Répartition des femmes échantillonnées non- enquêtées selon les raisons d'absence et par commune
Tableau 6	Caractéristiques socio-démographiques et économiques
Tableau 7a	Caractéristiques de fécondité: enfants nés- vivants, enfants morts et enfants vivants
Tableau 7b	Caractéristiques de fécondité: nombre moyen d'enfants vivants, enfants morts et enfants nés- vivants par groupes d'âge de la mère
Tableau 7c	Caractéristiques de fécondité: grossesse, allaitement et intervalle intergénéral
Tableau 8	Connaissance spontanée et après lecture des méthodes modernes de la contraception
Tableau 9	Connaissance spontanée et après lecture des méthodes traditionnelles de la contraception
Tableau 10	Connaissance et utilisation des méthodes modernes: proportion de femmes qui les connaissent, ont utilisé, et utilisent actuellement
Tableau 11	Connaissance, utilisation antérieure, et utilisation actuelle d'au moins une méthode contraceptive moderne selon les caractéristiques socio-démographiques
Tableau 12	Raisons pour ne jamais avoir utilisé les contraceptifs
Tableau 13	Raisons d'abandon des méthodes contraceptives
Tableau 14	Bienfaits et inconvénients de la contraception
Tableau 15	Source principale d'information sur les bienfaits de la contraception
Tableau 16	Dernière source d'approvisionnement en contraceptifs

Tableau 17	Connaissance et utilisation des méthodes traditionnelles: proportion de femmes qui les connaissent, ont utilisé, et utilisent actuellement
Tableau 18	Connaissance, utilisation antérieure, et utilisation actuelle d'au moins une méthode contraceptive traditionnelle selon les caractéristiques socio-démographiques
Tableau 19	Désir d'avoir encore d'autres enfants
Tableau 20	Femmes ne voulant plus d'enfants selon le nombre d'enfants vivants
Tableau 21a	Nombre idéal d'enfants: préférence personnelle
Tableau 21b	Nombre idéal d'enfants: préférence "pour une famille rwandaise"
Tableau 22	Désir d'utiliser la contraception dans l'avenir par les non-utilisatrices
Tableau 23	L'utilisation actuelle et le désir d'utiliser la contraception selon les caractéristiques de fécondité
Tableau 24	Relations de la population avec les Abakangurambaga

LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1 Nombre des utilisatrices actives de la contraception, avril 1987 - mai 1989
- Graphique 2 Pourcentage des femmes scolarisées par commune
- Graphique 3 Connaissance et utilisation actuelle des méthodes modernes, par commune
- Graphique 4 Utilisation actuelle de la contraception moderne par âge et par commune
- Graphique 5 Pourcentage des femmes ne voulant plus d'enfants, par commune
- Graphique 6 Pourcentage des femmes ne voulant plus d'enfants par nombre d'enfants vivants
- Graphique 7 Désir d'utiliser la contraception par âge et par commune
- Graphique 8 Pourcentage des femmes ayant entendu l'Umukangurambaga parler, par lieu

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

Eu égard à sa mission de favoriser une prise de conscience par la population des problèmes socio-démographiques auxquels est confronté notre pays, l'Office National de la Population (ONAPO) a entrepris, dès mars 1988, une étude de recherche opérationnelle sur la "Promotion et la prestation des services de planification familiale à base communautaire à Ruhengeri". Il convient de souligner que le programme de planification familiale (PF) a été instauré dès la création de cet Office en 1981 dans le cadre de la santé maternelle et infantile, comme l'une des solutions au problème actuel de population.

Les différentes études (l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1985, l'Etude sur les besoins non-satisfaits en protection maternelle et infantile de 1985, par exemple) et évaluations déjà réalisées par l'ONAPO montraient que la population, surtout celle du milieu rural, n'est pas encore suffisamment informée et motivée pour adopter des comportements favorables à la parenté responsable.

Par ailleurs, les différents facteurs d'ordre culturel, d'accessibilité aux services de PF, d'influence de l'entourage, de convictions religieuses, et des problèmes attribués à l'usage de la contraception, peuvent influencer de façon générale l'acceptation et la pratique des méthodes de contraception et en particulier, des méthodes modernes dont l'efficacité est prouvée.

C'est ainsi qu'en vue de rechercher d'autres approches appropriées de promotion des services de PF, l'ONAPO a mené, conjointement avec le Ministère de la Santé (MINISANTE), le Ministère de l'Intérieur et du Développement Communal (MININTER) et le Centre pour la Population et la Santé Familiale (CPFH) de l'Université de Columbia des Etats-Unis, une étude sur la promotion et la prestation des services de PF, cette fois-ci à base communautaire en préfecture de Ruhengeri.*

Cette étude s'articule donc sur l'utilisation des ressources humaines de la communauté. Il s'agit notamment des 'Abakangurambaga' (intermédiaires bénévoles ou animateurs de base) élus par les communautés locales et ayant comme principales responsabilités d'informer la population et de la motiver afin qu'elle utilise rationnellement les services de santé maternelle et infantile et de planification familiale. Plus concrètement, cette étude vise à améliorer la promotion et l'accès aux services de PF en testant et en mettant au point de nouvelles méthodes d'approche sur le terrain.

* Ce projet a été financé par le Centre pour la Population et la Santé Familiale de l'Université de Columbia sous l'Accord Coopératif numéro DPE 3030-A-00-4049 avec l'Agency for International Development (A.I.D.), Bureau of Science and Technology, Office of Population, Research Division, Washington, D.C., USA.

Les objectifs spécifiques de cette recherche sont les suivants:

- Effectuer une étude comparative sur la promotion et la distribution des services de planification familiale au niveau communautaire à Ruhengeri;
- former et encadrer 46 intermédiaires bénévoles des Centres Communaux pour le Développement et la Formation Permanente (CCDFP) pour qu'ils jouent un rôle actif dans la promotion de la planification familiale dans les deux zones d'intervention. Les 23 volontaires des CCDFP résidant dans l'une de ces zones seront également formés et encadrés pour distribuer des contraceptifs (pilules, condoms et spermicides);
- fournir une assistance technique pour améliorer la prestation des services de planification familiale et la collecte des statistiques des services dans les formations sanitaires servant de centres de services pour les activités du projet;
- accroître l'usage des méthodes modernes de contraception dans les zones d'intervention, de moins de 1 % qui est le taux dans les zones rurales du Rwanda pour le porter à plus de 8 % à la fin du projet;
- superviser et évaluer les activités et les réalisations dans chacune des deux zones de l'étude et diffuser les leçons tirées de ce projet aux responsables de l'ONAPO, du MINISANTE, et du MININTER, afin que les aspects positifs et productifs du modèle puissent être reproduits ailleurs.

Pour mener cette étude, trois communes de la Préfecture de Ruhengeri, présentant des similitudes au point de vue socio-économique et chacune comptant environ 30.000 habitants au début de l'étude, ont été sélectionnées comme zone de l'étude. Il s'agit de:

- la commune de Gatonde où 23 Abakangurambaga formés et encadrés assurent la sensibilisation de la population en matière de santé maternelle et infantile et de planification familiale (SMI/PF), et envoient les couples qui désirent les services au centre de santé de Gatonde;
- la commune de Kidaho où également 23 Abakangurambaga formés et encadrés assurent non seulement la sensibilisation et l'envoi comme ceux de Gatonde, mais peuvent eux-mêmes approvisionner la population en certains produits contraceptifs tels que les condoms et les spermicides et assurer le réapprovisionnement de la pilule, la prescription initiale ayant été faite par un personnel de santé. Cette alternative de prestation des services de PF permet non seulement d'alléger la distance à parcourir par l'utilisateur/trice de ces

méthodes, mais apporte aussi une solution au problème national d'insuffisance des infrastructures et du personnel socio-sanitaire; et

- la commune de Kinigi où il n'y a aucune intervention mais qui, selon la conception de l'étude, sert de zone témoin.

Cette étude, qui a abouti à des résultats encourageants dans la promotion et prestation des services de planification familiale, a permis à l'ONAPO de dégager des stratégies adéquates pour donner un nouvel élan au programme de planification familiale à travers un plan appelé "Plan Global d'Information, Education et Communication (IEC)" en cours depuis janvier 1989, c'est-à-dire, dix mois après le démarrage des activités de l'étude à Ruhengeri. Signalons que ce Plan Global IEC s'articule également sur la mobilisation des Abakangurambaga au niveau national

Le présent document est le rapport final du projet de recherche opérationnelle sur "La promotion et la prestation des services de planification familiale à base communautaire à Ruhengeri".

Ce rapport comprend:

- les activités du programme;
- les activités de recherche et d'évaluation du processus;
- les résultats de l'enquête finale sur les connaissances, les attitudes et la pratique de la population en matière de PF;
- ainsi que les principales conclusions et recommandations de l'étude.

ACTIVITES DU PROGRAMME

2. ACTIVITES DU PROGRAMME

En vue de mener l'étude susmentionnée sur un terrain bien préparé, certaines activités devaient être réalisées avant le démarrage même de l'étude et au cours de son exécution. Il s'agit de:

- l'organisation des réunions avec les autorités et la population des communes concernées par cette étude;
- la sélection des Abakangurambaga;
- la formation des formateurs et des Abakangurambaga;
- et de la supervision et de l'évaluation des activités des Abakangurambaga.

2.1. Préparation et orientation de la communauté

Des réunions d'information et de sensibilisation sur l'objet de cette étude ont été organisées avec les représentants du Ministère de l'Intérieur et du Développement Communal et du Ministère de la Santé, les autorités communales et la population des communes Gatonde et Kidaho.

2.1.1. Réunion avec les représentants du Ministère de l'Intérieur et du Ministère de la Santé

Une réunion d'orientation a eu lieu le 11 Février 1988 entre l'ONAPO, le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Santé. Ladite réunion dirigée par Madame la Directrice de l'ONAPO avait pour objectif de susciter un échange d'idées et de recueillir les suggestions devant permettre d'assurer un suivi efficace de l'étude.

Madame la Directrice de l'ONAPO a fait savoir que c'est dans le souci d'améliorer l'accessibilité aux services de planification familiale à une plus grande proportion de la population que l'ONAPO, en collaboration avec le MININTER et le MINISANTE, a entrepris cette étude basée sur une approche communautaire d'information, d'éducation, et de communication en matière de population et de planification familiale et de prestation des services de PF. Elle a également indiqué que cette étude allait permettre à l'ONAPO de consolider ses liens avec les CCDFP dont les modalités de collaboration au niveau national ont déjà été définies.

Les débats fructueux qui ont suivi la présentation du projet d'étude ont mené à un consensus sur la nécessité d'une collaboration plus étroite entre les différents services susmentionnés en vue d'assurer une supervision régulière des activités des Abakangurambaga. Pour rendre opérationnelle cette collaboration, les participants ont mis sur pied un comité de coordination ayant pour rôle de conseiller régulièrement les intervenants actifs dans l'étude. Le comité de coordination élu

était ainsi composé de:

- un représentant du Ministère de la Santé;
- un représentant de la Région Sanitaire de Ruhengeri;
- un représentant de la Commune Gatonde;
- un représentant de la Commune Kidaho;
- un représentant du Centre Préfectoral de Développement et de Formation Permanente (CPDFP) de Ruhengeri;
- un représentant du Bureau Régional de l'ONAPO à Ruhengeri;
- un représentant du Bureau Central de l'ONAPO.

2.1.2. Réunions avec les autorités communales

Des réunions d'information et d'orientation des autorités politico-administratives et techniques des communes Gatonde et Kidaho se sont tenues respectivement le 30 septembre et le 1 octobre 1987. Ces réunions, qui regroupaient le médecin directeur de la Région Sanitaire, le Bourgmestre, les conseillers, les responsables des centres de santé et des CCDFP des communes citées ci-dessus avaient pour objet d'informer les participants sur les activités du projet de recherche opérationnelle sur la promotion et la prestation des services de PF par le truchement des Abakangurambaga en préfecture de Ruhengeri et de recueillir leurs avis et suggestions pour la bonne exécution des activités prévues.

C'est au cours de ces réunions que le nombre des Abakangurambaga devant intervenir dans le projet a été fixé à 23 pour que chaque secteur des communes concernées puisse avoir au moins deux Abakangurambaga. Les participants à ces réunions ont également défini les critères de sélection des Abakangurambaga devant faire partie de l'étude. Le choix de ces Abakangurambaga a été opéré parmi les Abakangurambaga élus dans le cadre du Plan Global IEC qui attendaient leur formation avant d'entrer en activité en janvier 1989.

Enfin, ils ont recommandé qu'il y ait des réunions d'information avec toute la population au niveau des deux communes concernées par l'étude susmentionnée et ont insisté sur le respect des critères dans la sélection des Abakangurambaga décrits dans la section suivante.

2.1.3. Réunions avec la population

Pour mieux préparer la population à accepter le programme et pour susciter sa participation à la réalisation de cette étude, des réunions de sensibilisation ont été organisées en communes Kidaho et Gatonde à partir de novembre 1987 jusqu'en janvier 1988. Les réunions se tenaient au niveau des secteurs et regroupaient les populations de deux ou trois secteurs.

La population des deux communes a été informée sur le rôle que devront jouer les Abakangurambaga dans la promotion des services de SMI/PF. La population de Kidaho a en outre été informée que les Abakangurambaga de leurs secteurs devront également assurer la distribution de certains produits contraceptifs dans la communauté, tels que les pilules pour le réapprovisionnement, les condoms et les spermicides.

Au cours des débats, la population elle-même a souligné le fait que la promotion du programme de planification familiale est handicapée par les rumeurs diffusées à propos des méthodes modernes de contraception.

Les participants à ces réunions ont reconnu que cette formule de mobilisation des Abakangurambaga permettrait d'améliorer et de renforcer la promotion du programme de PF. Ils ont toutefois recommandé que ces Abakangurambaga soient suffisamment formés dans ce domaine afin qu'ils puissent s'acquitter convenablement de leurs tâches.

2.2. Sélection des Abakangurambaga

La sélection des 23 Abakangurambaga dans chacune des deux communes a été faite parmi les Abakangurambaga élus dans le cadre du Plan Global IEC de l'ONAPO, à raison de deux par secteur et de trois pour les secteurs très étendus. Notons que l'identification et le recrutement des Abakangurambaga du Plan Global IEC ont été opérés selon les neuf critères suivants:

1. savoir lire, écrire, et compter;
2. être de bonne conduite, vie et moeurs;
3. être un paysan progressiste;
4. être disponible;
5. être âgé entre 20 et 35 ans;
6. avoir une attitude favorable au programme de la PF;
7. être en bonne santé;
8. savoir s'exprimer clairement en public;
9. posséder la radio ou accéder facilement à l'écoute de la radio.

Comme il a été dit plus haut, le choix des Abakangurambaga devant participer à l'étude a été basé sur les six critères approuvés par les participants aux réunions avec les autorités politico-administratives. Ces critères sont:

1. être utilisateur(trice) d'une méthode de PF;
2. être marié(e) et avoir eu au moins un enfant;
3. avoir des naissances bien espacées dans la famille;
4. dans un même secteur, les Abakangurambaga doivent être éloignés l'un de l'autre,
5. avoir dans un même secteur au moins une Umukangurambaga femme;
6. avoir réussi un test.

Les Abakangurambaga sélectionnés dans les deux communes étaient appelés à :

- faire comprendre à la population les liens entre la planification familiale et la vie économique, socio-affective et sanitaire des familles;
- motiver continuellement les individus et les couples pour opérer un choix parmi les méthodes de PF acceptées par le Gouvernement Rwandais;
- recruter et orienter les couples et les mères vers les centres de SMI/PF; et
- assurer la distribution des condoms et des spermicides et le réapprovisionnement des pilules (rôle exclusivement réservé aux Abakangurambaga de Kidaho).

2.3. Formation

2.3.1. Formation des formateurs

La formation est une activité à laquelle le projet attache une importance primordiale. Cette activité a démarré avec la formation des formateurs. A cet effet, il a été organisé à Ruhengeri, du 30 novembre au 10 décembre 1987 un séminaire-atelier, à l'intention des agents qui devront assurer la formation des Abakangurambaga.

Ont participé à ce premier séminaire-atelier :

- six agents de l'ONAPO dont trois du bureau central et trois autres du bureau régional de Ruhengeri concernés directement par les activités du projet;
- des responsables des CCDFP de Gatonde et de Kidaho;
- des responsables des Centres de Santé de Gatonde et de Gitare;
- une consultante du Centre pour la Population et la Santé Familiale de l'Université de Columbia.

Le dit séminaire avait pour objectif de :

- a. développer les curricula de formation des Abakangurambaga en IEC et en distribution des contraceptifs à base communautaire;
- b. élaborer les stratégies de travail des Abakangurambaga qui participeront à cette étude;

- c. préparer les formateurs à être capable de concevoir et appliquer les méthodes et principes de formation appropriée.

Le séminaire a été aussi une occasion pour les participants de mûrir les réflexions sur la tâche de formateurs et de superviseurs qui leur incombe dans ce nouveau programme de promotion et de prestation des services de PF à base communautaire.

En rapport avec les objectifs susmentionnés, les séminaristes ont pu élaborer deux curricula de formation des Abakangurambaga, déterminer les stratégies appropriées de travail et renforcer leurs compétences en tant que futurs formateurs des Abakangurambaga.

Signalons qu'à l'issue de ce séminaire, quatre modules principaux ont été retenus pour la formation de ces intermédiaires bénévoles. Il s'agit de:

- la communication et le counselling;
- les problèmes socio-démographiques du Rwanda;
- la planification familiale et les méthodes de PF;
- la gestion du travail de l'Umukangurambaga sur le terrain.

Il est à noter que c'est grâce à ce séminaire-atelier qu'on a pu préparer par la suite, en août 1988, la formation des Abakangurambaga au niveau national dans le cadre du Plan Global IEC susmentionné.

Pour plus de détails à ce sujet, l'on se référerait sur le Rapport du Séminaire-atelier sur la Formation des Formateurs et le Développement du Curriculum de Formation des Abakangurambaga, disponible à l'ONAPO.

2.3.2. Formation en informatique

En marge de la formation des formateurs, il a été organisé dans la même période (dernière semaine du mois de novembre 1987) une formation sur les techniques de manipulation du micro-ordinateur et d'exploitation des données. Le but de ce séminaire était de former les agents de l'ONAPO en gestion des statistiques des services pour mieux gérer le projet. Ont bénéficié de cette formation un agent de l'ONAPO - Kigali affecté au Bureau Statistique et Informatique et un agent du bureau régional de l'ONAPO à Ruhengeri. La dite formation s'est tenue grâce à l'assistance technique de l'Université de Columbia.

2.3.3. Formation des Abakangurambaga

La formation des 46 Abakangurambaga a eu lieu du 15 au 27 février 1988 dans les communes Gatonde et Kidaho. Au terme de cette formation, les Abakangurambaga devaient être capables d'informer et sensibiliser la population sur les problèmes socio-démographiques du Rwanda et sur la planification familiale; orienter les couples désireux de bénéficier des services de PF vers les formations sanitaires qui les dispensent; et faire le suivi des acceptrices. L'on se rappellera également qu'en commune Kidaho, les Abakangurambaga ont été formés de manière à ce qu'ils soient capables de distribuer eux-mêmes les spermicides et les condoms et à réapprovisionner en pilule la population des secteurs de leur ressort et à lui fournir des explications suffisantes et claires sur l'utilisation des dites méthodes. Pour ce faire, la formation s'est articulée essentiellement sur les thèmes ci-après:

- la communication sociale et le counselling;
- population et développement;
- la gestion du travail de l'Umukangurambaga;
- le rôle de l'Umukangurambaga dans le développement communal;
- la gestion de l'économie familiale;
- la santé materno-infantile y compris la planification familiale.

Durant toute la durée de la formation, (dix jours à Kidaho et six jours à Gatonde), la méthodologie adoptée fut celle qui privilégie la participation active, permettant ainsi de susciter les réflexions des participants et de recueillir leurs idées.

2.4. Supervision

La supervision des activités des Abakangurambaga a été assurée principalement par deux agents du bureau régional de l'ONAPO à Ruhengeri en collaboration étroite avec les responsables des CCDFP et des centres de santé des communes Gatonde et Kidaho. Cette supervision était complétée par des supervisions du Délégué de l'ONAPO à Ruhengeri. Cette activité a également bénéficié d'un appui technique de l'Université de Columbia et du coordinateur de l'étude oeuvrant au bureau central de l'ONAPO à Kigali.

L'objectif de cette supervision était d'assurer le suivi des activités des Abakangurambaga en vue d'identifier les problèmes rencontrés dans l'exécution de leurs tâches, d'en discuter et chercher ensemble des solutions adéquates.

Le problème majeur que les Abakangurambaga ont souvent souligné est leur faible niveau de formation qui leur permet de

répondre difficilement aux questions relatives aux effets secondaires éventuels imputables à l'utilisation des contraceptifs. Des discussions menées à ce propos, il a été retenu que ces effets ne devraient pas constituer un handicap majeur aux activités habituelles de l'Umukangurambaga, et qu'il faut plutôt conseiller les utilisatrices présentant ces plaintes à consulter un agent de santé qualifié.

En outre, il existe dans la région un centre de santé qui fournit les services de PF et qui est bien disposé à résoudre de tels problèmes. Par ailleurs, les Abakangurambaga ont été informés que les rumeurs qui vont à l'encontre des méthodes exagèrent ces effets secondaires au risque de constituer un frein à la promotion des activités de planification familiale.

ACTIVITES DE RECHERCHE ET D'EVALUATION DU PROCESSUS

3. ACTIVITES DE RECHERCHE ET D'EVALUATION DU PROCESSUS

3.1. Etude sur la provision et la prestation des services de PF au niveau des trois centres de santé

Cette étude de milieu a été menée dans les centres de santé de Gatonde (en commune Gatonde), de Gitare (en commune Kidaho) et de Kinigi (en commune Kinigi).

L'étude a été entreprise dans le souci d'élaborer des stratégies devant servir au démarrage du projet. L'enquête sur le terrain a été menée pendant sept jours par le médecin-coordonnateur du projet et un consultant de l'Université de Columbia.

Le but de cette étude était d'une part de décrire la façon dont les services de PF étaient effectivement fournis au niveau des communes sélectionnées; de rassembler d'autre part les informations de base quantitatives et qualitatives sur le système de collecte et l'utilisation des données statistiques de PF au niveau des sites choisis; d'identifier les problèmes et les carences potentiels; et de formuler des suggestions susceptibles d'améliorer la qualité et l'utilisation des données collectées.

A cet effet, l'étude a porté, au niveau de chaque centre de santé, sur les points ci-après:

- l'organisation des services;
- la provision des services de PF;
- les statistiques de PF.

L'étude a révélé que les services de PF sont en principe disponibles au niveau de ces centres tous les jours ouvrables. Jusqu'à récemment, les conditions pour avoir droit à une méthode moderne de contraception étaient d'être une femme mariée et mère au moins d'un enfant.

Bien que le nombre total d'utilisatrices ait sensiblement augmenté au cours des douze mois précédant l'étude, le nombre de nouvelles acceptrices semblait stagner au niveau des centres de santé des communes concernées par le projet. La prévalence d'utilisation des méthodes de PF par rapport aux populations à risque des zones desservies par ces centres restait faible.

Il est ressorti également que la promotion et l'éducation populaire en matière de PF étaient insuffisantes et inadéquates. La popularité des condoms comme méthode de PF était nulle pendant que l'on assistait à une demande de plus en plus importante pour les injectables.

La distribution communautaire ou à domicile de certaines méthodes de PF, telles que condoms, pilules, et spermicides par un personnel non-médical ne semblait enthousiasmer ni le personnel des centres ni les acceptrices.

Signalons qu'une analyse des données statistiques disponibles pour les quinze mois précédant l'étude permettait de

suivre l'évolution des services de PF dans les trois centres de santé sélectionnés. Les observations faites par les chercheurs sont:

- a. Le total mensuel des femmes sous contraceptifs a doublé pendant la période de janvier 1986 à avril 1987, pour les centres de Gatonde et de Kinigi, passant respectivement de 55 à 113 et de 55 à 114. Par contre, l'on a constaté qu'au centre de santé de Gitare, l'augmentation pendant la même période n'a été que de 20 % environ.
- b. Le nombre de nouvelles acceptrices par mois était resté plus ou moins constant pour la même période dans les trois centres avec une moyenne de sept clientes pour Kinigi et Gatonde et seulement de trois pour Gitare.
- c. Les méthodes injectables semblaient connaître un succès de plus en plus important à Gitare (de 40 % des utilisatrices en janvier 1986 à plus de 50 % en avril 1987); ou restait de plus 90 % d'utilisatrices à Kinigi et 70 % à Gatonde.
- d. Le nombre mensuel des "abandons" était en légère augmentation depuis septembre 1986. L'étude des fiches individuelles permettait de constater que dans la plupart des cas, il s'agissait des femmes sous contraceptifs depuis au moins un an et désirant concevoir à nouveau.

3.2. Groupes de discussion dirigée

Dans le but de mieux connaître les perspectives de la clientèle pour l'utilisation de la planification familiale, des entrevues en huit groupes de discussion dirigée ont eu lieu en octobre 1987 dans les communes de Gatonde et Kidaho à raison de quatre groupes par commune. Les groupes de discussion dirigée, facilités par les superviseurs du projet et les responsables des CCDFP ont été organisés comme suit: En commune Gatonde, où le superviseur et le responsable du CCDFP étaient de sexe masculin, il y a eu trois groupes masculins et un groupe mixte d'Abakangurambaga. En commune Kidaho, où le superviseur et le responsable du CCDFP étaient de sexe féminin, il y a eu trois groupes féminins et un groupe mixte d'Abakangurambaga. Les participants aux groupes de discussion dirigée ont été choisis parmi les Abakangurambaga du Plan Global IEC et parmi la population en âge de procréer et ayant déjà des enfants.

Les sujets de discussion portaient sur l'accessibilité et l'utilisation des services de santé, l'état de prise de conscience des problèmes démographiques et sur les connaissances et attitudes vis-à-vis de la planification familiale et du rôle des Abakangurambaga dans la communauté. Outre les sujets débattus avec les différents groupes, il y avait un sujet particulier à discuter avec les groupes des Abakangurambaga à savoir la collaboration avec le CCDFP.

Les discussions de groupe ont permis de dégager les orientations devant servir de base aux programmes de motivation de la population à la planification familiale et d'encadrement des Abakangurambaga devant intervenir dans le projet.

3.3. Etude sur les caractéristiques des Abakangurambaga

Les Abakangurambaga ayant participé à cette étude à Gatonde et à Kidaho ont été sélectionnés selon des critères socio-démographiques mentionnés ci-dessus. Les caractéristiques des 46 Abakangurambaga de Gatonde et Kidaho sont présentées ci-après.

Tableau 1: Caractéristiques des Abakangurambaga

	<u>Pourcentage des Abakangurambaga</u>		
	Gatonde (N=23)	Kidaho (N=23)	Total (N=46)
Sexe			
Féminin	47,8	56,5	52,2
Masculin	52,2	43,5	47,8
Age			
Moins de 30 ans	26,1	30,4	28,3
30 ans et plus	73,9	69,6	71,7
Age moyen (ans)	32,6	32,4	32,5
Scolarisisation			
1 à 5 ans de primaire	34,8	30,4	32,6
6 ans de primaire	60,9	52,2	56,5
Plus que primaire	4,3	17,4	10,9
Nombre moyen (ans)	5,5	6,0	5,7
Situation matrimoniale			
Marié	100	100	100
Religion			
Catholique	82,6	82,6	82,6
Protestante	17,4	17,4	17,4
Nombre d'enfants vivants			
1 à 4 enfants	65,2	56,5	60,9
5 et plus	34,8	43,5	39,1
Utilisation de la PF			
Oui	91,3	82,6	87,0
Non	8,7	17,4	13,0

Il ressort de ce Tableau que les Abakangurambaga sont presque équitablement répartis selon le sexe comme l'exigeaient les critères de sélection. Leur âge moyen est de 32 ans, et ils sont tous mariés. Egalement, ils sont tous scolarisés, la plupart jusqu'au niveau primaire. La majorité des Abakangurambaga est de religion catholique.

Quant à la fécondité, tous les Abakangurambaga ont des enfants. En effet, plus d'un tiers en ont déjà au moins cinq. Seuls quelques-uns ne sont pas des utilisateurs/trices actuels des méthodes de contraception; le taux de prévalence parmi ce groupe est de 87,0 %, ce qui donne un bon exemple à la population desservie.

On constate qu'il y a très peu de différences entre les Abakangurambaga de Gatonde et ceux de Kidaho selon ces caractéristiques de base. Les deux groupes sont plutôt semblables.

Malgré ces similitudes, le Tableau 2 ci-dessous montre une différence nette sur le niveau de performance enregistré par les Abakangurambaga des deux communes dans leurs rapports mensuels. L'analyse de ces rapports pendant une période de 16 mois (mars 1988 - juin 1989) montre que les Abakangurambaga de Gatonde sont beaucoup plus actifs que ceux de Kidaho en faisant les causeries dans les réunions de secteur ou de cellule et en donnant aux individus les conseils particuliers.

A titre d'exemple, presque tous les Abakangurambaga de Gatonde (87,0 %) ont organisé au moins une réunion par mois pour sensibiliser la population au programme de PF contrairement à Kidaho où presque tous (95,7 %) ont enregistré moins d'une réunion par mois. Le nombre moyen de réunions faites par Umukangurambaga pendant la période du projet est cinq fois plus élevé à Gatonde qu'à Kidaho (38 contre 7).

On observe le même modèle quand on considère comme indicateur de performance le nombre de personnes sensibilisées individuellement. Encore une fois, on voit qu'à Gatonde la moyenne de personnes sensibilisées est presque quatre fois plus grande qu'à Kidaho.

Le Tableau 2 offre aussi un indicateur de performance de distribution des contraceptifs par les Abakangurambaga de Kidaho. Cette mesure qui s'appelle "Couple-Ans de Protection" tient compte des quantités des différents contraceptifs qui sont nécessaires pour éviter une grossesse chez un couple pendant un an. On observe que les 23 Abakangurambaga de Kidaho ont distribué des quantités de condoms, de spermicides et de pilules pour réaliser 69 couple-ans de protection, donc une moyenne de 3 chacun. Parmi ces méthodes disponibles chez l'Umukangurambaga, les condoms restent la méthode préférée par la population et donc la plus distribuée.

Tableau 2: Activités des Abakangurambaga

	<u>Pourcentage des Abakangurambaga</u>		
	Gatonde (N=23)	Kidaho (N=23)	Total (N=46)
Réunions			
Moins que 16	13,0	95,7	54,3
16 et plus	87,0	4,3	45,7
Moyenne (réunions)	38	7	23
Personnes conseillées			
Moins que 160	8,7	78,3	43,5
160 et plus	91,3	21,7	56,5
Moyenne (personnes)	423	115	269
Couple-ans de protection			
Moyenne	-	3,0	-

Une analyse du niveau de performance des Abakangurambaga selon leurs caractéristiques de base ne montre pas de distinction significative quelque soit le sexe, l'âge, la scolarisation, la religion, le nombre d'enfants ou l'état d'utilisation de la PF. Cela est probablement dû au fait qu'ils présentent des caractéristiques presque semblables et que l'effectif est petit (N=46). Une telle étude au niveau national pourrait aboutir à des résultats très concluants pour la sélection future des Abakangurambaga.

3.4. Evaluation partielle des activités du projet

Dans le cadre du projet, l'ONAPO a procédé à une évaluation partielle des activités des Abakangurambaga en juin 1998 dans les deux communes directement concernées par l'étude. Cette évaluation devait répondre aux objectifs suivants:

- s'assurer que les compétences et les aptitudes des Abakangurambaga leur permettent d'accomplir efficacement leur travail;
- recenser leurs besoins en recyclage;
- s'assurer que la supervision et l'encadrement se font régulièrement;
- évaluer l'acceptabilité du programme par la population;
- identifier les obstacles éventuels susceptibles de handicaper le programme.

L'évaluation a été faite par sondage auprès des Abakangurambaga, de la population bénéficiaire du programme, et des autorités communales locales (bourgmestres, conseillers de

secteur, responsables des CCDFP et des centres de santé, et membres des comités des cellules); et par l'étude de l'évolution des statistiques de PF au niveau des centres de santé de Gatonde (en commune Gatonde) et Gitare (en commune Kidaho) et l'exploitation des rapports mensuels des Abakangurambaga. Dans les ligres qui suivent sont présentées les principales observations ressorties du sondage.

Le sondage a révélé que les compétences et les aptitudes des Abakangurambaga en activités dans les communes Gatonde et Kidaho étaient suffisantes pour leur permettre de jouer leur rôle de promotion du programme de planification familiale; la preuve étant le nombre des utilisateurs/trices qui a augmenté remarquablement aux centres de santé desservant les deux communes. L'umuganda (travaux communautaires), les domiciles des couples et les réunions populaires au niveau des secteurs étaient les canaux privilégiés auxquels recouraient les Abakangurambaga pour sensibiliser la population aux programmes de SMI/PF. Cependant, les Abakangurambaga ont exprimé le besoin d'être recyclés régulièrement.

Il est apparu également que les autorités locales des deux communes concernées étaient suffisamment motivées pour superviser et encadrer régulièrement les Abakangurambaga. Chaque fois qu'ils étaient disponibles, les différents superviseurs apportaient leur concours au programme, notamment en accordant la parole aux Abakangurambaga lors des réunions populaires.

Le sondage a en outre démontré que les Abakangurambaga travaillaient plus avec les femmes mariées qu'avec les célibataires (94 % des Abakangurambaga à Gatonde et 66,6 % à Kidaho l'ont affirmé). Quant à la population, presque toutes les personnes enquêtées ont avoué que les Abakangurambaga ont beaucoup contribué à l'amélioration de leurs connaissances et de leur comportement vis à vis de la planification familiale.

Néanmoins, si l'on considère les rapports mensuels des Abakangurambaga sur la sensibilisation et l'orientation des client(e)s aux centres de santé, ceux de Gatonde ont fait preuve de plus de dynamisme que ceux de Kidaho.

S'agissant des obstacles majeurs pouvant handicaper les activités du programme, le sondage a révélé que les enseignements de l'Eglise Catholique sur les méthodes médicales de contraception étaient susceptibles d'amplifier les rumeurs qui vont à l'encontre de ces méthodes.

D'une manière générale, cette évaluation a permis à l'ONAPO d'apprécier que, au bout de trois mois d'activités des Abakangurambaga dans le programme de PF, les résultats étaient très encourageants.

3.5. Statistiques des services de planification familiale

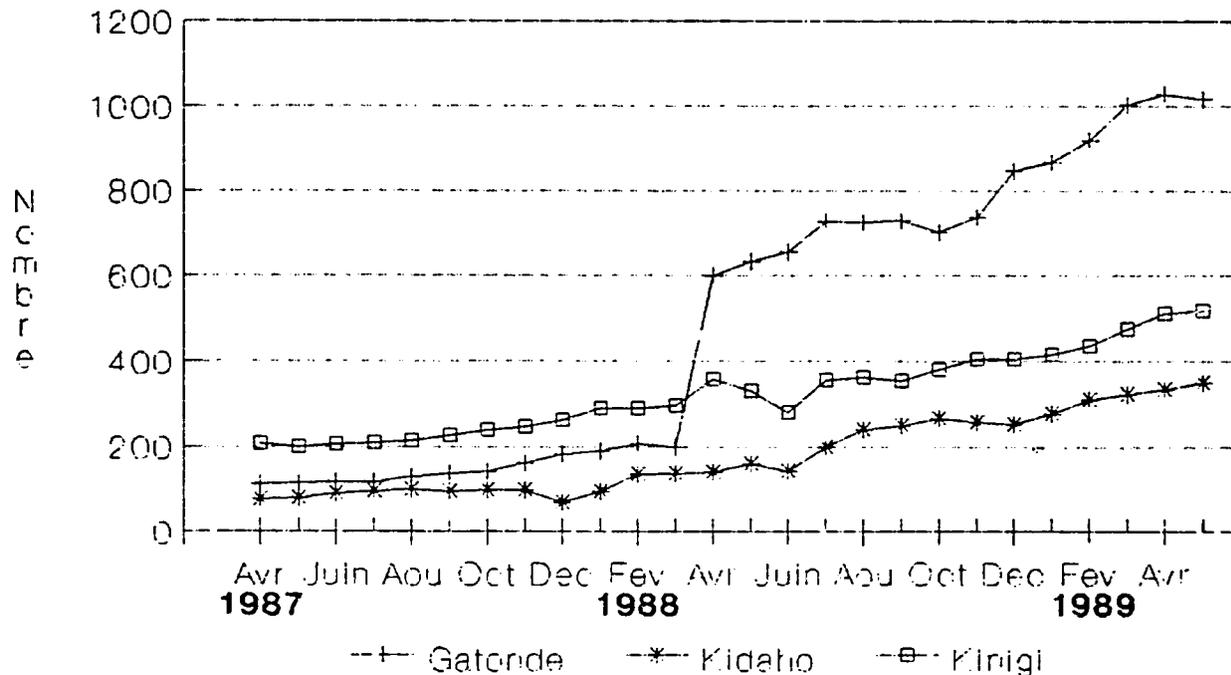
Le Graphique 1 montre, pour la période commençant un an avant la formation des Abakangurambaga et allant jusqu'à mai 1989, l'accroissement du nombre d'utilisatrices approvisionnées dans les trois communes concernées par l'étude. Tous les centres de santé ont attiré une clientèle plus nombreuse pendant cette période. Cependant, on constate qu'il y a une augmentation aigue et soutenue du nombre d'utilisatrices approvisionnées au centre de santé de Gatonde à partir de mars 1988, le mois suivant l'entrée des Abakangurambaga en activités. Le nombre d'utilisatrices actives est passé de 113 au début de la période (avril 1987) à 1021 à la fin (mai 1989), soit un accroissement de plus que 900 %. On constate également que, bien que l'accroissement soit positif avant le projet, il a été plus rapide durant la période d'activité des Abakangurambaga. Notons qu'un bureau secondaire a été mis en opération à Busengo (en commune Gatonde) afin de mieux prêter les services de PF devant l'afflux des clientes.

Les Abakangurambaga de Kidaho ont aussi été formés en février 1988 afin de sensibiliser la population et de fournir certaines méthodes contraceptives au niveau de la communauté. On remarque que l'augmentation du nombre d'utilisatrices approvisionnées par le centre de santé de Gitare (à Kidaho) et par les Abakangurambaga est faible en comparaison de celui de Gatonde. Néanmoins, le nombre d'utilisateurs/trices a augmenté plus rapidement à Kidaho, avec son seul centre de santé (de 77 à 349 utilisateurs/trices, soit une augmentation de 450 %) qu'aux trois centres de Kinigi, la commune témoin du projet (de 207 à 516 utilisatrices, soit une augmentation de 250 %). De plus, on voit que l'augmentation à Kidaho, presque nulle avant la formation des Abakangurambaga, a été clairement perceptible après; alors qu'à Kinigi, le taux d'accroissement apparaît plus ou moins le même jusque vers la fin de la période. La formation des Abakangurambaga à Kinigi en matière de PF, en août 1988 du Plan Global IEC, a probablement contribué à atténuer la différence qui allait s'établir entre cette commune et celle de Kidaho.

La comparaison de l'accroissement du nombre d'utilisateurs/trices à Gatonde et à Kidaho par rapport à la période d'activité des Abakangurambaga suggère qu'il y a une relation positive entre le programme des Abakangurambaga et les résultats obtenus. On peut donc conclure que les Abakangurambaga étaient un facteur, et probablement un facteur causal, dans l'augmentation des utilisateurs/trices à Gatonde et à Kidaho.

Graphique 1

Nombre des Utilisatrices Actives de la Contraception, Avril 1987-Mai 1989



**ACTIVITES DE RECHERCHE
ET D'EVALUATION:
ENQUETE FINALE**

4. ACTIVITES DE RECHERCHE ET D'EVALUATION: ENQUETE FINALE

Une enquête finale du projet a été réalisée au cours du mois de juin 1989 dans les communes Gatonde et Kidaho, directement concernées par les activités de l'étude et dans la commune de Kinigi qui sert de zone témoin. Les femmes mariées et en période de reproduction (entre 15 et 49 ans) ont été retenues comme groupe-cible de notre enquête parce qu'elles représentent la grande majorité de la population-cible du programme de planification familiale dans ces communes comme ailleurs au Rwanda. Les lignes suivantes présentent les objectifs, la méthodologie, et l'organisation de l'enquête ainsi que les résultats obtenus.

4.1. Objectifs, méthodologie et organisation de l'enquête

4.1.1. Objectifs de l'enquête finale

L'enquête a fourni des données quantitatives sur le comportement et les attitudes des femmes en âge de procréer des trois communes susmentionnées en matière de planification familiale. Plus concrètement, l'enquête devait répondre aux objectifs ci-après:

Objectif Global:

Evaluer le niveau des connaissances, des attitudes et des pratiques de la population en matière de planification familiale dans les trois communes concernées par l'étude.

Objectifs Spécifiques:

1. Collecter des renseignements sur:
 - le niveau de connaissances et utilisation des méthodes de planification familiale;
 - les raisons de l'arrêt ou du refus d'utilisation des méthodes de contraception;
 - les sources d'information sur la planification familiale;
 - les attitudes vis à vis de la planification familiale et les désirs à propos de l'utilisation ultérieure des contraceptifs.
2. Evaluer l'impact du programme des Abakangurambaga sur le comportement de la population cible en matière de planification familiale.

4.1.2. Elaboration du questionnaire et prétest

Un questionnaire a été élaboré et prétesté. Les renseignements du prétest ont permis la rédaction du questionnaire définitif.

Le contenu de la version définitive de ce questionnaire présentée en Annexe 1 fournit les éléments suivants:

- caractéristiques socio-démographiques et économiques de l'enquêtée;
- connaissances, attitudes et pratique des méthodes modernes et traditionnelles de PF;
- désirs et intentions en matière de fécondité;
- relations de la population avec les Abakangurambaga.

4.1.3. Plan d'échantillonnage

Comme susmentionné, le groupe cible le plus important pour les services de planification familiale, surtout dans les zones rurales était constitué par les femmes mariées en âge de procréation. Donc les critères de sélection des personnes à enquêter étaient: être de sexe féminin, mariée et être âgée de 15 à 49 ans. Pour que chaque femme éligible dans les communes concernées par l'étude ait la même probabilité d'être sélectionnée, le plan d'échantillonnage "Probabilité proportionnelle à la taille de la population" a été employé pour choisir 450 femmes à enquêter dans chaque commune. L'échantillon comprenait 500 femmes par commune, dont 50 de réserve, à raison de 20 femmes dans chacune des 25 cellules échantillonnées.

Ce plan d'échantillonnage était constitué de plusieurs étapes dans chaque commune. Premièrement, des listes de tous les ménages dans toutes les cellules des communes Gatonde, Kidaho et Kinigi ont été établies. Ce dénombrement a été effectué conjointement par les Abakangurambaga, les membres des comités de cellule et les conseillers de secteur.

Ensuite, 25 cellules par commune ont été sélectionnées au hasard selon l'intervalle d'échantillonnage, ce dernier calculé sur base du nombre de ménages dans la commune entière. Dans chaque cellule sélectionnée, 20 femmes ont été choisies au hasard en utilisant les listes ci-haut mentionnées. Le plan d'échantillonnage adopté a permis d'avoir un échantillon représentatif. Pour une description détaillée du plan d'échantillonnage, voir Annexe 3.

4.1.4. Préparation de l'enquête

La préparation de l'enquête comprend la sélection des enquêteurs et la détermination du calendrier des opérations sur le terrain.

Il faut cependant signaler que l'assistance technique du Centre pour la Population et la Santé Familiale de l'Université de Columbia a apporté un appui indéniable aux membres du staff au projet et de l'enquête. Il faut aussi souligner que l'ONAPO avait préalablement informé les autorités préfectorales de Ruhengeri ainsi que les autorités locales des communes concernées sur l'exécution de l'enquête en juin 1989.

a. Sélection des enquêteurs et des superviseurs

Douze enquêteurs (six hommes et six femmes) et trois superviseurs ont été sélectionnés parmi le personnel de l'ONAPO du bureau central et du bureau régional de Ruhengeri. Ces enquêteurs et superviseurs ont été répartis en trois équipes. Toutes ces personnes ont été choisies en fonction de leur expérience dans la conduite et l'exécution des enquêtes sur le terrain. Et c'est pour cela qu'au lieu d'une formation complète, une orientation des enquêteurs a été organisée pour les familiariser avec le questionnaire et la méthodologie de l'étude.

Bien que des enquêteurs et des enquêtrices aient été retenus pour ce travail, l'analyse des réponses obtenues en fonction du sexe de l'enquêteur n'a montré aucune différence pouvant affecter les résultats de cette enquête.

b. Calendrier des travaux préparatoires de l'enquête

En vue de permettre une exécution rigoureuse de l'enquête et surtout d'assurer la publication des résultats dans un court délai, un calendrier précis des travaux préparatoires avait été établi. Le Tableau 3 ci-après permet de comparer les dates prévues et les dates réelles d'achèvement de l'activité.

Tableau 3: Calendrier des travaux préparatoires de l'enquête:
février - juin 1989

<u>Activités</u>	<u>Date prévue d'exécution</u>	<u>Date réelle</u>
Elaboration du questionnaire pilote et plan d'analyse	Février	Février
Traduction en Kinyarwanda	Février	Février
Plan d'échantillonnage	Février	Février
Etablissement des listes des ménages	Mars	Mai
Sélection des ménages	Mars	Mai - Juin
Sélection des superviseurs	Mars	Mars
Prétest du questionnaire	Mars	Mars
Elaboration du questionnaire définitif	Mars	Avril - Mai
Traduction et impression du questionnaire	Mars	Mai - Juin
Programme d'entrée des données (SPSS/PC+)	Mars	Mars
Organisation logistique		
- informer les autorités de Ruhengeri	Avril	Mai
- disponibiliser trois véhicules	Mai	Mai
- aspects financiers	Mai	Mai
Recrutement des enquêteurs	Avril	Mai
Réunion des superviseurs et enquêteurs/trices	Mai	Juin
Enquête sur le terrain	Mai - Juin	Juin

4.1.5. Exécution de l'enquête sur le terrain

4.1.5.1. Déroulement de l'enquête

La collecte des données sur le terrain a été réalisée par douze agents de l'ONAPC, dont six de sexe masculin et six de sexe féminin, répartis en trois équipes de quatre personnes chacune. A la tête de chaque équipe était placé un superviseur chargé entre autres de la vérification des questionnaires. Ces superviseurs et les enquêteurs/trices sont des agents ayant une expérience en matière de sondage car ils ont participé à l'exécution de diverses enquêtes réalisées par l'ONAPO (cités à titre de référence l'Enquête Nationale sur la Fécondité réalisée par l'ONAPO en 1983).

Compte tenu du calendrier serré et de l'éloignement des lieux de résidence des enquêtées, les superviseurs ont dû épauler les enquêteurs/trices dans la collecte afin d'atteindre le quota journalier de 120 femmes enquêtées, soit une moyenne de 10 enquêtées par enquêteur/trice. En raison de la difficulté d'identifier les lieux d'hébergement des enquêtées, les trois équipes d'enquête sur le terrain se faisaient accompagner des personnes-ressources locales ayant une connaissance du terrain: les membres des comités de cellule et les Abakangurambaga de l'ONAPO.

Globalement, l'exécution de la phase d'enquête sur le terrain s'est déroulée dans les trois communes: à Gatonde, du 8 au 13 juin; à Kidaho, du 13 au 17 juin; et à Kinigi, du 19 au 24 juin selon la démarche décrite ci-dessous.

La veille de la descente sur le terrain, les superviseurs se chargeaient de contacter les conseillers des secteurs programmés pour l'enquête du jour. Cette démarche permettait aux superviseurs de s'assurer que ces conseillers de secteur étaient informés sur les objectifs de l'enquête et le calendrier des visites. Les superviseurs s'assuraient également que chaque membre des comités de cellules de ces secteurs était en possession de la liste des vingt femmes de sa cellule faisant partie de l'échantillon. Il faut noter que les conseillers de secteurs ont été contactés en réunion lors de la phase de préparation de l'enquête.

Le jour de l'enquête, avant la descente sur le terrain, une petite séance de mise au point (10 à 15 minutes) réunissait superviseurs et enquêteurs. Cela permettait un échange d'information sur le déroulement des entrevues de la veille et celles de la journée. Après ce briefing, les trois équipes se rendaient chacune vers son point de rencontre avec les membres des comités de cellule chargés de les accompagner jusqu'au domicile des enquêtées. Les entrevues se sont déroulées, pour la plupart, au domicile des enquêtées ou aux champs lorsque ces dernières étaient occupées par les travaux de champs.

Dans la majorité des cas, les personnes enquêtées répondaient sans gêne aux questions posées et la durée moyenne d'une entrevue allait de 25 à 30 minutes. Les entrevues se déroulaient sans la présence d'une tierce personne.

Les questionnaires remplis par les enquêteurs/trices étaient directement remis aux superviseurs pour vérification. Cette vérification sur le terrain permettait l'identification et la correction directes des anomalies dans le remplissage des questionnaires.

4.1.5.2. Résultats des entrevues

L'examen des résultats de l'enquête révèle un taux de réponse très élevé; il est rarement arrivé que les enquêtées refusent de répondre aux questions des enquêteurs. Ainsi, l'appréciation des résultats des entrevues montre que sur un échantillon désiré de 1350 femmes plus une réserve de 150 pour un total de 1500 femmes (soit 500 femmes par commune, dont 50 de réserve), 1363 femmes soit 90,86 % du total de 1500 ont été touchées. Les personnes enquêtées se repartissent par commune de la façon suivante:

Tableau 4: Résultats des entrevues par commune

Commune	Effectif (sur 500)	Effectif touché (en %)
Gatonde	450	90,0
Kidaho	449	89,8
Kinigi	464	96,8
Total	1.363	90,9

Le Tableau 5 ci-dessous donne une synthèse des raisons de déperdition relevées dans les trois communes.

Tableau 5: Répartition des femmes échantillonnées non-enquêtées selon les raisons d'absence et par commune

Raisons d'absence	Commune			Total
	Gatonde	Kidaho	Kinigi	
Hors critère d'âge	4	12	13	29
Raisons de santé	11	8	4	23
Veuve, fille-mère (sans conjoint)	5	4	1	10
Migration	1	2	5	8
Participation aux funérailles, décès	6	1	1	8
Refus de réponse	1	7	-	8
Travaux aux champs, au marché	3	-	2	5
Séparation temporaire	3	1	-	4
Autres raisons	-	2	2	4
Raison non retrouvable	16	14	8	38
Total	50	51	36	137

4.1.5. Exploitation des données

L'exploitation des données s'est déroulée en trois étapes: la codification des questionnaires; la saisie des données; la tabulation et l'analyse. Les deux premières étapes à savoir la codification et la saisie des données ont eu lieu au cours de l'exécution de l'enquête par deux agents de l'ONAPO.

Ces deux agents disposant d'une expérience de traitement de données sur ordinateur se sont occupés, à tour de rôle, de la saisie des données pendant une période de huit jours. Le fichier de saisie des données a été conçu en SPSS/PC+ Data Entry II et comprenait des tests de cohérence pour chaque question de sorte que les risques d'erreurs au cours de la saisie soient minimisés.

La tabulation des résultats en SPSS/PC+ a été opérée deux semaines après l'enquête par une équipe composée des agents de l'ONAPO et des consultants de l'Université de Columbia. Au cours de cette phase, il a été procédé:

- au nettoyage du fichier des résultats;
- à la conception des programmes de production des marginaux (tableaux simples) et des tableaux croisés;
- à l'exécution des tests de signification pour évaluer la signification réelle des différences constatées dans les résultats obtenus dans chaque commune échantillonnée.

Cette phase de traitement des données, qui a duré une semaine, a permis de faire par la suite, l'analyse des résultats de l'étude dont l'essentiel est présenté ci-dessous.

4.2. Présentation et analyse des résultats

4.2.1. Caractéristiques de base des enquêtées

4.2.1.1. Caractéristiques socio-démographiques et économiques

Le Tableau 6 présente les caractéristiques socio-démographiques et économiques des enquêtées dans chaque commune: l'âge, la situation matrimoniale, la scolarisation, la religion et le travail rémunéré.

L'âge moyen des femmes interrogées dans les trois communes est de 31,0 ans, avec une variation allant de 30,0 ans à Kidaho à 31,9 ans à Gatonde.

L'âge moyen et la répartition des enquêtées par groupe d'âge dans la présente enquête sont bien différents de ceux trouvés par l'Enquête Nationale sur la Fécondité (l'ENF) en 1983. Cette différence est due au fait que la présente enquête comprenait seulement les femmes mariées alors que l'ENF a échantillonné toute femme en âge de procréation. Cela explique aussi le faible pourcentage de femmes de moins de 20 ans dans l'enquête à

Ruhengeri: la population inclut peu de très jeunes femmes qui sont mariées.

Le Tableau 6 montre aussi que plus de six femmes sur dix n'ont jamais été à l'école et que même celles qui l'ont fréquentée n'ont pas pu dépasser le niveau primaire. Cependant une faible proportion de femmes ont avancé jusqu'au niveau post-primaire ou secondaire. Le nombre moyen d'années de scolarisation est de 1,6 pour l'échantillon total.

L'analyse par commune montre qu'il existe des grandes différences sur le niveau de scolarisation entre les trois communes (voir Graphique 2) et que ces différences sont statistiquement significatives. Le pourcentage de non-scolarisées à Gatonde (37,1 %) est beaucoup moins élevé que celui des autres communes (71,0 % à Kidaho et 76,0 % à Kinigi), bien que, même à Gatonde, seulement quelques-unes des scolarisées aient dépassé le niveau primaire.

La majorité des femmes interrogées dans chaque commune était de religion catholique. Le pourcentage de catholiques est le plus élevé à Gatonde (70,8 %), et Kinigi avait le plus grand pourcentage de protestantes (37,6 %).

S'agissant du travail rémunéré, les résultats de l'enquête laissent entrevoir qu'environ un dixième seulement des femmes interrogées avaient un travail rémunéré. Le pourcentage le plus élevé s'observe à Gatonde (13,4 %) et le moins élevé à Kinigi (7,7 %). L'artisanat était le travail le plus pratiqué à Gatonde pendant que le petit commerce l'était dans les deux autres communes.

Graphique 2
Pourcentage des Femmes Scolarisées
par Commune

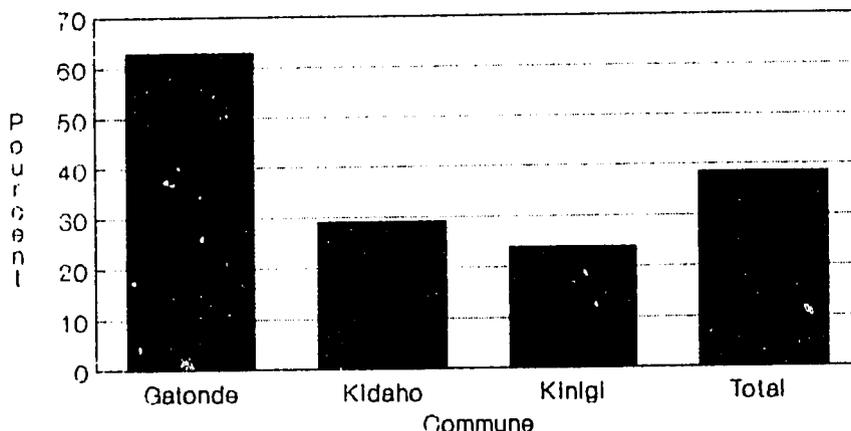


Tableau 6: Caractéristiques Socio-Démographiques et Economiques

	Proportion de femmes				
	Gatonde	Kidaho	Kinigi	Total	Rwanda*
Age	(N=443)	(N=425)	(N=451)	(N=1319)	
15-19 ans	0,9	2,4	3,1	2,1	23,3
20-24	11,1	25,2	20,4	18,8	20,7
25-29	26,9	23,1	20,4	23,4	17,7
30-34	28,4	21,9	22,4	24,3	13,3
35-39	19,9	12,9	17,7	16,9	8,7
40-44	9,7	10,8	12,2	10,9	8,7
45-49	3,2	3,8	3,8	3,6	6,9
Age moyen (ans)	31,9	30,0	31,0	31,0	
IC**	±0,61	±0,72	±0,70	±0,39	
Habite avec mari	(N=450)	(N=449)	(N=464)	(N=1363)	
Oui	98,0	98,7	98,5	98,4	74,8
Non	2,0	1,3	1,5	1,6	25,2
Education	(N=450)	(N=441)	(N=463)	(N=1354)	(N=5736)
Pas d'éducation	37,1	71,0	76,0	61,4	52,6
Primaire	60,0	26,3	21,8	36,0	43,0
Post-primaire, secondaire	2,8	2,7	2,1	2,6	4,4
Néant	37,1	70,7	76,0	61,4	52,6
1-3 ans	35,9	18,7	17,7	24,2	17,9
4 ans et plus	26,9	10,6	6,3	14,5	29,5
Moyenne (ans)	2,7	1,2	0,9	1,6	
IC	±0,24	±0,22	±0,17	±0,13	
Religion	(N=448)	(N=448)	(N=463)	(N=1359)	(N=5736)
Catholique	70,8	54,7	52,5	59,2	63,1
Protestante	26,6	32,1	37,6	32,2	18,5
Autre	2,7	13,2	9,9	8,6	18,4
Travail rémunéré	(N=449)	(N=447)	(N=463)	(N=1359)	(N=5736)
Non	86,6	88,6	92,2	89,2	-
Oui	13,4	11,4	7,7	10,9	-
Artisanat	(6,0)	(2,0)	(1,3)	(3,1)	(0,4)
Petit commerce	(2,9)	(5,1)	(4,3)	(4,1)	(0,2)
Aux champs	(2,7)	(1,6)	(1,1)	(1,8)	-
Salariée	(1,1)	(2,0)	(0,6)	(1,3)	(0,9)
Autre	(0,7)	(0,7)	(0,4)	(0,6)	(0,4)

* Source: Enquête Nationale sur la Fécondité, ONAPO, 1983, pp. 60, 61, 63, 65, 66. Cette enquête a été effectuée sur les femmes de 15 à 50 ans quel que soit leur état matrimonial. Donc, elle diffère de la présente enquête qui a comme échantillon, les femmes mariées de 15 à 49 ans.

** IC = L'intervalle de confiance à 95 pour cent a été utilisé dans ce rapport.

N.B. Le niveau de scolarisation et la religion varient significativement selon la commune. (Chi carré, p<.001)

4.2.1.2. Caractéristiques de fécondité

Les Tableaux 7a, 7b et 7c présentent les caractéristiques de fécondité des femmes enquêtées, y compris leur nombre d'enfants, leur situation actuelle en ce qui concerne la grossesse, l'allaitement et leur dernier intervalle intergénéral.

Il ressort du Tableau 7a que la quasi-totalité des femmes mariées auxquelles a été soumise la présente enquête ont eu au moins un enfant né-vivant, et presque la moitié (46,8 % de l'échantillon total) avait déjà eu cinq enfants nés-vivants ou plus. Une femme sur deux (49,0 %) avait perdu au moins un enfant et 14,8 % avait perdu trois enfants ou plus. Donc, à peu près un tiers des femmes restaient avec un ou deux enfants vivants, un tiers avec trois ou quatre, et un autre tiers avec cinq ou plus.

Tableau 7a: Caractéristiques de fécondité:
enfants nés-vivants, enfants morts et enfants survivants

	<u>Proportion de femmes</u>			
	Gatonde	Kidaho	Kinigi	Total
Enfants nés-vivants	(N=449)	(N=448)	(N=463)	(N=1360)
Néant	0	1,3	0,4	0,7
1-2	23,8	30,0	25,5	26,4
3-4	27,6	26,6	24,0	26,0
5-6	22,5	20,3	18,5	20,4
7-8	14,5	14,1	18,6	15,7
9 et plus	11,5	7,4	12,9	10,7
Enfants décédés	(N=449)	(N=448)	(N=463)	(N=1360)
Néant	55,5	48,2	49,2	51,0
1-2	34,5	35,5	32,6	34,2
3-4	7,2	13,1	14,0	11,4
5 et plus	2,9	3,2	4,1	3,4
Enfants survivants	(N=449)	(N=448)	(N=464)	(N=1361)
Néant	0,4	2,9	1,2	1,5
1-2	29,2	38,4	31,7	33,1
3-4	33,4	34,6	34,3	34,1
5-6	23,2	18,7	21,1	21,0
7-8	10,9	4,7	9,5	8,4
9 et plus	2,9	0,6	2,1	1,9

Le Tableau 7b montre le nombre moyen d'enfants nés-vivants, décédés, et vivants selon le groupe d'âge de la mère. La relation est positive: en effet, ce nombre augmente avec l'âge de la mère. Les femmes les plus âgées (de 45 à 49 ans) ont eu en moyenne 8,6 enfants nés vivants, 2,7 enfants décédés, et 5,9 enfants encore en vie. Si l'on considère le nombre moyen d'enfants nés-vivants, décédés et vivants selon l'âge moyen de toutes les femmes enquêtées, (31,0 ans) on constate qu'il est respectivement de 4,7, de 1,0, et de 3,6.

Tableau 7): Caractéristiques de fécondité:
nombre moyen d'enfants vivants, enfants morts et
enfants nés-vivants par groupes d'âge de la mère

Groupe d'âge de la mère	<u>Nombre moyen d'enfants nés-vivants</u>			
	Gatonde (N=442)	Kidaho (N=424)	Kinigi (N=450)	Total (N=1316)
Tous âges	4,8	4,3	4,9	4,7
IC	±0,25	±0,25	±0,27	±0,15
15 - 19 ans	1,3	1,0	1,2	1,1
20 - 24	1,6	1,9	2,0	1,9
25 - 29	3,0	3,2	3,4	3,2
30 - 34	4,8	4,6	5,3	4,9
35 - 39	6,5	6,2	7,1	6,6
40 - 44	8,7	8,0	8,4	8,4
45 - 49	8,9	9,0	8,1	8,6

	<u>Nombre moyen d'enfants morts</u>			
	Gatonde (N=442)	Kidaho (N=424)	Kinigi (N=450)	Total (N=1316)
Tous âges	0,8	1,1	1,2	1,0
IC	±0,12	±0,13	±0,15	±0,08
15 - 19 ans	0	0,2	0,1	0,1
20 - 24	0,2	0,3	0,3	0,3
25 - 29	0,3	0,6	0,5	0,5
30 - 34	0,7	1,0	1,2	1,0
35 - 39	1,3	1,7	2,1	1,7
40 - 44	1,5	2,6	2,4	2,2
45 - 49	2,9	3,4	1,9	2,7

	<u>Nombre moyen d'enfants vivants</u>			
	Gatonde (N=442)	Kidaho (N=424)	Kinigi (N=451)	Total (N=1317)
Tous âges	4,0	3,2	3,7	3,6
IC	±0,21	±0,18	±0,20	±0,11
15 - 19 ans	1,3	0,8	1,1	1,0
20 - 24	1,4	1,6	1,8	1,6
25 - 29	2,7	2,6	2,9	2,7
30 - 34	4,1	3,6	4,1	3,9
35 - 39	5,3	4,5	4,9	4,9
40 - 44	7,2	5,3	6,0	6,2
45 - 49	5,9	5,6	6,2	5,9

Le Tableau 7c montre que le pourcentage de femmes enceintes au moment de l'enquête dans l'échantillon total est de 11,4 %, mais que ce taux varie significativement selon la commune de résidence. A Gatonde, 8,8 % de femmes étaient enceintes alors qu'à Kidaho et à Kinigi le taux de grossesse est respectivement de 11,6 % et de 13,6 %. Ces deux derniers taux sont semblables à ceux qui seraient attendus dans des populations qui n'utilisent pas la contraception.

Presque quatre femmes sur cinq allaitaient au moment de l'enquête et cette proportion est aussi élevée dans chacune des trois communes que dans le groupe entier. Ce très haut niveau d'allaitement maternel exige que le programme national de planification familiale continue de rendre disponible les méthodes contraceptives indiquées pour ce groupe de femmes.

L'intervalle intergénérisique entre les deux dernières naissances est en moyenne de 30 mois. On n'observe pas de grandes disparités entre les trois communes. Un peu plus du quart des femmes (26,7 %) avaient un intervalle de moins de 24 mois et 47,9 % avaient de 24 à 36 mois. Donc, trois femmes sur quatre avaient un intervalle inférieur à celui suggéré d'au moins 36 mois.

Tableau 7c: Caractéristiques de fécondité:
grossesse, allaitement et intervalle intergénérisique

	Proportion de femmes			
	Gatonde	Kidaho	Kinigi	Total
Femmes actuellement enceintes	(N=443)	(N=448)	(N=462)	(N=1353)
Non	88,0	85,3	85,3	86,2
Oui	8,8	11,6	13,6	11,4
Pas sûre	3,2	3,1	1,1	2,4
Femmes actuellement allaitantes	(N=447)	(N=443)	(N=363)	(N=1353)
	74,9	78,8	80,1	78,0
Intervalle entre les deux dernières naissances	(N=300)	(N=291)	(N=327)	(N=918)
Moins de 24 mois	23,7	28,9	27,5	26,7
24 - 36 mois	50,3	44,3	49,0	47,9
Plus de 36 mois	26,0	26,8	23,5	25,4
Intervalle moyen (mois)	30,8	30,3	30,2	30,4
IC	±1,3	±1,4	±1,3	±0,8

N.B. La proportion des femmes enceintes varie significativement selon la commune. (Chi carré: $p < .05$)

4.2.2. Connaissance, attitudes et pratiques en matière de planification familiale

4.2.2.1. Connaissance de la contraception

a. Connaissance des méthodes modernes

Presque toutes les femmes interrogées ont déclaré spontanément ou après lecture connaître au moins une méthode de contraception (voir Tableau 8). Les méthodes les plus citées spontanément sont l'injectable, connu par 73,4 % des femmes enquêtées, la pilule par 71,5 % et les condoms par 30,7 %. Il semblerait que les méthodes les plus citées sont celles qui sont les plus acceptées par la population. A Gatonde, le niveau de connaissance spontanée des méthodes est en général plus élevé qu'à Kidaho et à Kinigi.

Il faut également noter la connaissance spontanée du DIU, qui est de 31,7 % à Gatonde, 11,9 % à Kidaho et 26,4 % à Kinigi. Même si le programme d'utilisation des Abakangurambaga a démarré bien avant à Kidaho, on constate cependant que le niveau de connaissance spontanée du DIU est plus élevé à Kinigi qu'à Kidaho.

b. Connaissance des méthodes traditionnelles

Presque quatre femmes enquêtées sur cinq (78,0 %) ont déclaré connaître au moins une méthode traditionnelle de contraception (voir Tableau 9). La continence périodique est la méthode la plus connue dans les trois communes (60,7 %). Elle est connue de 66,7 % à Gatonde, 58,8 % à Kidaho, et 57,7 % à Kinigi.

Près de la moitié des femmes interrogées (47,4 %) connaissent l'abstinence et 41,1 % connaissent le coit interrompu. L'allaitement prolongé comme moyen de contraception est très peu connu. En effet, outre ses avantages sur la santé du nourrisson, seulement 47,8 % des femmes enquêtées le considèrent aussi comme une des méthodes de contraception.

L'avortement n'est pas considéré comme une méthode de contraception pour les couples car seulement 11,5 % ont déclaré connaître son usage. Cette faible connaissance est peut-être due au fait que la méthode était considérée comme plus appropriée pour les femmes non-mariées.

La continence périodique reste la méthode la plus citée spontanément par les femmes. Ainsi, 26,6 % des femmes à Gatonde, 23,8 % à Kidaho, 24,9 % à Kinigi et 25,1 % pour l'ensemble des trois communes la connaissent contre 9,8 % qui, lors de l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1983, avaient spontanément déclaré connaître la continence et l'abstinence.

La connaissance spontanée des autres méthodes traditionnelles reste cependant encore faible.

Tableau 8: Connaissance spontanée et après lecture
des méthodes modernes de contraception

	Proportion de femmes														
	Gatonde (N=450)			Kidaho (N=449)			Kinigi (N=464)			Total (N=1363)			Rwanda†		
	Connaissance			Connaissance			Connaissance			Connaissance			Connaissance		
	Spon- tanée	Après lecture	Total	Spon- tanée	Après lecture	Total	Spon- tanée	Après lecture	Total	Spon- tanée	Après lecture	Total	Spon- tanée	Après lecture	Total
Au moins une méthode moderne	95,8	90,1	100	73,7	87,7	96,8	76,7	80,9	96,1	82,0	86,1	97,6	-	-	-
Injectables	92,0	7,6	99,6	56,6	33,4	90,0	71,8	22,4	94,2	73,4	21,1	94,5	18,7	26,7	45,4
Pilule	98,7	10,7	99,4	66,8	25,4	92,2	59,5	26,7	86,2	71,5	21,0	92,5	18,9	21,7	40,6
Condoms	48,4	43,8	92,2	27,3	49,7	77,0	16,8	42,2	59,0	30,7	45,2	75,9	1,4	9,6	11,0
Spermicides	4,5	41,5	46,0	2,7	35,1	37,8	0,9	20,6	21,5	2,7	32,2	34,9	-	-	-
DIU	31,7	52,7	84,4	11,7	50,6	62,5	26,4	43,5	69,9	23,4	48,9	72,3	6,1	15,0	21,1
Stérilisation	5,2	51,0	66,2	1,8	50,0	51,8	1,7	50,2	51,9	2,9	53,7	56,6	0,9	0	0,9
Auto-observation	28,4	52,0	80,4	10,3	39,2	49,5	6,9	35,6	42,5	15,1	2,2	57,3	-	-	-

Source: Enquête Nationale sur la Fécondité, ONAFD, 1983, p.206.

- 26 -

Tableau 9: Connaissance spontanée et après lecture
des méthodes traditionnelles de contraception

	Proportion de femmes														
	Gatonde (N=450)			Kidaho (N=449)			Kinigi (N=464)			Total (N=1363)			Rwanda		
	Connaissance			Connaissance			Connaissance			Connaissance			Connaissance		
	Spon-	Après	Total	Spon-	Après	Total	Spon-	Après	Total	Spon-	Après	Total	Spon-	Après	Total
	tanée	lecture		tanée	lecture		tanée	lecture		tanée	lecture		tanée	lecture	
Au moins une méthode traditionnelle	43,6	76,5	85,6	30,3	68,7	75,1	31,3	65,8	73,9	34,8	70,1	78,0	-	-	-
Contenance périodique	26,6	39,9	66,5	23,8	35,0	58,8	24,9	32,1	57,0	25,1	35,6	60,7	9,8	36,3	46,1
Abstinence	7,3	51,2	58,5	3,2	41,7	44,9	2,4	36,5	38,9	4,3	43,1	47,4			
Coit interrompu	9,4	45,7	55,1	5,0	30,3	35,3	1,5	31,8	33,3	5,2	35,9	41,1	0,7	17,0	17,7
Allaitement prolongé	4,8	51,5	56,3	2,4	41,7	44,1	2,9	40,4	43,2	3,3	44,5	47,8	-	-	0,2
Avortement provoqué	0,7	19,8	20,5	0	9,7	9,7	0	5,0	5,0	0,2	11,3	11,5	-	-	25,5
Autre	13,9	2,2	16,1	5,0	1,8	6,8	4,0	0,9	4,9	7,5	1,6	9,1	-	-	6,2

Source: Enquête Nationale sur la Fécondité, ONAPD, 1983, pp. 204, 206.

18

4.2.2.2. Pratiques et attitudes sur les méthodes modernes

a. Utilisation passée et actuelle de la contraception moderne

L'enquête a montré un taux de prévalence actuelle des méthodes modernes de 18,8 % pour les trois communes (voir Tableau 10). Ce taux est beaucoup plus élevé que celui du niveau national qui était de l'ordre de 4,2 % en décembre 1988 et qui englobe également les zones urbaines où l'utilisation est supérieure aux zones rurales.

L'enquête a montré en outre qu'il y avait des grandes différences en utilisation selon la commune: Gatonde a de loin le taux le plus élevé (35,9 %) suivie par Kidaho (à 11,6 %) et Kinigi (à 9,6 %). (Voir Graphique 3)

Même pour les méthodes modernes (méthodes d'auto-observation non-comprises), le taux de prévalence reste toujours très appréciable, à 13,9 % de l'échantillon total. Gatonde présente toujours le taux le plus élevé des trois communes: plus d'une femme sur quatre (28,5 %) de cette commune utilise actuellement une méthode moderne de PF.

Partout, l'injectable est la méthode la plus utilisée, suivie par la pilule. Il n'y a qu'un pourcentage négligeable des femmes qui utilisent les méthodes de barrières, le dispositif intra-utérin (DIU) ou la stérilisation, bien que la connaissance de ces méthodes soit assez importante.

Par rapport à la prévalence actuelle, le pourcentage des femmes qui ont utilisé une méthode moderne mais qui ne l'utilise plus (figurant au Tableau 10 dans la colonne 'Utilisation antérieure') n'est pas largement différent. Cette constatation témoigne que la majorité des femmes qui avaient déjà utilisé une méthode auparavant en sont toujours utilisatrices.

Tableau 10: Connaissance et utilisation des méthodes modernes:
Proportion des femmes qui les connaissent, ont utilisé, et utilisent actuellement

	Proportion de femmes														
	Gatonde (N=450)			Kidaho (N=449)			Kinigi (N=464)			Total (N=1363)			Rwanda†		
	Conn	Util anté	Util actu	Conn	Util anté	Util actu	Conn	Util anté	Util actu	Conn	Util anté	Util actu	Conn	Util anté	Util actu
Au moins une méthode moderne	100	43,8	35,9	96,8	13,7	11,6	96,1	12,9	9,6	97,6	23,2	18,8	-	2,7	0,9
Au moins une méthode moderne (méthodes d'auto-observation non-comprises)	100	32,4	28,5	96,6	8,9	6,4	95,4	9,2	7,4	97,3	16,6	13,9	-	-	-
Injectables	99,6	27,5	24,8	90,0	5,4	3,8	94,2	8,4	6,7	94,5	13,7	11,7	45,4	0,8	0,4
Pilule	99,4	4,9	3,1	92,2	4,0	1,3	86,2	1,7	0,6	92,5	3,5	1,7	40,6	1,0	0,2
Condoms	92,2	0,2	0	77,0	1,3	0,9	59,0	0,4	0,2	75,9	0,7	0,4	11,0	0,1	-
Spermicides	46,0	0	0	37,8	0,4	0,2	21,5	0	0	34,9	0,1	0,1	-	-	-
DIU	84,4	0,5	0	62,5	0,2	0,2	69,9	0,9	0	72,3	0,5	0,1	21,1	0,6	0,3
Sterilisation	66,2	0	0	51,9	0,2	0,2	51,9	0	0	56,6	0,1	0,1	0,9	-	-
Auto-observation	90,4	18,0	8,7	49,5	6,0	5,8	42,5	4,1	2,2	57,3	9,3	5,5	-	-	-

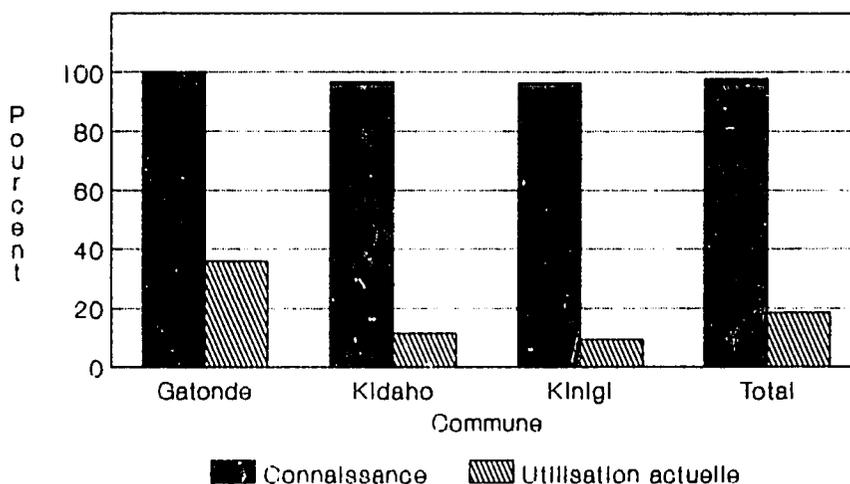
† Source: Enquête Nationale sur la Fécondité, ONAPD, 1983, pp. 206, 211, 213.

N.B. Utilisation antérieure et utilisation actuelle diffèrent significativement selon la commune.
(Chi carré: $p < .001$)

Util anté = Utilisation antérieure: indique que la femme a déjà utilisé la/les méthode(s) citée(s) dans sa vie, y compris l'utilisation actuelle.

Util actu = Utilisation actuelle: indique que la femme utilise la/les méthode(s) citée(s) au moment de l'enquête.

Graphique 3 Connaissance et Utilisation Actuelle des Methodes Modernes, par Commune



b. Utilisation de la contraception moderne selon les caractéristiques socio-démographiques

L'étude a en outre permis d'examiner la relation qui existe entre le fait de connaître et d'utiliser les méthodes modernes de contraception et les caractéristiques socio-démographiques des enquêtées des trois communes.

Il ressort du Tableau 11 que le degré de connaissance des méthodes modernes est très élevé chez les enquêtées quel que soit leur âge, leur niveau de scolarisation, ou leurs croyances religieuses. Il est remarquable que plus que 90 % des femmes de toute catégorie d'âge, scolarisées ou non-scolarisées, et de toute religion connaissent au moins une méthode moderne de contraception.

Tableau 11: Connaissance, utilisation antérieure, et utilisation actuelle d'au moins une méthode contraceptive moderne selon les caractéristiques socio-démographiques

	Proportion de femmes											
	Gatonde			Kidaho			Kinigi			Total		
	Conn anté	Util actu	Util	Conn anté	Util actu	Util	Conn anté	Util actu	Util	Conn anté	Util actu	Util
Age	(N=427)			(N=416)			(N=447)			(N=1289)		
15 - 19	100	50,0	50,0	90,0	0	0	100	0	0	96,4	7,1	7,1
20 - 24	100	31,3	29,2	96,1	10,8	10,8	96,7	6,5	4,3	97,1	13,2	12,0
25 - 29	100	44,7	35,1	97,9	12,4	9,3	98,9	8,8	5,5	99,0	23,5	17,9
30 - 34	100	47,5	37,5	97,8	16,3	15,2	98,0	17,3	13,3	98,7	28,7	23,2
35 - 39	100	37,6	29,4	96,3	20,4	13,0	92,5	15,0	11,3	96,3	25,1	18,7
40 - 44	100	57,5	55,0	97,7	13,3	11,1	90,7	22,2	18,5	95,7	29,5	26,6
45 - 49	100	50,0	35,7	93,8	25,0	25,0	94,1	23,5	17,6	95,7	31,9	25,5
Chi carré	**	NS	NS	NS	NS	NS	NS	p<.05	p<.05	NS	p<.001	p<.01
Scolarisation	(N=433)			(N=430)			(N=359)			(N=1322)		
Oui	100	46,3	39,6	97,7	20,3	18,8	98,2	16,4	11,8	99,0	33,3	28,3
Non	100	39,5	29,6	96,4	10,9	8,6	95,4	11,8	8,9	96,7	17,0	12,9
Chi carré	**	NS	p<.05	NS	p<.05	p<.01	NS	NS	NS	p<.05	p<.001	p<.001
Religion	(N=431)			(N=437)			(N=459)			(N=1327)		
Catholique	100	44,0	36,8	97,1	14,9	12,4	98,3	12,9	9,6	98,6	25,5	20,9
Protestante	100	45,7	36,2	96,4	14,3	12,1	93,6	13,4	9,3	96,2	22,4	17,5
Autre	100	8,3	8,3	96,4	7,1	7,1	93,5	10,9	10,9	95,6	8,8	8,8
Chi carré	**	p<.05	NS	NS	NS	NS	p<.05	NS	NS	p<.05	p<.001	p<.01

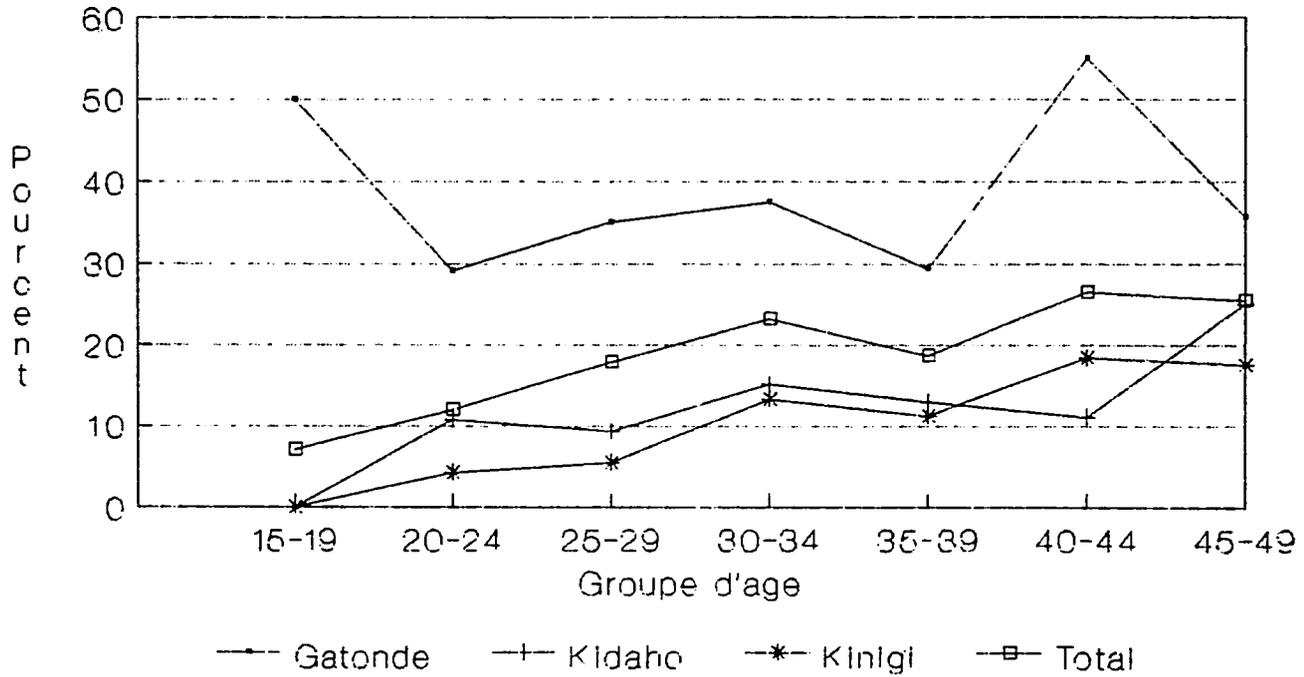
** Réponse unique donc pas de test possible.

N.B. Util anté = Utilisation antérieure: indique que la femme a déjà utilisé la/les méthode(s) citée(s) dans sa vie, y compris l'utilisation actuelle.

Util actu = Utilisation actuelle: indique que la femme utilise la/les méthode(s) citée(s) au moment de l'enquête.

Quant à l'utilisation actuelle, l'examen des résultats de l'enquête montre que l'utilisation de la contraception dans l'échantillon total augmente avec l'âge de l'enquêtée, et que cette variation est significative. Donc, on trouve la prévalence plus élevée parmi les femmes relativement âgées, comme le Graphique 4 l'illustre. Néanmoins, l'utilisation parmi les jeunes est toujours importante. On remarque cependant qu'à Gatonde, l'utilisation se situe à un niveau très élevé chez les femmes appartenant à tous les groupes d'âge sans distinction et qu'à Kidaho aussi il n'existe pas d'association entre l'utilisation et l'âge.

Graphique 4
Utilisation Actuelle de la Contraception
Moderne par Age et par Commune



4/2

Il existe des différences remarquables sur le taux d'utilisation actuelle entre les enquêtées scolarisées et non-scolarisées. Le groupe des femmes scolarisées a un taux de prévalence qui se situe à 28,3 % alors que le deuxième groupe compte 12,9 % d'utilisatrices. De notables différences sont retenues à Gatonde et à Kidaho, pendant que la différence est moins importante à Kinigi. Cette association entre l'utilisation de la contraception et la scolarisation ne fait que confirmer l'hypothèse selon laquelle la scolarisation est un élément prédisposant au recours à la contraception.

Aussi, il est même très impressionnant que le taux de prévalence chez les enquêtées non-scolarisées (12,9 %) dépasse largement le dixième de la population échantillonnée non-scolarisée dans les zones rurales. Ce taux connaît même des proportions considérables à Gatonde où l'on compte 29,6 % d'utilisatrices actuelles parmi les non-scolarisées.

Concernant la religion, on ne constate aucune différence dans les taux d'utilisation entre les catholiques et les protestantes qui, dans l'ensemble, représentent 91,4 % des enquêtées.

c. Raisons pour ne jamais avoir utilisé les contraceptifs

Il a été demandé aux femmes qui n'avaient jamais utilisé une méthode moderne les raisons de non-utilisation. La plupart d'entre-elles (55,4 %) ont répondu qu'elles n'en avaient pas besoin, comme le Tableau 12 l'indique. Mais, eu égard au dernier intervalle intergénérisique qui est moins de 36 mois pour 70,0 %, ces femmes sont alors des candidates potentielles des services de PF du moins pour la sauvegarde de la santé de la mère et de l'enfant. Donc, ce sentiment de ne pas se considérer concernées par la PF est probablement dû plutôt à l'insuffisance de sensibilisation. Se référant au même Tableau 12, on observe que 13,2 % des femmes enquêtées citent directement le manque d'information suffisante sur les méthodes de PF comme raison de non-utilisation.

Tableau 12: Raisons pour ne jamais avoir utilisé les contraceptifs

	Proportion de celles qui n'ont jamais utilisé			
	Gatonde (N=247)	Kidaho (N=374)	Kinigi (N=397)	Total (N=1018)
N'en avait pas besoin	49,8	62,8	51,9	55,4
Manque d'informations	12,1	13,1	13,9	13,2
Voulait enfant d'autre sexe	5,3	6,7	7,6	6,7
Peur des effets secondaires	2,0	2,7	1,3	2,0
Mari ou famille est contre	1,6	1,6	3,0	2,2
N'a pas encore d'enfants	0,8	2,4	0,5	1,3
La religion est contre	0	0	0,3	0,1
Autre	28,3	10,7	21,7	19,3

Contrairement à l'avis de certains, la peur des effets secondaires n'est pas très incriminée par les enquêtées comme cause de non-utilisation. Plus étonnant encore, la population soumise à l'enquête n'a pas avancé de raisons d'ordre religieux, malgré le fait que la majorité des enquêtées (63,1 %) est catholique.

d. Raisons de l'arrêt de la contraception

Dans le Tableau 13, on constate directement que les effectifs sont réduits pour les trois communes car peu de femmes avaient abandonné la contraception avant l'enquête. Sur un total de 52 femmes interrogées dans cette catégorie, une proportion de 25 % voulait avoir un enfant. La même proportion a abandonné la méthode à cause des effets secondaires.

A part ces deux premières raisons mentionnées, citons par ordre d'importance d'autres raisons d'arrêt de moindre importance: l'échec de la méthode (les méthodes d'auto-observation), l'absence du mari, la peur des effets secondaires, et le refus du mari ou de la famille.

Ce faible nombre d'anciennes utilisatrices dans l'échantillon renforce l'observation mentionnée ci-dessus, à savoir, que le taux de continuité des méthodes demeure très élevé dans les trois communes.

Tableau 13: Raisons d'abandon des méthodes contraceptives

	Proportion de celles qui ont abandonné			
	Gatonde (N=27)	Kidaho (N=9)	Kinigi (N=16)	Total (N=52)
Voulait un enfant	22,2	33,3	25,0	25,0
Effets secondaires	29,6	33,3	12,5	25,0
Echec de la méthode	11,1	0	12,5	9,6
Mari absent	0	11,1	6,3	3,8
Peur des effets secondaires	3,7	0	0	1,9
Le mari ou la famille est contre	0	0	6,3	1,9
Accessibilité difficile	0	0	0	0
Autre	33,3	22,2	37,5	32,7

e. Attitudes sur les bienfaits et inconvénients de la contraception

La population des trois communes est informée des avantages de la contraception: 97,6 % des enquêtées en ont cité au moins un (voir Tableau 14). Plus de la moitié reconnaissent que la contraception contribue à l'amélioration du bien-être de la mère et de l'enfant. Toutefois l'on constate que cet avantage n'a pas été également mentionné dans la même proportion par les femmes des trois communes. Cette proportion est plus élevée à Kinigi (71,2 %) et l'est moins à Gatonde où un peu plus de la moitié des enquêtées (55,2 %) l'ont signalé.

Près du tiers des enquêtées (29,9 %) considère, en premier lieu, que la PF procure des avantages économiques à la famille. Comparativement, les enquêtées de Gatonde perçoivent plus les avantages économiques qu'offre le recours à la contraception: elles sont 37,4 % contre moins de 30 % à Kidaho et à Kinigi.

Il est intéressant de constater la proportion négligeable de femmes non-informées sur les bienfaits de la contraception: 2,5 % pour les trois communes et moins de 1 % à Gatonde. Ceci suggère que la population des trois communes a été sensibilisée aux bienfaits de la PF, qu'elle sait qu'il est avantageux d'utiliser la contraception, et qu'un effort devrait être déployé en vue de la motiver à y recourir effectivement. La sensibilisation doit donc exploiter ces avantages principaux car c'est à ces deux messages que la population de ces communes est sensible.

Concernant les principaux inconvénients de la contraception, le Tableau 14 montre que plus de deux femmes sur trois (69,3 %) ont déclaré qu'il n'y en a pas. S'agissant des femmes ayant cité quelques inconvénients, 27,9 % ont mentionné les effets secondaires comme l'inconvénient le plus préoccupant. Il est également intéressant de constater que l'accessibilité aux moyens contraceptifs n'est pas considéré comme un problème dans les trois communes.

Tableau 14: Bienfaits et inconvénients de la contraception

	Proportion de femmes			
	Gatonde	Kidaho	Kinigi	Total
Avantage principal	(N=446)	(N=398)	(N=438)	(N=1282)
Bien-être de la mère et de l'enfant	55,2	60,1	71,2	62,2
Avantages économiques pour la famille	37,4	28,6	23,3	29,9
Autre	6,5	6,8	3,2	5,5
Pas d'avantage	0,9	4,5	2,3	2,5
Inconvénient principal	(N=418)	(N=374)	(N=414)	(N=1206)
Pas d'inconvénient	63,4	72,2	72,7	69,3
- Non-utilisatrices				71,5
- Utilisatrices				63,0
Effets secondaires	32,8	26,5	24,2	27,9
- Non-utilisatrices				26,3
- Utilisatrices				32,3
Accessibilité difficile	1,2	0	0,5	0,6
Autre	2,6	1,3	2,7	2,2

N.B. Les inconvénients principaux varient significativement selon la commune. (Chi carré: $p < .01$)

Les réponses des enquêtées diffèrent selon qu'elles sont données par les utilisatrices ou par les non-utilisatrices. Les inconvénients de la contraception sont davantage connus par celles ayant déjà utilisé une des méthodes de PF, alors que les non-utilisatrices ont plus tendance à répondre qu'il n'y a pas d'inconvénients. La commune de Gatonde qui compte le plus grand taux de prévalence compte également le pourcentage le plus élevé des enquêtées informées sur les inconvénients.

Bien que le problème des effets secondaires ait été mentionné par un faible pourcentage, il doit cependant préoccuper les responsables des services de PF afin d'éviter les éventuelles déperditions chez les utilisatrices.

f. Source principale d'information sur les bienfaits de la planification familiale

Comme les données du Tableau 15 le montrent, le personnel des centres de santé reste la source principale d'information sur les bienfaits de la planification familiale à Kidaho et à Kinigi, alors qu'à Gatonde, ce sont les Abakangurambaga. Ce résultat est compréhensible à la vue des différences dans les activités menées par les Abakangurambaga de Gatonde et Kidaho, comme il a été précisé au chapitre 3.3.

Ce résultat suggère que beaucoup de clientes venant au centre de santé de Gatonde ont déjà été sensibilisées et motivées, ce qui permet au personnel de santé de concentrer leurs efforts plutôt sur la prestation des services.

Tableau 15: Source principale d'information sur les bienfaits de la contraception

	Proportion de femmes			
	Gatonde (N=437)	Kidaho (N=369)	Kinigi (N=423)	Total (N=1229)
Personnel des centres de santé	30,7	64,0	60,3	50,9
Abakangurambaga	40,0	6,5	4,7	17,8
Mari, amis, voisins	8,9	18,7	17,7	14,9
Radio, journaux (media)	4,1	3,3	7,1	4,9
Autre	16,2	7,6	10,2	11,6

g. Dernière source d'approvisionnement

Mis à part le rôle de sensibilisation et de recrutement des clients pour la PF que devaient accomplir les Abakangurambaga de Gatonde et Kidaho, l'on se souviendra que ceux de Kidaho devaient également approvisionner la population de leurs secteurs en certains produits contraceptifs comme le condom, les spermicides, et la pilule. Il ressort du Tableau 16 que la principale source d'approvisionnement pour les clientes des trois communes reste le centre de santé, qu'il soit proche ou éloigné. En effet, 84,0 % des utilisatrices actuelles et anciennes s'approvisionnent en contraceptifs aux centres de santé. Les communes Kinigi et Gatonde comptent les plus grandes proportions, respectivement 88,4 % et 85,3 %.

Un nombre non-négligeable de femmes s'approvisionne dans un centre de santé situé à l'extérieur de la commune (8,2 %). Ceci s'expliquerait, entre autres, par le fait que ces femmes vont chercher ailleurs les méthodes qui ne sont pas disponibles dans leur centre de santé, ou par le fait que certaines utilisatrices préfèrent peut-être une utilisation discrète.

Le pourcentage de femmes qui s'approvisionne chez les Abakangurambaga à Kidaho est très petit. On constate que ce pourcentage est nul à Kinigi tandis que dans la commune de Gatonde il est de 4,1 %. Ce dernier pourcentage représente les utilisatrices des méthodes naturelles parce que c'est grâce aux conseils des Abakangurambaga qu'elles ont pu utiliser ces méthodes d'auto-observation.

Tableau 16: Dernière source d'approvisionnement en contraceptifs

	Proportion des utilisatrices actuelles et anciennes			
	Gatonde (N=171)	Kidaho (N=62)	Kinigi (N=60)	Total (N=293)
Centre de santé				
- de la commune	79,5	64,5	76,7	75,8
- d'une autre commune	5,8	11,3	11,7	8,2
Total: Centre de santé	(85,3)	(75,8)	(88,4)	(84,0)
Abakangurambaga	4,1	3,2	0	3,1
Mari, ami	2,9	8,1	5,0	4,4
Autre	7,6	12,9	6,7	8,5

4.2.2.3. Pratiques des méthodes traditionnelles

Les méthodes traditionnelles de contraception sont connues de 78,0 % des femmes (voir Tableau 17). Comme les proportions l'indiquent, la continence périodique est la plus connue: 66,5 % à Gatonde, 58,8 % à Kidaho, et 57,0 % à Kinigi.

Malgré ce niveau de connaissance, leur utilisation reste pourtant de moindre importance (21,1 % pour l'échantillon total au moment de l'enquête). Par exemple, sur une proportion de 78,0 % des enquêtées allaitantes, seules 12,8 % ont déclaré utiliser l'allaitement prolongé comme méthode de contraception.

Selon les caractéristiques socio-démographiques des enquêtées, la majorité des femmes dans les trois communes connaît au moins une méthode traditionnelle sans distinction d'âge, de niveau de scolarisation, ou de religion comme le montre le Tableau 18.

Dans l'ensemble, cette connaissance est particulièrement moins élevée chez les jeunes enquêtées âgées de 15 à 19 ans, parmi lesquelles l'on compte 51,9 % ayant connu au moins une de ces méthodes. Parallèlement, les femmes les plus âgées sont les plus informées sur la contraception traditionnelle: plus de 80 % d'enquêtées âgées de 35 ans et plus ont cité une ou plusieurs méthodes.

Tableau 17: Connaissance et utilisation des méthodes traditionnelles:
Proportion de femmes qui les connaissent, ont utilisé, et utilisent actuellement

	Proportion de femmes												Rwanda*			
	Gatonde (N=450)			Kidaho (N=449)			Kinigi (N=464)			Total (N=1363)			Conn	Util anté	Util actu	
	Conn	Util anté	Util actu	Conn	Util anté	Util actu	Conn	Util anté	Util actu	Conn	Util anté	Util actu	Conn	Util anté	Util actu	
Au moins une méthode traditionnelle	85,6	42,0	20,9	75,1	31,0	20,7	73,9	32,1	21,6	78,0	34,9	21,1	-	22,9	10,1	
Contenance périodique	66,5	23,3	10,6	58,8	17,4	11,5	57,0	15,7	8,3	60,7	18,8	10,1	}	46,1	18,4	8,4
Abstinence	58,5	12,1	3,1	44,9	5,1	2,5	38,9	3,5	2,0	47,4	6,8	2,5				
Allaitement prolongé	56,3	20,9	13,1	44,1	16,1	12,1	43,2	16,7	13,2	47,8	17,9	12,8		0,2	-	-
Coit interrompu	55,1	11,0	4,6	35,3	7,1	3,8	33,3	5,0	1,5	41,1	7,7	3,3		17,7	4,5	1,6
Avortement provoqué	20,5	0	-	9,7	0	-	5,0	0	-	11,5	0	-		25,5	-	-
Autre	16,1	1,2	0,5	6,8	0,5	0,2	4,9	0	0	9,1	0,5	0,2		6,2	0,4	0,1

* Source: Enquête Nationale sur la Fécondité, ONAPO, 1983, pp. 204, 206, 211, 213.

N.B. La connaissance et l'utilisation antérieure varient significativement selon la commune.
(Chi carré: $p < .01$)

149

Toutefois, ces différences liées à l'âge des enquêtées ne sont pas significatives à Gatonde ou à Kinigi où l'on constate que les enquêtées sont bien informées sur l'existence de ces méthodes quel que soit le groupe d'âge auquel elles appartiennent.

La connaissance des méthodes traditionnelles varie selon le niveau de scolarisation. On relève que 83,5 % des scolarisées connaissent ces méthodes contre 74,9 % des non-scolarisées. Quant à la religion, l'enquête a montré que les catholiques sont plus informées que les autres sur l'existence des méthodes traditionnelles de contraception.

Elle a en outre révélé que les proportions d'utilisatrices actuelles des méthodes traditionnelles sont environ 20 % qu'elles soient jeunes ou plus âgées, scolarisées ou pas, catholiques, protestantes ou qu'elles appartiennent à une autre religion.

Tableau 18: Connaissance, utilisation antérieure, et utilisation actuelle d'au moins une méthode contraceptive traditionnelle selon les caractéristiques socio-démographiques

	Proportion de femmes											
	Gatonde			Kidaho			Kinigi			Total		
	Conn	Util	Util	Conn	Util	Util	Conn	Util	Util	Conn	Util	Util
	anté	actu	anté	actu	anté	actu	anté	actu	anté	actu	anté	actu
Toutes femmes	85,6	42,2	20,9	75,1	31,0	20,7	73,9	32,1	21,6	78,0	34,9	21,1
Age	(N=381)			(N=378)			(N=429)			(N=1188)		
15 - 19	50,0	25,0	25,0	40,0	30,0	30,0	61,5	38,5	38,5	51,9	33,3	33,3
20 - 24	81,0	35,7	18,6	71,9	30,7	23,6	69,7	23,6	12,2	72,7	28,8	18,0
25 - 29	89,1	36,6	22,5	74,2	28,1	16,1	71,8	31,0	23,0	78,9	31,5	20,7
30 - 34	83,5	43,0	19,8	77,4	28,6	17,9	77,1	38,1	22,4	79,6	37,2	20,1
35 - 39	90,5	46,6	22,9	73,5	40,0	31,4	75,3	32,1	21,8	80,5	39,3	24,6
40 - 44	81,6	54,1	18,4	92,7	43,9	19,5	76,9	28,3	22,2	83,2	40,5	20,3
45 - 49	76,9	30,8	7,7	87,5	46,7	40,0	82,4	64,7	52,9	82,6	48,9	35,6
Chi carré	NS	NS	NS	p<.05	NS	NS	NS	p<.05	p<.05	p<.01	p<.05	NS
Scolarisation	(N=388)			(N=394)			(N=449)			(N=1225)		
Oui	87,3	44,2	22,1	81,2	36,2	25,0	77,4	29,6	22,0	83,5	38,8	22,8
Non	82,6	38,9	18,9	73,3	29,0	18,8	72,8	32,8	21,5	74,9	32,6	20,0
Chi carré	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	p<.001	p<.05	NS
Religion	(N=387)			(N=401)			(N=448)			(N=1229)		
Catholique	87,7	43,4	21,0	77,4	33,0	22,4	76,8	32,9	23,3	81,1	36,8	22,2
Protestante	83,0	41,5	21,5	72,7	29,2	16,9	68,3	27,5	18,0	73,6	31,8	18,6
Autre	58,3	25,0	16,7	71,2	27,5	23,5	79,1	45,5	26,7	72,9	34,6	24,1
Chi carré	p<.05	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	p<.01	NS	NS

4.2.2.4. Préférences en matière de fécondité et intentions d'utiliser la contraception

a. Désir d'avoir encore d'autres enfants

Le Tableau 19 montre qu'une enquêtée sur quatre (soit 26,6 % de l'échantillon total) a déclaré ne plus vouloir d'enfants. La commune de Gatonde compte le plus grand pourcentage des enquêtées ne voulant plus d'enfants, presque 40 %, alors qu'à Kidaho ce pourcentage est moins élevé (16,6 % seulement l'affirment). (Voir Graphique 5)

Tableau 19: Désir d'avoir encore d'autres enfants

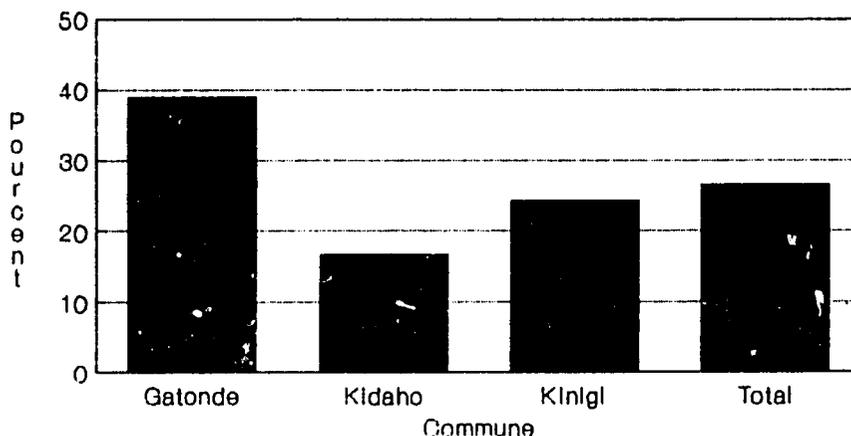
	<u>Proportion de femmes</u>				
	<u>Gatonde</u> (N=445)	<u>Kidaho</u> (N=445)	<u>Kinigi</u> (N=449)	<u>Total</u> (N=1329)	<u>Rwanda*</u> (N=3384)
Ne désire plus d'enfants	38,9	16,6	24,3	26,6	20,3
Désire encore d'enfants	61,1	83,4	75,7	73,5	79,7
Délai désiré avant le prochain accouchement					
moins de 18 mois	23,3	31,9	36,5	30,8	-
plus de 18 mois	76,7	68,1	63,5	69,2	-
plus de 36 mois	32,1	15,8	17,1	21,2	-

* Source: Enquête Nationale sur la Fécondité, UNAPO, 1983, p.186.

N.B. Le désir d'avoir encore d'autres enfants varie significativement selon la commune. (Chi carré: $p < .001$)

Les femmes qui ne veulent plus d'enfant constituent évidemment un groupe cible pour les services de planification familiale. En plus de ce groupe cible qui est déjà très important, il y a une autre catégorie de femmes qui veut retarder la prochaine grossesse. Dans l'échantillon entier, 69,2 % des enquêtées ayant manifesté le désir d'avoir d'autres enfants préféreraient attendre au moins 18 mois avant d'accoucher, et une femme sur cinq (21,2 %) voudrait attendre au moins 36 mois. Donc une forte majorité des femmes (77,5 %) fait partie du groupe cible pour les services de planification familiale, soit parce qu'elles ne veulent plus d'enfants (26,6 %), soit parce qu'elles veulent attendre au moins 18 mois avant le prochain accouchement (69,2 % des femmes désirant plus d'enfants, et 50,9 % de l'échantillon total).

Graphique 5 Pourcentage des Femmes ne voulant plus d'Enfants, par Commune

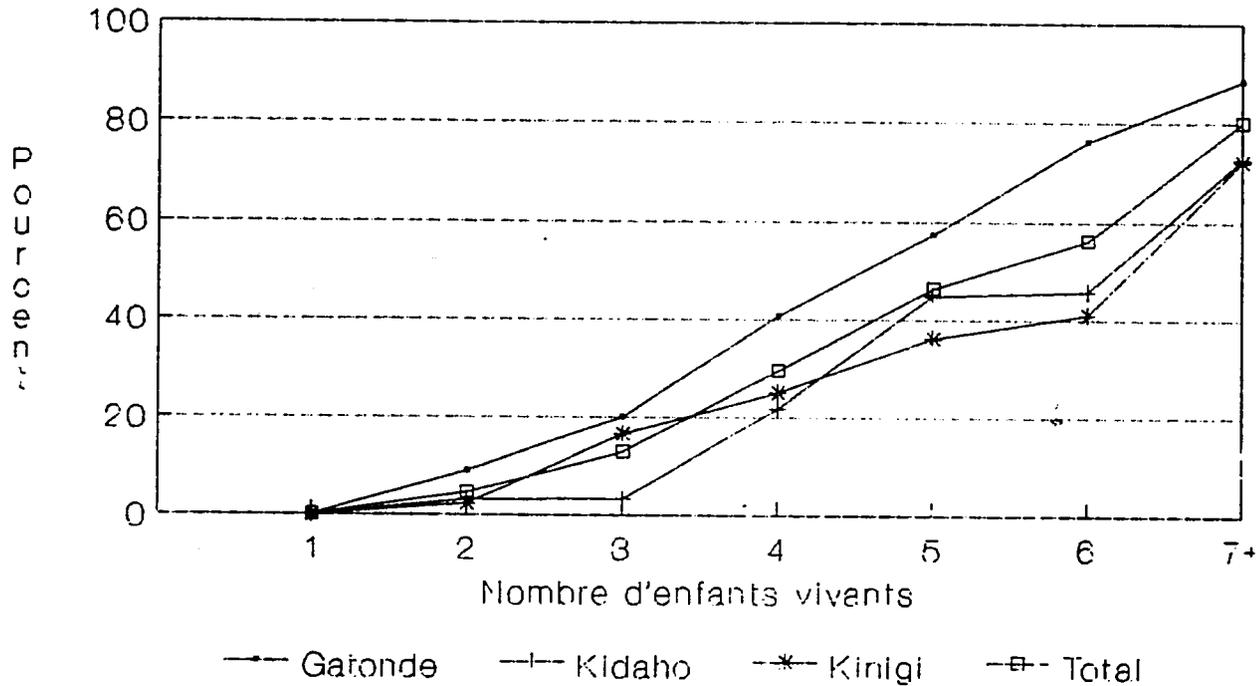


Le désir de ne plus avoir d'enfant augmente avec le nombre d'enfants vivants, comme l'illustre le Tableau 20 et le Graphique 6. Si presque aucune femme ayant 1 à 3 enfants ne veut plus d'enfants (6,4 %), ce pourcentage monte à 41,4 % quand elles ont 4 à 6 enfants et à 80,6 % quand elles ont 7 enfants et plus. Ce pourcentage reste plus élevé à Gatonde quel que soit le nombre d'enfants survivants.

Tableau 20: Femmes ne voulant plus d'enfants
selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Proportion des femmes ne voulant plus d'enfants			
	Gatonde (N=442)	Kidaho (N=422)	Kinigi (N=444)	Total (N=1308)
Total	38,9	16,6	24,3	26,6
1 à 3	11,0	2,3	6,8	6,4
4 à 6	55,2	35,2	32,5	41,4
7 et plus	88,5	72,7	73,6	80,1
Chi carré	p<.001	p<.001	p<.001	p<.001

Graphique 6
Pourcentage des Femmes ne voulant plus
d'Enfants par Nombre d'Enfants Vivants



b. Préférence en nombre d'enfants

Le Tableau 21a présente la répartition des femmes selon le nombre d'enfants qu'elles auraient au total si leurs désirs en matière de fécondité étaient exhaussés. Ce chiffre tient compte du nombre d'enfants vivants déjà eus et du nombre d'enfants supplémentaires désirés.

Tableau 21a: Nombre idéal d'enfants: préférence personnelle

	<u>Proportion cumulative de femmes</u>				
	Gatonde (N=429)	Kidaho (N=353)	Kinigi (N=410)	Total (N=1192)	Rwanda* (N=3255)
Nombre d'enfants vivants plus le nombre encore désiré					
2	3,0	1,1	0,7	1,7	2,9
3 et moins	10,0	5,6	6,8	7,7	5,9
4 et moins	35,6	22,9	22,7	27,5	22,4
5 et moins	58,2	47,8	40,0	49,0	40,7
6 et moins	75,9	68,2	65,4	70,1	62,0
7 et moins	85,5	82,1	81,3	83,1	70,6
8+ et moins	100	100	100	100	100
Nombre moyen (enfants)	5,4	5,9	6,0	5,8	6,3
IC	±0,17	±0,19	±0,18	±0,11	

* Source: Enquête Nationale sur la Fécondité, ONAPO, 1983, p.196.

On voit que seule une femme sur quatre (27,5 %) dans l'échantillon entier espérait avoir, à la fin de sa vie féconde, 4 enfants ou moins; ce chiffre comprend les enfants déjà en vie et les enfants supplémentaires désirés. Ce pourcentage le plus élevé s'observe à Gatonde, où plus du tiers de femmes enquêtées ont exprimé ce désir. Par ailleurs, l'on constate que 70,1 % des enquêtées des trois communes souhaitent atteindre tout au plus une descendance finale de 6 enfants ou moins.

Cependant, on constate qu'un pourcentage non-négligeable des femmes veut un très grand nombre d'enfants: 29,9 % ont exprimé leur désir de mettre au monde au moins 7 enfants au cours de leur vie féconde. Ce pourcentage comprend les femmes (19,6 %) n'ayant pas encore 7 enfants mais ayant manifesté le désir d'atteindre (ou dépasser) le chiffre, ainsi que celles ayant déjà 7 enfants ou plus, (dont une partie ne désire plus avoir d'autres enfants).

Quand l'on compare ces résultats à ceux de l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1983, on voit que l'ENF montrait une taille idéale d'enfants plus élevée: seulement 22,4 % des femmes désiraient 4 enfants ou moins. C'est après cette enquête de 1983 qu'une campagne en faveur d'une famille de 4 enfants au plus a été entreprise par l'ONAPO. Les résultats de la présente enquête montrent que soit cette campagne a produit un effet soit les femmes ont répondu "mécaniquement" pour contenter les représentants de l'ONAPO.

En plus de la question concernant le désir personnel sur le nombre d'enfants, l'enquête a voulu savoir la taille idéale "pour une famille rwandaise". Cela ne tient pas compte de la fécondité déjà réalisée par les enquêtées mais est plutôt une question de pure attitude. Les résultats sont présentés au Tableau 21b.

Tableau 21b: Nombre idéal d'enfants: préférence "pour une famille rwandaise"

	Proportion cumulative de femmes			
	Gatonde (N=414)	Kidaho (N=345)	Kinigi (N=410)	Total (N=1169)
Nombre idéal pour une famille rwandaise				
2	5,3	2,0	2,2	3,3
3 et moins	10,6	4,9	5,4	7,1
4 et moins	62,3	33,6	46,4	48,2
5 et moins	83,3	58,2	63,5	68,9
6 et moins	95,9	83,4	84,2	88,1
7+ et moins	100	100	100	100
Nombre moyen	4,5	5,4	5,2	5,0
IC	±0,13	±0,19	±0,18	±0,10
Mode (enfants)	4	4	4	4

On voit que presque la moitié des femmes (48,2 %) a déclaré que 2, 3 ou 4 enfants était le nombre idéal. Seules 11,9 % ont répondu 7 ou plus. Il faut noter qu'il est possible, et peut-être probable, que les réponses à cette question soient biaisées par la présence du personnel de l'ONAPO comme enquêteurs/trices.

En supposant que le biais, s'il existe, était plus ou moins identique dans les trois communes, on peut toujours remarquer que le nombre idéal d'enfants était inférieur chez les femmes de Gatonde par rapport à celles d'autres communes. Par exemple, presque deux-tiers des femmes à Gatonde (62,3 %) ont déclaré que 2 à 4 enfants est le nombre idéal pour une famille rwandaise, alors que seulement un tiers de femmes à Kidaho (33,6 %) étaient du même avis. De plus, le nombre moyen idéal d'enfants est inférieur à Gatonde par rapport à Kidaho et à Kinigi (4,5; 5,4; et 5,2 respectivement).

En comparant les moyennes dans les Tableaux 21a et 21b, on constate que le nombre d'enfants supplémentaires désirés personnellement est supérieur au nombre idéal d'enfants que les femmes ont suggéré "pour une famille rwandaise". Cela s'explique par le fait que celui-là comprend la fécondité actuelle des femmes (qui est déjà élevée pour quelques-unes), alors que celui-ci n'est pas influencé par le nombre d'enfants vivants déjà mis au monde par les enquêtées. Par exemple, même si une femme était sensibilisée et donc pense que 4 ou 5 enfants est un nombre idéal d'enfants, elle ne peut pas atteindre cet idéal si elle en a déjà mis au monde 6 ou 7.

c. Intention d'utiliser la contraception dans l'avenir

Il est encourageant de constater qu'un grand pourcentage de femmes disent qu'elles ont l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, désir qui ne dépend d'aucune caractéristique socio-démographique (voir Tableau 22). Au niveau des trois communes échantillonnées, on remarque que 69,5 % des femmes qui n'utilisent aucune méthode de PF au moment de l'enquête ont le désir d'y recourir dans le futur. Même les femmes non-scolarisées et non-utilisatrices ont exprimé ce désir (65,4 %).

Si l'on considère la religion des femmes enquêtées dans les trois communes, on constate que ce facteur n'a pas d'influence négative sur les attitudes des femmes en matière de planification familiale. En effet, 73,1 % des femmes catholiques et 66,2 % des femmes protestantes non-utilisatrices ont exprimé leur intention d'utiliser dans l'avenir une méthode moderne de PF.

Si dans l'ensemble un grand nombre de femmes ont l'intention d'utiliser la PF, on observe cependant des disparités entre les trois communes échantillonnées. En effet, 56,1 % des femmes non-utilisatrices en commune Kidaho contre 85,9 % en commune Gatonde ont exprimé leur intention de recourir à la contraception dans l'avenir. (Voir Graphique 7)

Si l'on compare les résultats de la présente étude à ceux de l'ENF réalisée par l'ONAPO en 1983, on constate que le pourcentage des femmes désireuses d'utiliser la PF (69,5 %) est de loin supérieur à celui de l'ENF (31 %).

Mais hélas, le désir d'utiliser une méthode de PF est question d'attitude. On ne sait pas si ces femmes vont effectivement recourir à une méthode de PF. Dans tous les cas, cela présume qu'il existe déjà un terrain favorable à la sensibilisation.

Tableau 22: Désir d'utiliser la contraception dans l'avenir par les non-utilisatrices

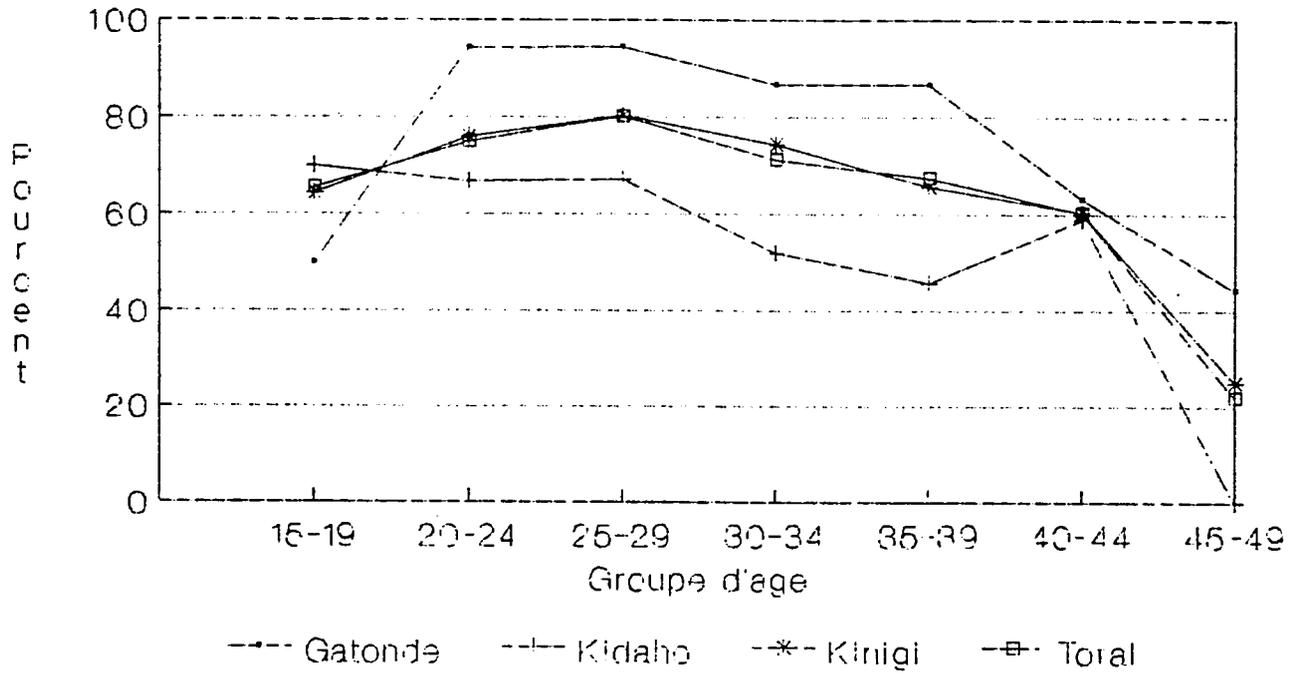
	<u>Proportion qui désire utiliser</u>				
	Gatonde	Kidaho	Kinigi	Total	Rwanda*
Non-utilisatrices:	(N=277)	(N=376)	(N=411)	(N=1064)	
qui n'ont jamais utilisé	85,5	55,3	69,9	68,4	31
qui ont abandonné	89,3	88,9	87,5	88,7	-
Toutes non-utilisatrices	85,9	56,1	70,6	69,5	-
Age	(N=273)	(N=355)	(N=398)	(N=1026)	
15-19	50,0	70,0	64,3	65,4	37
20-24	94,3	66,7	75,9	75,0	41
25-29	94,5	67,1	80,2	80,1	39
30-34	86,7	52,0	74,4	71,2	35
35-39	86,7	45,9	65,7	67,4	29
40-44	63,2	59,0	60,5	60,4	20
45-49	44,4	0	25,0	21,9	8
Chi carré	p<.001	p<.001	p<.01	p<.001	
Scolarisation	(N=277)	(N=372)	(N=410)	(N=1059)	
Non-scolarisées	82,9	52,8	70,1	65,4	26
Scolarisées	88,0	66,0	71,9	77,5	-
Chi carré	NS	p<.05	NS	p<.001	
Religion	(N=277)	(N=376)	(N=410)	(N=1063)	
Catholique	88,0	57,8	73,1	72,6	-
Protestante	81,1	58,6	66,2	66,9	-
Autre	81,8	44,4	72,5	59,0	-
Chi carré	NS	NS	NS	p<.05	

* Source: Enquête Nationale sur la Fécondité, ONAPO, 1983, p.215.

N.B. Le désir d'utiliser la PF dans l'avenir varie significativement selon la commune. (Chi carré: p<.001)

Graphique 7

Desir d'Utiliser la Contraception par Age et par Commune*



* Parmi les non-utilisatrices

- 28 -

d. Utilisation et intention d'utiliser la contraception selon la fécondité actuelle et désirée

Du Tableau 23, il ressort que le taux d'utilisation actuelle des méthodes contraceptives augmente selon le nombre d'enfants vivants. Les femmes ayant plus d'enfants sont plus disposées à recourir à la contraception; à titre d'exemple, 40,0 % des femmes avec 7 enfants vivants et plus utilisent actuellement la PF contre 13,7 % de celles avec un à trois enfants.

Parmi les non-utilisatrices, les chiffres montrent que la majorité des femmes (56,7 %) exprime le désir d'utiliser la contraception quel que soit leur nombre d'enfants vivants, mais que ce sont les femmes avec moins d'enfants qui désirent le plus recourir à une méthode de PF. En effet, 70,4 % des femmes ayant 1 à 3 enfants vivants souhaitent utiliser une méthode de contraception, alors que parmi celles qui ont 7 enfants et plus, seules 63,0 % ont exprimé ce désir.

Il est à noter que la relation entre l'utilisation actuelle et le nombre d'enfants vivants est positive pendant que celle entre le désir d'utiliser et le nombre d'enfants est négative. Cependant, on n'a posé la question sur les désirs futurs d'utilisation qu'aux non-utilisatrices. Parmi les femmes ayant 7 enfants ou plus, presque la moitié a déjà utilisé la PF et celles qui sont non-utilisatrices, les plus réticentes à la contraception, le sont peut-être car elles se considèrent déjà ménopausées. Par contre, parmi les femmes avec moins d'enfants, l'utilisation actuelle de la PF est relativement faible. Les non-utilisatrices de ce groupe comprennent probablement des femmes qui ont toujours des attitudes favorables mais qui n'ont pas encore agi sur leurs désirs.

En tenant compte du désir d'avoir des enfants supplémentaires, on remarque qu'au niveau des trois communes, 31,3 % des femmes qui ont exprimé leur souhait de n'avoir plus d'enfants, utilisent actuellement une méthode de PF. Ce pourcentage est encore très bas, ce qui signifie qu'un bon nombre de femmes en âge de procréer qui ne veulent plus d'enfant peuvent se retrouver enceintes. Autrement dit, le taux de grossesses non-désirées serait très élevé si elles ne recouraient pas rapidement à une méthode de PF.

Au niveau des trois communes échantillonnées, on remarque par ailleurs que 72,3 % qui ne désirent plus d'enfants souhaitent utiliser une méthode de PF. Si ces femmes utilisaient une méthode de PF dans un avenir proche, le programme de PF serait une réussite.

Le plus bas pourcentage des femmes qui ne veulent plus être enceinte et souhaitent par conséquent utiliser une méthode de PF, s'observe en commune Kidaho (54,5 %), et inversement, le plus élevé en commune Gatonde (80,9 %).

Si l'on compare les communes Kidaho et Kinigi, on constate que les femmes de Kinigi, qu'elles aient exprimé le désir de ne plus avoir d'autres enfants ou celui d'en avoir encore, sont toutes plus prédisposées à utiliser une méthode de contraception que celles de Kidaho. Cette constatation présage que le programme de sensibilisation sur les méthodes de contraception trouverait un terrain plus favorable à Kinigi qu'à Kidaho.

Tableau 23: L'Utilisation actuelle et le désir d'utiliser* la contraception selon les caractéristiques de fécondité

	Proportion de femmes							
	Gatonde		Kidaho		Kinigi		Total	
	Utilise actuelle	Désir d' utiliser	Utilise actuelle	Désir d' utiliser	Utilise actuelle	Désir d' utiliser	Utilise actuelle	Désir d' utiliser
Enfants Vivants	(N=429)	(N=274)	(N=424)	(N=364)	(N=453)	(N=406)	(N=1306)	(N=1044)
1 - 3	29,6	89,4	9,4	61,8	4,3	67,1	13,7	70,4
4 - 6	37,4	85,0	13,0	47,2	12,4	76,4	21,1	69,3
7 et plus	55,0	69,2	36,4	50,0	24,5	64,1	40,0	63,0
Chi carré	p<.01	NS	p<.001	p<.01	p<.001	NS	p<.001	p<.05
Désir d'avoir d'autres enfants	(N=427)	(N=275)	(N=425)	(N=365)	(N=444)	(N=398)	(N=1296)	(N=1038)
Non	43,6	80,9	21,1	54,5	19,4	74,4	31,3	72,3
Oui	31,1	89,5	10,2	57,4	6,5	70,8	14,7	69,9
Chi carré	p<.05	p<.01	p<.05	p<.05	p<.001	NS	p<.001	p<.01

* L'effectif pour le variable 'Désir d'utiliser' se compose des femmes qui n'ont jamais utilisé la contraception.

L'utilisation actuelle et le désir d'utiliser varient significativement selon la commune.
(Chi carré: p<.001)

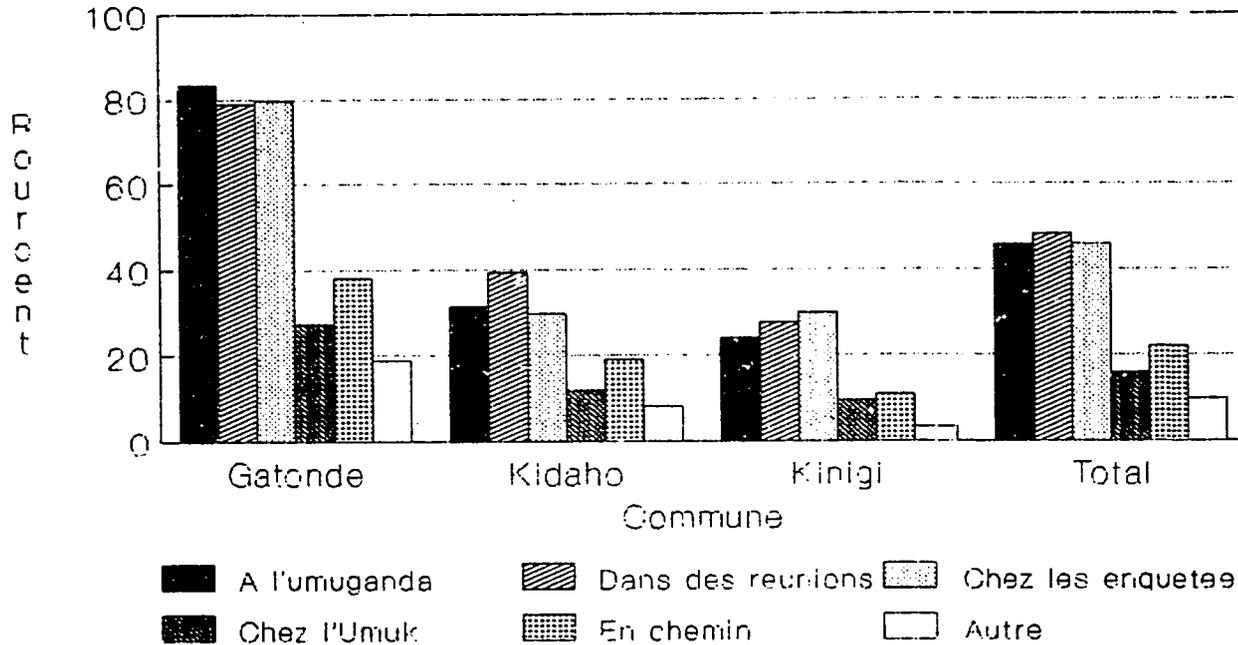
4.2.3. Relations de la population avec les Abakangurambaga

L'étude a aussi permis de savoir si les femmes enquêtées connaissaient un Umukangurambaga de l'ONAPO dans leur secteur et si elles avaient eu l'occasion de l'entendre parler des problèmes socio-démographiques et de la planification familiale. Le Tableau 24 montre que d'une façon générale les femmes connaissent les Abakangurambaga de leur secteur. Cependant, en commune Kidaho et Kinigi, seule une faible proportion de femmes enquêtées ont déclaré en avoir entendu parler soit à l'occasion des réunions publiques, soit après l'umuganda (travaux communautaires). (Voir Graphique 8) Par ailleurs, si l'on tient compte du fait qu'en commune Kinigi, l'utilisation des Abakangurambaga de l'ONAPO dans les programmes de sensibilisation n'a été effective que depuis janvier 1989, dix mois après le démarrage du programme en commune Kidaho, l'on peut dire qu'il n'y a qu'une légère différence de proportions entre les femmes ayant profité de la sensibilisation à Kidaho par rapport à Kinigi.

Tableau 24: Relations de la population avec les Abakangurambaga

	Proportion de femmes			
	Gatonde (N=450)	Kidaho (N=449)	Kinigi (N=464)	Total (N=1363)
Connaissent l'Umukangurambaga	96,9	75,8	65,1	79,1
L'ont entendu parler de l'ONAPO:				
à l'umuganda	83,5	31,4	24,0	45,6
dans des réunions	78,9	39,3	27,6	48,2
chez l'enquêtée	79,7	29,8	29,9	45,8
chez l'Umukangurambaga	27,3	11,9	9,6	15,9
en chemin ou au marché	38,1	18,9	10,9	22,1
autre lieu	18,8	8,1	3,4	9,8
Sont au courant que les Abakangurambaga distribuent les contraceptifs	15,0	58,4	2,8	24,9
Pensent que la distribution par les Abakangurambaga est une bonne chose (chez celles qui sont au courant de la distribution)	81,7	83,5	87,5	83,2
A reçu des contraceptifs des Abakangurambaga	-	4,6	-	4,6
Disent que leur adhésion à la PF est due à l'Umukangurambaga (de celles qui utilisent actuellement ou qui ont utilisé)	42,1	20,7	8,7	32,0

Graphique 8
Pourcentage des Femmes Ayant Entendu
l'Umukangurambaga Parler, par Lieu



-29-

S'agissant de la distribution de certains contraceptifs par les Abakangurambaga, il est impressionnant qu'en commune Kidaho où cette distribution se fait, seules 58,4 % des femmes enquêtées sont au courant de cette distribution. Par ailleurs, dans chacune des trois communes, la presque totalité des femmes interrogées estiment que cette distribution est une bonne chose, probablement dans le sens que les services de PF seraient plus disponibles et facilement accessibles. Cependant, en commune Kidaho on n'observe qu'une faible proportion des femmes (4,6 %) ayant reçu des contraceptifs de ces Abakangurambaga.

En commune Gatonde, l'apport de l'Umukangurambaga dans la promotion des programmes de PF est très encourageant. En effet, 42,1 % des femmes qui utilisent actuellement et celles qui ont utilisé une méthode dans cette commune (contre 20,7 % en commune Kidaho) déclarent que cette utilisation s'est faite suite aux informations et conseils fournis par l'Umukangurambaga en matière de planification familiale.

CONCLUSIONS DE L'ETUDE ET RECOMMANDATIONS

5. CONCLUSIONS DE L'ETUDE ET RECOMMANDATIONS

5.1. Conclusions de l'Etude

D'une manière générale, la promotion du programme de planification familiale à base communautaire par les Abakangurambaga a eu des résultats très satisfaisants. En effet, le taux actuel de prévalence a remarquablement augmenté dans les communes Gatonde et Kidaho en comparaison avec la commune Kinigi, zone témoin. Le taux de prévalence des méthodes de PF est passé d'environ 4,6 % (en janvier 1988) à 18,8 % pour l'ensemble des trois communes au moment de l'enquête. Par commune, ces taux sont passés de 4,6 % à 35,9 % à Gatonde, de 2,3 % à 11,6 % à Kidaho, et de 6,9 % à 9,6 % à Kinigi.

Les statistiques des services des centres de santé confirment ces résultats de l'enquête finale: une augmentation importante en nombre d'utilisatrices a été observée à Gatonde (900 % d'augmentation) et à Kidaho (450 %), alors que l'augmentation a été moins importante à Kinigi, la zone témoin (250 %).

De plus, l'enquête a montré que les Abakangurambaga sont connus et appréciés par la population des secteurs de leur ressort.

Malgré que l'utilisation des Abakangurambaga dans la promotion des services de planification familiale a, dans l'ensemble, réussi, on observe cependant des différences nettes entre les deux communes concernées (Gatonde et Kidaho) qui peuvent être justifiées par plusieurs facteurs:

- Facteurs relatifs à l'environnement administratif

L'évaluation partielle de l'étude et les rapports mensuels établis par les Abakangurambaga semblent montrer que les Abakangurambaga de Kidaho ont eu moins de support de la part des autorités locales que ceux de Gatonde.

- Facteurs relatifs aux caractéristiques socio-démographiques des femmes

- Niveau d'instruction

Les résultats de l'enquête finale ont montré que la proportion des femmes scolarisées est beaucoup plus élevée à Gatonde qu'à Kidaho (62,9 % et 29,3 %, respectivement). Cette étude a montré une corrélation positive entre le niveau d'instruction de la femme et l'utilisation de la contraception. Signalons que cette corrélation a été aussi observée dans les résultats de l'Enquête Nationale sur la Fécondité et dans diverses études réalisées dans d'autres pays.

- Age et mortalité infantile

Il a été constaté qu'à Kidaho, la mortalité infantile est plus forte qu'à Gatonde (une moyenne de 1,1 enfants décédés par rapport à 0,8 à Gatonde). En plus, les femmes enquêtées sont légèrement plus jeunes à Kidaho (30,0 ans en moyenne) qu'à Gatonde (31,9 ans). Ces facteurs expliqueraient en partie le fait que les femmes de Kidaho sont moins prédisposées à recourir à la contraception.

- Facteurs relatifs aux Abakangurambaga

Les rapports mensuels des Abakangurambaga laissent entrevoir que ceux de Gatonde sont beaucoup plus actifs que ceux de Kidaho. En effet, ces rapports indiquent que les Abakangurambaga de Gatonde ont organisé cinq fois plus de causeries lors des réunions publiques et qu'ils ont conseillé individuellement plus de personnes que leurs collègues de Kidaho.

Cette différence ne s'explique pas par leurs caractéristiques socio-démographiques car une analyse de ces caractéristiques montre que les Abakangurambaga des deux communes sont semblables.

Les hypothèses que l'on pourrait avancer sur les raisons du niveau de performance relativement bas des Abakangurambaga de Kidaho sont:

- qu'ils sont moins motivés et moins soutenus par les autorités locales;
- qu'ils sont découragés par le manque d'intérêt et de réceptivité de la part des femmes sur la planification familiale;
- qu'ils se sentent des "petits médecins" à cause de leur rôle de distributeur des contraceptifs et donc relèguent en deuxième place leurs responsabilités de sensibilisation.

L'ensemble de ces facteurs pouvaient handicaper le déroulement normal et la continuité du programme à Kidaho.

Si la réussite du Plan Glocal IEC est fonction, du moins en partie, de la scolarisation des femmes, il est important de savoir si le taux national ressemble plus à la situation de Gatonde, où 62,9 % de femmes sont scolarisées, qu'à celle de Kidaho, où seules 29,3 % le sont. En fait, le taux national se situe entre les deux, l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1983 ayant montré un taux de 48,6 % de femmes scolarisées, taux sûrement inférieur au taux actuel.

En supposant que le niveau de scolarisation est un élément important pour la réussite de l'étude, il est encourageant de constater que le taux national de scolarisation est proche de celui de la commune de Gatonde, ce qui peut laisser espérer un succès équivalent en matière de contraception au niveau du pays.

Le deuxième facteur du succès du programme était la participation et le soutien de la population et des autorités politico-administratives locales. Pour susciter une telle collaboration, des réunions de sensibilisation organisées à leur intention sont indispensables.

La distribution de certains contraceptifs par les Abakangurambaga a eu moins de succès que prévu. Cependant, il est impossible de tirer des conclusions sur cet aspect du programme compte tenu des facteurs et conditions décrits ci-dessus.

Les femmes sont bien sensibilisées aux méthodes modernes de planification familiale. Cependant, il reste à dépasser ce stade pour arriver à celui de l'utilisation effective de ces méthodes. Une forte demande potentielle existe pour les services de planification familiale, particulièrement pour les femmes qui veulent espacer les naissances et celles qui veulent arrêter la procréation.

L'enquête a montré que la presque totalité des femmes (97,6 %) connaissent au moins une méthode moderne de contraception. Néanmoins, un pourcentage important de ces femmes ne sont pas intéressées par l'utilisation des méthodes de PF malgré qu'elles font partie du groupe-cible. Même des femmes ne voulant plus d'enfants n'utilisent pas la contraception, ce qui indique qu'elles pourront avoir, et probablement auront, des enfants non-désirés avant la fin de leur vie féconde. Ce sont pourtant ces mêmes femmes qui devraient beaucoup plus que les autres recourir à une méthode de contraception car, de par leur âge et leur parité relativement élevés, elles se classent parmi le groupe-cible à haut risque.

Les groupes-cibles pour les services de planification familiale se composent des femmes (ou couples) qui veulent espacer les naissances et celles qui veulent arrêter. Dans la présente étude, la majorité des femmes se trouve dans l'une ou l'autre de ces catégories: une femme sur quatre ne voulait plus d'enfants et deux sur trois de celles qui en veulent, désirent attendre au moins 18 mois.

La grande majorité des femmes préfère les injectables comme méthode contraceptive. Cette préférence pour une seule méthode pourrait-elle créer des problèmes éventuels au programme de prestation des services? Une autre étude devrait être envisagée pour approfondir cet aspect et identifier les stratégies de faire accepter d'autres méthodes.

Selon les résultats de l'enquête et les statistiques des services, à peu près 80 % des utilisatrices prennent l'injectable comme méthode. La méthode en tant que telle ne présente pas de problème. Elle convient surtout aux femmes qui allaitent et/ou

celles qui sont éloignées d'un centre de santé. Mais la préférence d'une seule méthode risque de limiter le choix des utilisatrices parmi la gamme des produits contraceptifs disponibles. Ainsi, par exemple, si un problème d'approvisionnement survenait, il aurait un impact négatif sur le programme de PF en général. La majorité des femmes n'ayant jamais essayé d'autres produits que les injectables, la probabilité d'abandon serait énorme.

Les attitudes des femmes enquêtées vis-à-vis de la planification familiale sont positives. En effet, la majorité des femmes non-utilisatrices de contraception ont exprimé leurs intentions de l'utiliser dans l'avenir, bien que cette observation ne présage pas une utilisation effective. Toutefois, ces attitudes étant positives, il est à espérer que le terrain de sensibilisation pour cette utilisation effective est favorable.

5.2. Recommandations

Considérant les résultats de la présente étude sur "La Promotion et la Prestation des Services de Planification Familiale à Base Communautaire à Ruhengeri" et les divers facteurs susmentionnés pour avoir joué un rôle sur le comportement des femmes en matière de PF, il est recommandé:

- Au MININTER et à l'ONAPO de:

1. Renforcer le programme national des Abakangurambaga qui a montré dans cette étude pilote de Ruhengeri, des résultats très encourageants.
2. Préparer le terrain de travail des Abakangurambaga à travers des réunions publiques avec les communautés en vue de les informer sur l'existence et l'importance d'utiliser ces animateurs bénévoles dans la promotion et la prestation des services de planification familiale. L'un des éléments de succès du programme en commune de Gatonde est dû à la grande motivation des autorités politiques locales qui s'est manifestée par un très grand nombre de réunions de sensibilisation et d'informations.
3. Renforcer l'encadrement et assurer une supervision régulière des Abakangurambaga en particulier par les CCDFP, les autorités communales et les centres de santé qui sont proches aux Abakangurambaga, l'étude ayant montré que l'encadrement et la supervision constants ont favorisé la réussite du programme.
4. Organiser des réunions régulières au CCDFP ou dans ses succursales à l'intention des Abakangurambaga et où doivent participer le personnel de santé local afin d'échanger des idées, recycler les bénévoles et proposer des solutions aux problèmes rencontrés sur le terrain.

5. Etudier les possibilités de "Motivation" des Abakangurambaga, afin qu'ils s'adonnent avec zèle et enthousiasme au service qui leur est demandé.
6. Redynamiser le système des CCDFP pour qu'ils deviennent plus opérationnels en proposant des solutions aux problèmes qui s'y posent sur le plan matériel, humain, transport, et financier...
7. Etudier les possibilités d'octroi aux agents du CCDFP des crédits pour achat des moyens de déplacement modestes (vélo, moto) en vue de leur faciliter d'assurer le suivi des Abakangurambaga dans leurs secteurs d'activité.
8. Préparer régulièrement des émissions spéciales radiodiffusées sur le programme des Abakangurambaga.

- Au MINISANTE et à l'ONAPO:

9. Refaire une étude coordonnée focalisée sur le système de distribution communautaire de certaines méthodes de contraception (pilule, condom, spermicides) dans d'autres régions rurales du pays en vue de les promouvoir, étant donné que ces méthodes ne sont pas encore aussi populaires ni connues que les injectables dans le programme national de planification familiale.
10. Etudier le meilleur système de vulgarisation des méthodes de contraception actuellement très peu connues, acceptées et utilisées comme les DIU, les spermicides, les condoms...notamment dans le but de rendre le programme de PF plus efficace et plus rentable.
11. En vue de répondre aux besoins des femmes voulant une contraception d'arrêt, étudier les possibilités de rendre disponibles les méthodes d'action de longue durée telles que la stérilisation et le NORPLANT, méthodes actuellement très peu vulgarisées, dans un plus grand nombre de formations médicales.
12. Suite à la sensibilisation par les Abakangurambaga, renforcer les capacités de gestion et de prestation des services de planification familiale dans les formations socio-sanitaires afin de répondre aux demandes potentiellement élevées de la population, d'éviter les ruptures de stocks en produits de contraception et rationaliser le programme de PF.

13. Demander encore une fois à toutes les formations sanitaires du pays de bien intégrer les services de planification familiale dans leurs activités cliniques et éducatives habituelles, à l'occasion par exemple des séances de vaccination des nourrissons pendant lesquelles on peut toucher un bon nombre de femmes.
14. Concevoir un programme spécial de sensibilisation de grandes multipares, groupe le plus réticent et le plus analphabète, au programme de planification familiale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Discours, Messages et Entretiens 1987 de Son Excellence le Général-Major HABYARIMANA Juvénal, Président de la République Rwandaise et Président-Fondateur du Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement.
- Document du projet de l'étude de recherche opérationnelle sur la promotion et prestation des services de planification familiale à base communautaire à Ruhengeri. Office National de la Population et l'Université de Columbia, Décembre 1986.
- Enquête Nationale sur la Fécondité. Office National de la Population, 1983.
- Etude sur les besoins non-satisfaits en santé maternelle et planification familiale. Office National de la Population, Septembre 1985.
- Raporo y'Ihugurwa ry'Abakangurambaga ba komini Kidaho. Office National de la Population, Kamena 1988.
- Raporo y'Ihugurwa ry'Abakangurambaga ba komini Gatonde. Office National de la Population, Kamena 1988.
- Rapport de l'étude sur la provision et les statistiques de services de planification familiale au niveau des trois centres de santé (Gatonde, Gitare et Kinigi) dans la préfecture de Ruhengeri. Office National de la Population et l'Université de Columbia, Décembre 1986.
- Rapport de l'évaluation partielle de l'étude sur la promotion et prestation des services de planification familiale à Ruhengeri. Office National de la Population, Juin 1988.
- Rapport du séminaire-atelier sur la formation des formateurs et le développement du curriculum de formation des Abakangurambaga. Office National de la Population, Novembre - Décembre, 1987.
- Statistiques sur les services de planification familiale. Office National de la Population, 1987 - 1989.

ANNEXES

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE POST-INTERVENTION

Le questionnaire de l'enquête post-intervention est inclu ci-après en version française. Cependant, le questionnaire auquel les femmes ont répondu était la version en langue locale, kinyarwanda.

ONAPO/ UNIVERSITE DE COLUMBIA
 PR. OJET DE RECHERCHE OPERATIONNELLE, RUHENGERI
 QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE CAP

Commune 1. Gatonde 2. Kidaho 3. Kinigi

Secteur _____

Cellule _____

Nom de l'enquêtée _____

- Enquêteur/trice
1. MUNYAKAZI Alphonse
 2. MBONIGABA Jean Damascène
 3. NZAMWITA Augustin
 4. NDUWIMANA Sixbert
 5. RUTAGWERA J.M.V.
 6. GAHUTU Isidore
 7. MUSHINZIMANA Emmanuel
 8. MUNYAMBANZA Emmanuel
 9. GATEBUKE Justin
 10. MUJAWAMARIYA Vénantie
 11. MIVUMBI Rita
 12. MBATEZIMANA Véréne
 13. BAZIRAMWABO Madeleine
 14. NYIRABAGENZI Laurence
 15. NIYONSHUTI Christine

Date de l'entrevue _____

- Superviseur
1. MUNYAKAZI Alphonse
 2. MBONIGABA Jean Damascène
 3. NZAMWITA Augustin

Questionnaire vérifié le _____

1. Vivez-vous avec votre mari?

1. Oui

0. Non, il habite ailleurs

3. Non, je suis divorcée, séparée, veuve 9. NR

2. Dans quelle année êtes-vous née? 19_____

3. Avez-vous été à l'école?

Oui -->

Jusqu'à quel niveau?

1. Primaire

3. Secondaire

2. Post-primaire

4. Supérieur/Université

Combien d'années? _____ 99. NR

0. Non

9. NR

4. A part l'agri-élevage, avez-vous d'autres moyens de trouver de l'argent?

Oui --> Quoi?

1. Artisanat

2. Petit commerce

3. Travail rémunéré dans les champs des autres

4. Salariée

5. Autre

0. Non

9. NR

5. Quelle est votre religion?

1. Catholique

2. Protestante

3. Autre

6. Combien d'enfants (vivants) avez vous? _____

7. Combien d'enfants avez vous eu qui sont décédés? _____

8. Quand votre dernier enfant est-il né?

Mois _____ Année _____ 99. NSP, NR

9. Quand votre avant-dernier enfant est-il né?

Mois _____ Année _____ 99. NSP, NR

10. Allaitiez-vous actuellement? 1. Oui 0. Non 9. NR

11. Etes-vous enceinte actuellement? 1. Oui 0. Non
8. NSP, pas sûre 9. NR

12. Voulez-vous avoir encore d'enfants?
(POUR LES ENCEINTES: après cette grossesse?)

0. Non 9. NR

Oui -->

Combien _____ 8. NSP

13. Quel age devra avoir votre dernier enfant à
votre prochain accouchement?

_____ans _____mois 99. NSP,NR

14. Selon vous, quel serait le nombre idéal d'enfants pour une
famille rwandaise? _____enfants 99. NSP,NR

15. Selon vous, quel serait l'intervalle intergénésiq ue idéal?

_____ 99. NSP,NR
(SPECIFIEZ ANS ET MOIS)

Il y a des moyens pour rapporter ou éviter une grossesse si on le désire. Ces moyens s'appellent la contraception.

Avez vous entendu parler de ces méthodes? Lesquelles? (COLONNE A)

Maintenant je vais décrire d'autres moyens. (LISEZ CHAQUE MOYEN)

Avez vous déjà entendu parler de cette méthode? (COLONNE B)

(SI OUI DANS LA COLONNE A ou B:)

Avez vous (ou partenaire) jamais utilisé cette méthode? (COLONNE C)

(SI OUI DANS LA COLONNE C:)

Utilisez-vous cette méthode actuellement? (COLONNE D)

	COLONNE A Connaissance spontanée	COLONNE B Connaissance après lecture	COLONNE C Utilisation antérieure	COLONNE D Utilisation actuelle
16 Injection: Les femmes prennent une injection au CS chaque 2 ou 3 mois.	1 Oui	2 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR
17 Pilule: Les femmes prennent une pilule chaque jour.	1 Oui	2 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR
18 Condoms: Les hommes portent un condom en caoutchouc sur leur sexe pendant le rapport.	1 Oui	2 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR
19 Spermicides: Les femmes mettent un produit dans leur vagin avant les rapports.	1 Oui	2 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR
20 Stérilet: Au CS on met un stérilet dans l'utérus.	1 Oui	2 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR
21 Sterilisation: Les femmes ou les hommes font faire une ligature pour ne plus avoir des enfants.	1 Oui	2 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR
22 Naturelle: Les couples évitent des rapports certains jours du cycle déterminés par le calendrier ou par les signes de l'ovulation de la femme.	1 Oui	2 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR

RECAPITULATIF DU TABLEAU

L'enquêtée n'a jamais utilisé un contraceptif ----> Q 23
 L'enquêtée a utilisé mais n'utilise plus ----> Q 25
 L'enquêtée utilise actuellement ----> Q 28

POUR CELLES QUI N'ONT JAMAIS UTILISE

23. Pourquoi n'avez-vous jamais utilisé une de ces méthodes?

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| 1. Manque des informations | 2. Mari ou famille est contre |
| 3. La religion est contre | 4. N'a pas encore d'enfants |
| 5. Voulait fille/garçon | 6. Peur des effets secondaires |
| 7. N'en avait pas besoin | 8. Autre _____ |
| 9. NSP, NR | |

24. Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans l'avenir?

- | | | | |
|--------|--------|--------|-------|
| 1. Oui | 0. Non | 8. NSP | 9. NR |
|--------|--------|--------|-------|

----> Q 31

POUR CELLES QUI ONT UTILISE MAIS N'UTILISENT PLUS

25. Où avez-vous pris la méthode la dernière fois?

- | | | |
|---------------------|----------------|--------------------|
| 1. CS de la commune | 2. Autre CS | 3. Umukangurambaga |
| 4. Mari, ami | 5. Autre _____ | |
| 9. NSP, NR | | |

26. Pourquoi avez-vous cessé de l'utiliser?

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| 1. Voulait un enfant | 2. Effets secondaires |
| 3. Echec de la méthode | 4. Peur des effets secondaires |
| 5. Mari ou famille contre | 6. Mari absent |
| 7. Accessibilité difficile | 8. Autre _____ |
| 9. NSP, NR | |

27. Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode contraceptive encore dans l'avenir?

- | | | | |
|--------|--------|--------|-------|
| 1. Oui | 0. Non | 8. NSP | 9. NR |
|--------|--------|--------|-------|

----> Q 31

POUR CELLES QUI UTILISE UNE METHODE ACTUELLEMENT

28. Qui vous a conseillé d'utiliser la contraception?

1. Personnel du CS 2. Umukangurambaga
3. Mari, famille 4. Ami 5. Autre 9. NSP, NR

29. Où l'avez-vous prise la dernière fois?

1. CS de la commune 2. Autre CS 3. Umukangurambaga
4. Mari, ami 5. Autre 9. NSP, NR

SI CONDOMS OU SPERMICIDES

30. Utilisez-vous les (condoms/ spermicides) régulièrement ou de temps en temps?

1. Régulièrement 2. De temps en temps 9. NR

31. Voyez-vous des avantages en l'utilisation de la contraception?

Oui ---> Quel est l'avantage principal?

1. Bien-etre de la mère et de l'enfant
2. Avantages économiques pour la famille
3. Autre _____

0 Non --> Q 33

9 NR --> Q 33

32. Comment avez-vous appris de ces avantages de la contraception?

1. Par personnel du CS 2. Par les abakangurambaga
3. Radio, journaux, media 4. Mari, amis, voisins
5. Autre _____ 9. NSP, NR

33. Voyez-vous des inconvénients en l'utilisation de la contraception?

Oui ---> Quel est l'inconvénient principal?

1. Effets secondaires
2. Accessibilité difficile
3. Autre _____

0. Non

9. NR, NSP

Il existe aussi des moyens traditionnels utilisés pendant longtemps par les rwandais.

Connaissez-vous quelques-uns de ces moyens traditionnels? Lesquels? (COLONNE A)

Maintenant je vais decrire d'autres moyens. (LISEZ CHAQUE MOYEN)

Avez vous déjà entendu parler de cette méthode? (COLONNE B)

(SI OUI DANS LA COLONNE A ou B:)

Avez vous (ou partenaire) jamais utilisé cette méthode? (COLONNE C)

(SI OUI DANS LA COLONNE C:)

Utilisez-vous cette méthode actuellement? (COLONNE D)

	COLONNE A Connaissance spontanée	COLONNE B Connaissance après lecture	COLONNE C Utilisation antérieure	COLONNE D Utilisation actuelle
34 Abstinence: Le couple évite les rapports pendant un certain temps pour retarder la grossesse	1 Oui	2 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR
35 Continence périodique: Le couple évite les rapports de temps en temps pour retarder la grossesse.	1 Oui	2 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR
36 Coit interrompu: L'homme retire son sexe avant l'éjaculation.	1 Oui	2 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR
37 Allaitement prolongé: La femme allaite très longtemps pour retarder la grossesse.	1 Oui	2 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR
38 Avortement provoqué: La femme fait expulser la grossesse avant le terme.	1 Oui	2 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR	
39 Connaissez vous d'autres moyens de retarder la grossesse? (A préciser)	1 Oui	2 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR	1 Oui 0 Non 9 NR

40. Connaissez-vous quelqu'un qui est Umukangurambaga de l'ONAPO dans ce secteur? 1. Oui 0. Non 9. NR

41. Avez-vous entendu parler l'Umukangurambaga de l'ONAPO?

Oui --->

En quel occasion vous en a-t-il parlé?			
a) A l'Umuganda	1.Oui	0.Non	9.NR
b) Dans des réunions	1.Oui	0.Non	9.NR
c) Chez vous	1.Oui	0.Non	9.NR
d) Chez lui/elle	1.Oui	0.Non	9.NR
e) En chemin/au marché	1.Oui	0.Non	9.NR
f) Autre _____	1.Oui	0.Non	9.NR

Non

42. Etes-vous au courant que les abakangurambaga distribuent les condoms, les spermicides et les pilules?

0. Non 9. NR

1. Oui -->

43. Pensez-vous que cette distribution par les abakangurambaga est une bonne chose?		
1. Oui	0. Non	9. NSP, NR

44. (A KIDAHU) Avez-vous ou votre mari jamais reçu des contraceptifs de l'Umukangurambaga?

Oui -->

Lesquels?	1. Condoms	2. Spermicides
	3. Pilules	4. Condoms et spermicides
	5. Condoms, spermicides et pilules	

0. Non 9. NR

POUR LES UTILISATRICES ANCIENNES OU ACTUELLES

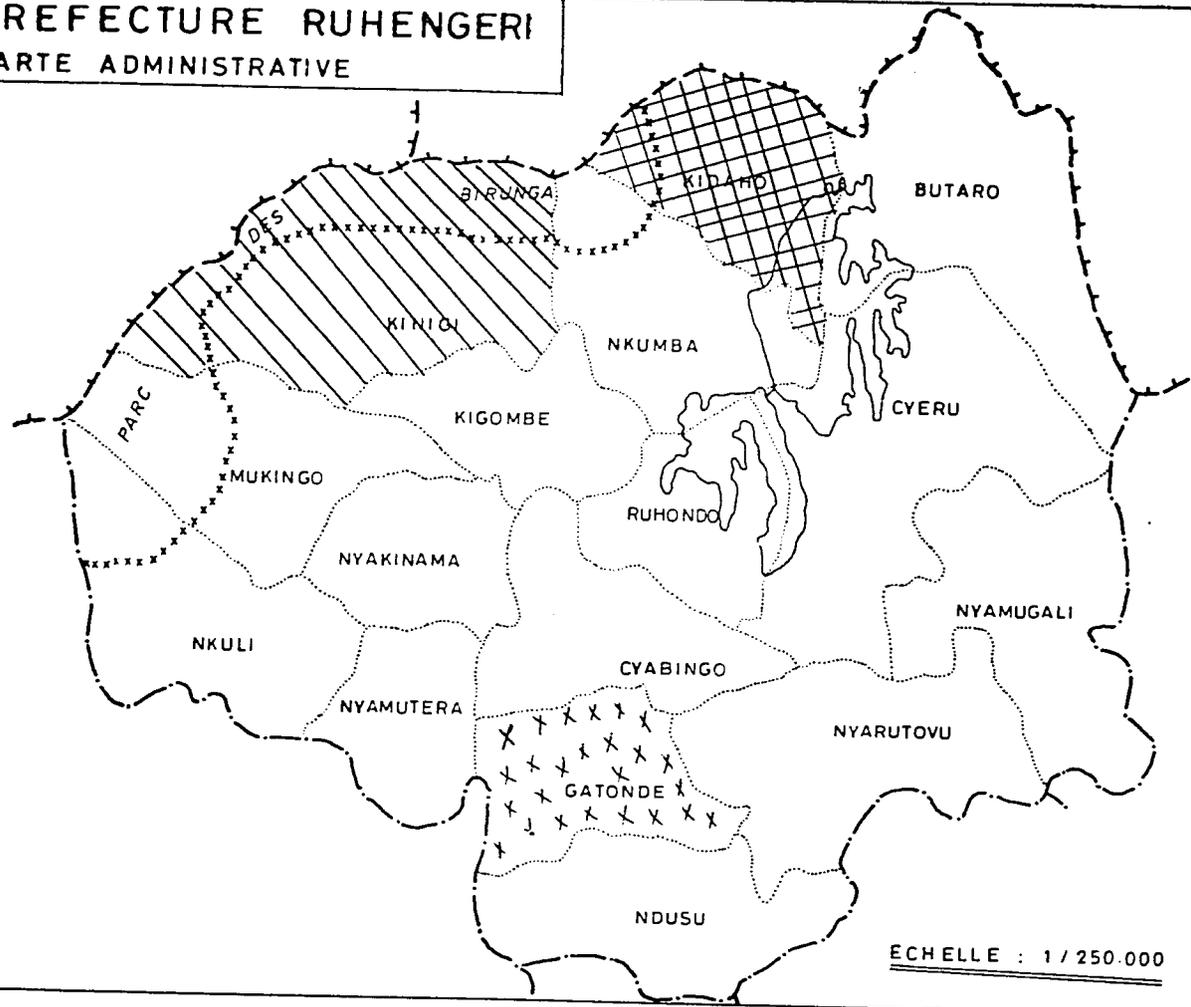
45. Est-ce c'est grace à l'Umukangurambaga que vous utilisez la contraception ? 1. Oui 0. Non 9. NR

MERCI POUR AVOIR PARTICIPE A L'ENQUETE

ANNEXE 2

PLAN DE LA PREFECTURE DE RUHENGARI

PREFECTURE RUHENGERI
CARTE ADMINISTRATIVE



ECHELLE : 1 / 250.000

193

ANNEXE 3

PLAN D'ECHANTILLONNAGE UTILISE POUR L'ENQUETE FINALE DU PROJET "PROMOTION ET PRESTATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE A BASE COMMUNAUTAIRE A RUHENGERI"

Les étapes du plan d'échantillonnage "probabilité proportionnelle à la taille de la population" utilisé pendant l'enquête finale du projet sont énumérées ci-dessous.

- A) Pour chaque commune, une liste des secteurs et cellules par ordre géographique a été établie, ainsi que celle des ménages dont les femmes répondaient aux critères de sélection pour l'enquête.
- B) Le nombre total de ménages dans chaque commune a été divisé par 25 (le nombre de cellules voulu). Le résultat était l'intervalle d'échantillonnage (IE). L'IE était différent pour chaque commune puisqu'il a été déterminé par le nombre total de ménages dans la commune.
- C) Un numéro entre 1 et l'IE a été choisi au hasard. Ce numéro était le 'commencement alléatoire' (CA). L'échantillon a été ainsi déterminé en considérant que le premier numéro était le CA, le deuxième était le premier + IE, le troisième était le deuxième + IE, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le nombre total de ménages ait été atteint. Cette série avait 25 numéros. Les cellules qui comprenaient les ménages représentés par les numéros de la série étaient les 25 cellules sélectionnées pour l'enquête.
- D) Vingt femmes ont été sélectionnées dans chacune des 25 cellules. Pour chaque cellule sélectionnée, le nombre de femmes remplissant les critères de sélection a été divisé par 20, pour obtenir l'intervalle d'échantillonnage ($l'IE/Cel$) pour la cellule. En outre, l'intervalle était différent pour chaque cellule. En commençant par un chiffre alléatoire entre un (1) et $l'IE/Cel$, $l'IE/Cel$ a été additionné successivement au chiffre précédant pour avoir les 20 femmes à enquêter dans chaque cellule. (Par exemple, s'il y avait 89 femmes dans la cellule, l'intervalle était $89/20 = 4,5$. Pour que chaque femme ait la même probabilité d'être sélectionnée, il fallait commencer avec un nombre alléatoire entre 1 et 4, et ensuite prendre la quatrième puis la cinquième; utiliser ainsi mais alternativement les pas 4 et 5.)

ANNEXE 4

LISTE DES COMMUNES, SECTEURS ET CELLULES SELECTIONNEES DANS L'ENQUETE FINALE DU PROJET

<u>Communes</u>	<u>Secteurs</u>	<u>Cellules</u>	
Gatonde	Mugandu	Karama	Cyifuzo
	Kivune	Gashyamba	Rwampari
	Busengo	Kamonyi Gashirwe	Mwumba Ruhanga
	Cyibumba	Burushya Karambi	Gitwa
	Gakenke	Kabusoro	Rurumbya
	Rusasa	Nyagahama	Gakindo
	Nyakagezi	Gahinga Kavumu	Karambo
	Gahanga	Kirehe Burahabuye	Bukiza Bwanamo
	Munanira	Munyana Gashubi	Ruhuha
	Kidaho	Burambi	Nyagahinga Nindo
Cyanika		Rukoro Nyamiyaga	Kanyandaro
Butenga		Nyagasozi	Rubona
Kagogo		Rwahombo Mugera	Kilinga
Gitare		Nyamabuye	Gihonga
Burera		Mweru	Gashore
Rugarama		Gafumba	Kanyangezi
Gitaraga		Rugarama Kaziguro	Ntarama
Kidaho		Kidaho	Nkiriza
Butete		Kamegeri	Rutanga

<u>Communes</u>	<u>Secteurs</u>	<u>Cellules</u>	
Kinigi	Nyabitsinde	Buhangabo	Karandaryi
	Kabwende	Kansoro Ryango	Ruhanga II
	Kagano	Maho	Kabari
	Gasiza	Rushali	
	Rwankuba	Kinama	Mburane
	Nyange	Nyarubuye	Gahama
	Gihora	Nyabitare Kishali	Rurebe
	Musanze	Kanyabirayi	Cyanturo
	Tero	Tero	
	Nyarugina	Rucumu	
	Bisate	Nyarusizi Nyarwayu	Ndubi Kabara
	Kanyamiheto	Rushabi I	

ANNEXE 5

LISTE DU PERSONNEL DE L'ENQUETE FINALE

Supervision

MUNYAKAZI Alphonse
NZAMWITA Augustin
MBONIGABA Jean Damascène

Exécution de l'enquête

NDUWIMANA Sixbert
RUTAGWERA Jean Marie Vianney
MUSHINZIMANA Emmanuel
GATERUKE Justin
MIVUMBI Rita
BAZIRAMWABO Madeleine
NIYOSHUTI Christine
GAHUTU Isidore
MUNYAMBANZA Emmanuel
MUJAWAMARIYA Vénantie
MBATEZIMANA Véréne
NYIRABAGENZI Laurence

Codification, saisie, et traitement des données

BUTERA Benoit
NDUWIMANA Sixbert

Chauffeurs

MUNYABARENZI Silis
RUTABANA Emmanuel
DUSABIMANA Jean Damascène

Consultante

McGINN Thérèse

ANNEXE 6
LISTE DES REDACTEURS DU RAPPORT FINAL

MUNYAKAZI Alphonse
MUNYAMBANZA Emmanuel
BUTERA Benoît
NDUWIMANA Sixbert
GATEBUKE Justin
MBATEZIMANA Véréne
NYIRABAGENZI Laurence
McGINN Thérèse
HAFFEY Joan

SUMMARY IN ENGLISH

**FINAL REPORT OF COMMUNITY BASED FAMILY PLANNING
PROMOTION AND SERVICE DELIVERY STUDY
IN RUHENGERRI, RWANDA**

ENGLISH SUMMARY

Family planning has a history of strong support from the government in Rwanda. High level officials, including His Excellency Major-General Juvenal Habyarimana, President of the Republic of Rwanda, have publicly emphasized the importance of population and family planning in the development of the country. The Office National de la Population (ONAPO) was established by official decree in January, 1981 and, by the mid-1980s, had developed, in collaboration with the Ministry of Health, family planning service delivery in health centers throughout the country.

Contraceptive prevalence rates, however, remained low. The 1983 National Fertility Survey conducted by ONAPO found approximately one percent of married women current using modern methods and ten percent using traditional methods. In January 1988, the national rate for modern methods was estimated to be 4.6 percent based on ONAPO service statistics.

To test strategies to increase rates of contraceptive use, an operations research project was developed and initiated in 1987 in three zones of the Ruhengeri region. The project was conducted by ONAPO in collaboration with the Columbia University Center for Population and Family Health.*

The overall objective of this operations research project was to study alternative approaches to extending family planning IEC and contraceptive distribution to rural communities. The study was conducted using a three-celled quasi-experimental research design consisting of two different interventions and a control zone with no intervention in three distinct geographic areas within Ruhengeri region. The population in each area was approximately 30,000. Community based education and referral were introduced in both intervention areas, Gatonde and Kidaho; in the latter zone, community based distribution of non-clinical methods (pills, condoms and foaming tablets) was also available. In the third area, Kinigi, normal clinic based services continued but no specific outreach activities were undertaken.

Activities in the two experimental areas were undertaken in conjunction with the Centres Communaux pour le Développement et la Formation Permanente (CCDFP), a national community development organization of the Ministry of the Interior and Communal Development (MININTER). The CCDFP's network of community based

* The ONAPO operations research project was financed by Columbia University's Center for Population and Family Health under Cooperative Agreement number DPE 3030-A-00-4049 with the Agency for International Development, Bureau of Science and Technology, Office of Population, Research Division, Washington D.C.

development volunteers, the "Abakangurambaga", literally "wakers of the people" in the national language, Kinyarwanda, were central to the experimental approaches being introduced through the project.

Even before initiation of the operations research study, a national plan was being developed by ONAPO to select agents from among the Abakangurambaga to be trained to undertake IEC in family planning in their communities. The operations research study which commenced in 1987 effectively served as a forerunner to this "Global IEC Plan" by providing an experiential as well as experimental basis for broad replication.

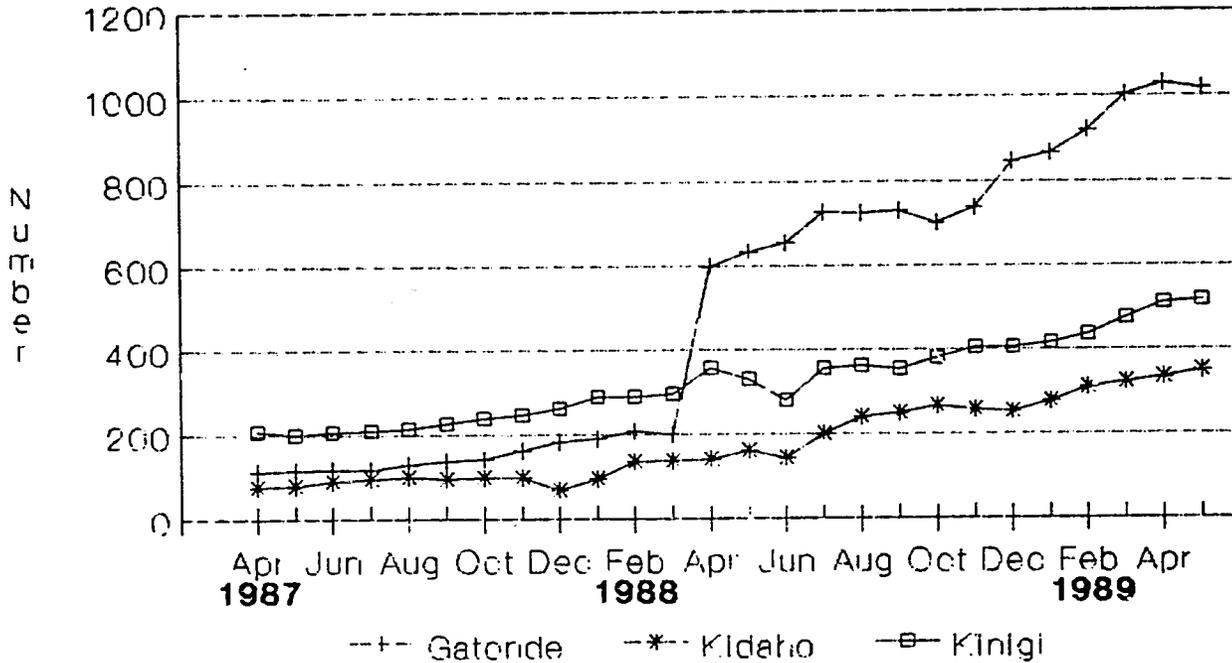
To assure the participation and support of the government organizations, including MININTER and the Ministry of Health (MINISANTE), local authorities and the public, the project began with a series of meetings among these parties to discuss project goals. A series of studies was also conducted prior to implementation of the interventions. To provide information with which to elaborate specific project implementation strategies, existing clinic services were assessed, service statistics reviewed, and focus groups conducted. These early studies facilitated the development and execution of subsequent training and supervision activities within the project. They were also very useful in the design of the post-intervention survey conducted to measure program accomplishments in terms of community members' knowledge, attitudes, and practice of family planning.

A number of specific criteria were used to select the 46 Abakangurambaga who participated in the project, 23 each in Gatonde and Kidaho. A comparison of characteristics shows that selected agents within the two areas were evenly matched by age (mean of 33 years); marital status (all married with children); religion (83 percent Catholic); education (all with at least some primary schooling); sex (a near even division in both areas); and current use of family planning (over 80 percent).

The two groups of Abakangurambaga were trained in February 1988 by teams composed of ONAPO, MININTER and MINISANTE personnel who themselves had attended a Training of Trainers workshop organized under the project. A field evaluation conducted shortly after the completion of training to assure that the trained agents had sufficient competence to perform the work required revealed that initial activities were being carried out as planned and that the agents were known and appreciated by community members.

At the start of project, as can be seen in Figure I, family planning services were being provided to about equal numbers of clients of health centers in the two experimental areas, Gatonde and Kidaho. The control area, Kinigi, which had three health centers to the single one in each of the experimental areas, served roughly twice as many clients. Immediately after agent training in late February, 1988, notable increases in the number of users were observed, more dramatic in Gatonde but nevertheless consistent in Kidaho.

Figure 1
Number of Current Users of Modern Contraceptives, April 1987-May 1989



Results of a June 1989 sample survey of 1,363 married women 15 to 49 years of age living in the three study areas verified the broad conclusions drawn from the analysis of service statistics and provided a basis for more in-depth analysis of attitudes and behavior related to contraceptive use. Analysis of the survey data revealed relatively little variation in the socio-demographic profiles across the three areas: each group had a mean age close to the overall mean of 31 years; very low levels of remunerative employment; between four and five children ever born; and was predominantly Catholic, although Gatonde was somewhat higher on this measure than the other areas. However, with regard to educational levels, a significant difference was observed among the three zones: a far higher proportion of women in Gatonde had attended school (62.8 percent) than in either Kidjaho or Kinigi (29.3 and 24.0 percent, respectively).

As shown in Table 10*, knowledge and use of contraceptives in the project area in 1989 were considerably higher than the 1983 national levels; the difference is even more remarkable when one considers that the 1983 study included urban areas. Particularly striking, modern method contraceptive prevalence in Gatonde was shown to be 28.5 percent, making it one of the highest levels achieved in a rural African setting to date. While the level of use in this area is undoubtedly related to its relatively high proportion of educated women, a remarkable increase has nevertheless occurred in just over one year. Moreover, the health center service statistics and the survey results indicate that very few women in the project area had ever used contraceptives before the project, and that most of those who started during the project are continuing users. As is the case throughout the country, injectable contraceptives were by far the method of choice in all the zones.

While contraceptive prevalence for all modern methods, including natural family planning, rose from an estimated 4.0 percent in January 1988 (based on ONAPO service statistics for Ruhengeri) to 18.8 percent in June 1989 (based on survey data), there were considerably more rapid and striking improvements in the two experimental areas as compared to the control. Gatonde made an unprecedented leap from 4.6 percent to 35.9 percent in that period, while Kidjaho increased from 2.3 to 11.6 percent. Kinigi, the control area, which had a higher prevalence of 6.9 percent to start with, showed an increase to 9.6 percent by the end of the project.

Table 11 provides an indication that schooling can not fully account for the dramatic differences in contraceptive prevalence between Gatonde and the other areas. While educated women were significantly more likely to use contraceptives in the two experimental areas, it is noteworthy that in Gatonde nearly 30 percent of the non-educated women reported current use. Religion, which might be expected to affect use of methods other than natural family planning, appeared to have had no impact as the differences in current use among Catholics and Protestants were quite small.

* Table and Figure numbers of the full report have been retained for the summary.

Table 10
 Knowledge and Use of Modern Methods:
 Proportion of women who know, have ever used, and currently use modern methods

	Proportion of women														
	Gatonde (N=450)			Kidaho (N=449)			Kinigi (N=464)			Total (N=1353)			Rwanda*		
	Know	Ever use	Curr use	Know	Ever use	Curr use	Know	Ever use	Curr use	Know	Ever use	Curr use	Know	Ever use	Curr use
At least one modern method	100	43.8	35.9	96.8	13.7	11.6	96.1	12.9	9.6	97.6	23.2	18.8	-	2.7	0.9
At least one modern method (excluding natural family planning)	100	32.4	28.5	96.6	8.9	6.4	95.4	9.2	7.4	97.3	16.6	13.9	-	-	-
Injectables	99.6	27.5	24.8	90.0	5.4	3.8	94.2	8.4	6.7	94.5	13.7	11.7	45.4	0.8	0.4
Fill	99.4	4.9	3.1	92.2	4.0	1.3	86.2	1.7	0.6	92.5	3.5	1.7	40.6	1.0	0.2
Condoms	92.2	0.2	0	77.0	1.3	0.9	59.0	0.4	0.2	75.8	0.7	0.4	11.0	0.1	-
Spermicides	46.0	0	0	37.8	0.4	0.2	21.5	0	0	34.9	0.1	0.1	-	-	-
IUD	84.4	0.5	0	62.5	0.2	0.2	69.9	0.9	0	72.3	0.5	0.1	21.1	0.6	0.3
Sterilisation	66.2	0	0	51.8	0.2	0.2	51.9	0	0	56.6	0.1	0.1	0.9	-	-
Natural FP	80.4	18.0	8.7	49.5	6.0	5.8	42.5	4.1	2.2	57.3	9.3	5.5	-	-	-

* Source: National Fertility Survey, ONAPO, 1983, pp. 206, 211, 213.

N.B. Ever use and current use differ significantly by area.
 (Chi carré: p<.001)

Table 11
Knowledge, Ever Use and Current Use
of at least one modern contraceptive method by socio-demographic characteristics

	Proportion of women											
	Gatonde			Kidaho			Kinigi			Total		
	Know	Ever use	Curr use	Know	Ever use	Curr use	Know	Ever use	Curr use	Know	Ever use	Curr use
Age	(N=427)			(N=416)			(N=447)			(N=1289)		
15 - 19	100	50.0	50.0	90	0	0	100	0	0	96.4	7.1	7.1
20 - 24	100	31.3	29.2	96.1	10.8	10.8	96.7	6.5	4.3	97.1	13.2	12.0
25 - 29	100	44.7	35.1	97.9	12.4	9.3	98.9	8.8	5.5	99.0	23.5	17.9
30 - 34	100	47.5	37.5	97.8	16.3	15.2	98.0	17.3	13.3	98.7	28.7	23.2
35 - 39	100	37.6	29.4	96.3	20.4	13.0	92.5	15.0	11.3	96.3	25.1	18.7
40 - 44	100	57.5	55.0	97.7	13.3	11.1	90.7	22.2	18.5	95.7	29.5	26.6
45 - 49	100	50.0	35.7	93.8	25.0	25.0	94.1	23.5	17.6	95.7	31.9	25.5
Chi square	**	NS	NS	NS	NS	NS	NS	p<.05	p<.05	NS	p<.001	p<.01
Schooling	(N=433)			(N=430)			(N=359)			(N=1322)		
Yes	100	46.3	39.6	97.7	20.3	18.8	98.2	16.4	11.8	99.0	33.3	28.3
No	100	39.5	29.6	96.4	10.9	8.6	95.4	11.8	8.9	96.7	17.0	12.9
Chi square	**	NS	p<.05	NS	p<.05	p<.01	NS	NS	NS	p<.05	p<.001	p<.001
Religion	(N=431)			(N=437)			(N=459)			(N=1327)		
Catholic	100	44.0	36.8	97.1	14.9	12.4	98.3	12.9	9.6	98.6	25.5	20.9
Protestant	100	45.7	36.2	96.4	14.3	12.1	93.6	13.1	9.3	96.2	22.4	17.5
Other	100	8.3	8.3	96.4	7.1	7.1	93.5	10.9	0.9	95.6	8.8	8.8
Chi square	**	p<.05	NS	NS	NS	NS	p<.05	NS	NS	p<.05	p<.001	p<.01

** No statistical test performed as there was no variation in the responses.

The more impressive results of Gatonde are matched by indications that the Abakangurambaga in this area performed at a higher level than those in Kidaho. For example, they held far more community meetings to introduce and explain family planning than did those in Kidaho -- a mean of 38 meetings per agent versus only seven in Kidaho during 16 months of project activity. Similarly, Gatonde agents counseled approximately 3.5 times as many individuals on family planning as did those in Kidaho (a mean of 423 per agent compared to 115 in Kidaho). These self-reported indicators of activity are substantiated by responses from women during the final survey: 40 percent of women in Gatonde named the Abakangurambaga as their principal source of information on the benefits of family planning, while only 6.5 percent did so in Kidaho. Similarly, among ever users in Gatonde, over 40 percent attributed their acceptance of family planning to the agents compared to only 20 percent of ever users in Kidaho.

The Abakangurambaga in Gatonde benefited from very strong support from local authorities. The field evaluation and routine supervision visits found officials at every level to be informed and enthusiastic about the program. For example, they often spoke about family planning themselves during the frequent and well-attended community meetings and also regularly gave the Abakangurambaga the chance to address these groups. In contrast, Kidaho experienced several changes of leadership even during the short project period and community meetings are neither frequent nor popular.

Figure 1 clearly shows that the growth in contraceptive use coincided with the Abakangurambaga's active role in promoting family planning. Nevertheless, cause and effect can not be simply imputed. The Abakangurambaga in Gatonde could have been as much responding to as activating higher levels of demand. In addition, it is possible that the family planning promotion activities of the Kidaho agents were overshadowed by their responsibilities related to the distribution of contraceptives which, since they did not include the most popular injectables, were of little interest to the public.

More broadly, it appears likely that substantial success has been achieved in sensitizing women to family planning even apart from the project-related interventions, since encouraging results were found even in the control area. It must be noted, however, that the 'control' area of Kinigi actually had active Abakangurambaga since late 1988 as part of ONAPO's Global IEC Plan. Nevertheless, a comparison of this area with the two experimental areas shows, for example, that knowledge of modern methods stood at comparable levels, as Tables 10 and 11 illustrate. In addition, the proportions of Kinigi women who understood the advantages and disadvantages associated with family planning were similar to those in the other areas.

Tableau 22
Desire for Future Use of Modern Contraception
among Non-Users

	Proportion wanting to use				
	Gatonde	Kidaho	Kinigi	Total	Rwanda*
Non-users:	(N=277)	(N=376)	(N=411)	(N=1064)	
Never users	85.5	55.3	69.9	68.4	31
Former users	89.3	88.9	87.5	88.7	-
All non-users	85.9	56.1	70.6	69.5	-
Age	(N=273)	(N=355)	(N=398)	(N=1026)	
15-19	50.0	70.0	64.3	65.4	37
20-24	94.3	66.7	75.9	75.0	41
25-29	94.5	67.1	80.2	80.1	39
30-34	86.7	52.0	74.4	71.2	35
35-39	86.7	45.9	65.7	67.4	29
40-44	63.2	59.0	60.5	60.4	20
45-49	44.4	0	25.0	21.9	8
Chi square	p<.001	p<.001	p<.01	p<.001	
Schooling	(N=277)	(N=372)	(N=410)	(N=1059)	
Yes	88.0	66.0	71.9	77.5	-
No	82.9	52.8	70.1	65.4	26
Chi square	NS	p<.05	NS	p<.001	
Religion	(N=277)	(N=376)	(N=410)	(N=1063)	
Catholic	88.0	57.8	73.1	72.6	-
Protestant	81.1	58.6	66.2	66.9	-
Other	81.8	44.4	72.5	59.0	-
Chi square	NS	NS	NS	p<.05	

* Source: National Fertility Survey, ONAPO, 1983. p.215.

N.B. Desire for future use differs significantly by area.
(Chi square: p<.001)

A further indication of the readiness of the general population for family planning is provided by the one-fourth of respondents in Kinigi who reported wanting no more children and the 64 percent of the remainder who said they wanted to wait at least 18 months from the time of the interview before having another child. These figures can be compared to Gatonde where nearly 40 percent reported wanting no more children and 77 percent of the rest wanted to wait at least 18 months.

While there may well be a readiness for family planning, this does not necessarily translate into a desire for low fertility. Neither personal nor ideal family size preferences expressed by respondents were significantly lower than the ideal size of 6.3 children reported in the 1983 national survey. It should be noted however that the levels reported by Gatonde respondents were consistently lower than those reported in the other areas.

Responses to questions concerning the intention to use contraception in the future do, however, provide an indication that use of family planning will continue to increase. As shown in Table 22, intended future use among current non-users is significantly higher in Gatonde than in the other regions, suggesting again that the Abakangurambaga have had an impact in this area. Neither education nor religion notably differentiates intended future use among non-users in any project area.

By any measure, the achievements of this project must be considered a remarkable success, and application of the lessons learned on a wider basis holds great promise for Rwanda. ONAPO has already begun moving toward such replication through the development and initiation of its Global IEC Plan under which Abakangurambaga throughout the country have been trained as family planning promoters. This project demonstrates, through the experience of Gatonde in particular, the importance of ground level CCDFP and local authority support and encouragement to keep the volunteer agents actively involved in the family planning effort.