

PN ARN-869
81920

**Enquête
Démographique
et de Santé
Rwanda
1992**

**Rapport
Préliminaire**

Office National de la Population

**Demographic and Health Surveys
Macro International Inc.**



Le programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - DHS) fournit une assistance aux agences gouvernementales et privées pour la réalisation de 59 enquêtes dans les pays en développement. Financé principalement par l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID), DHS est un programme exécuté par Macro International Inc. Les principaux objectifs du programme sont: 1) fournir aux responsables des pays participant au programme les données de base et les analyses utiles pour une prise de décisions adéquates; 2) développer la base de données sur la population et la santé à l'échelle internationale; 3) développer de nouvelles méthodologies d'enquête; et 4) développer, dans les pays participant au programme, les capacités et les ressources nécessaires pour la réalisation d'enquêtes démographiques et de santé d'un haut niveau.

**Enquête Démographique
et de Santé
Rwanda
1992**

Rapport Préliminaire

**Office National de la Population (ONAPO)
Kigali, Rwanda**

et

**Demographic and Health Surveys
Macro International Inc.
Columbia, Maryland, U.S.A.**

Janvier 1992

Ont contribué à la rédaction de ce rapport :

**Juan Schoemaker
Mathias Ngendakumana
Jeanne Cushing**

**Coordonnateur, DHS/Macro International
Chercheur
Traitement de données, DHS/Macro International**

Ont également participé à l'enquête :

**Gaudence Habimana Nyirasafali
Evariste Hakizimana
Tite Habiyakare
Madeleine Baziramwabo
Thanh Le
Chris Scott
Victor Canales
Richard Roberts
Alain Joyal**

**Directrice de l'ONAPO
Directeur Technique
Coordonnateur
Superviseur
Sondage, DHS/Macro International
Sondage, consultant DHS/Macro International
Traitement de données, DHS/Macro International
Conseiller en planification familiale, MSH/Rwanda
Conseiller financier, MSH/Rwanda**

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	1
I. OBJECTIFS ET METHODOLOGIE	
A. Objectifs de l'enquête	2
B. Questionnaires	2
C. Echantillonnage	3
II. ENQUETE MENAGE ET ENQUETE FEMME	
A. Couverture de l'échantillon	4
B. Caractéristiques socio-démographiques des femmes	4
C. Fécondité	6
D. Connaissance et utilisation de la contraception	7
1. Connaissance	7
2. Utilisation antérieure et actuelle des méthodes contraceptives	9
3. Caractéristiques des utilisatrices	9
4. Sources d'approvisionnement de la contraception	11
E. Désir d'enfants supplémentaires	12
F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement	13
G. Vaccinations	14
H. Episodes diarrhéiques et réhydratation par voie orale	16
I. Allaitement et alimentation de complément	18
III. ENQUETE MARI	
A. Caractéristiques socio-démographiques des maris	20
B. Connaissance et utilisation de la contraception	20
C. Désir d'enfants supplémentaires	21

INTRODUCTION

Plusieurs organismes ont participé à la réalisation de l'Enquête Démographique et de Santé au Rwanda (EDSR) : l'Office National de la Population (ONAPO) a eu la responsabilité de son exécution, avec l'assistance technique de Macro International Inc., qui a la charge du programme mondial des enquêtes Demographic and Health Surveys (DHS). Le financement du projet a été assuré par l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID), et la représentation de l'UNICEF au Rwanda a contribué au projet en fournissant des véhicules pour le travail sur le terrain et en assurant l'assistance technique pour la formation en mesures anthropométriques.

L'objectif de ce rapport est de faire connaître aux responsables et administrateurs des programmes de population et de santé les premiers résultats d'intérêt le plus immédiat. Afin de permettre une publication et une divulgation rapide, ces résultats ont été produits avant révision et analyse détaillée du fichier complet des données de l'enquête. Ils sont, par conséquent, provisoires et susceptibles de légères modifications ultérieures. Un rapport final, présentant une description plus développée des résultats, sera publié dans les prochains mois.

I - OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

A. Objectifs de l'enquête

L'objectif à court terme de l'Enquête Démographique et de Santé au Rwanda (EDSR) est de recueillir des données permettant de :

- calculer les taux de fécondité et de mortalité infantile et juvénile, et analyser les facteurs associés aux niveaux et aux tendances de ces taux;
- calculer le taux d'utilisation et de connaissance de la contraception, et avoir des informations sur le nombre idéal d'enfants et les attitudes vis-à-vis de la planification familiale.
- évaluer la situation de santé de la mère et de l'enfant : couverture vaccinale, prévalence et traitement de la diarrhée et des maladies respiratoires, soins prénatals et assistance à l'accouchement, allaitement, et état nutritionnel des enfants;

A long terme, l'EDSR vise à contribuer au développement des capacités et ressources nécessaires à la réalisation périodique d'enquêtes démographiques et de santé au Rwanda. Enfin, l'EDSR faisant partie d'un programme international, ses résultats feront partie d'une base de données utilisable par les organismes et les chercheurs qui s'intéressent aux problèmes de population et de santé dans le monde entier.

B. Questionnaires

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

a) Le questionnaire ménage enregistre les membres du ménage ainsi que quelques caractéristiques importantes concernant ces membres, et permet d'identifier les femmes éligibles pour être interviewées individuellement. Ce questionnaire comporte aussi plusieurs questions relatives aux caractéristiques physiques du logement, permettant d'évaluer les conditions économiques et environnementales dans lesquelles vivent les femmes.

b) Le questionnaire individuel femme est utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans, ayant passé la nuit précédant l'entretien dans le ménage sélectionné, quel que soit leur statut de résidence. Ce questionnaire inclut neuf sections qui traitent des sujets suivants :

- Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées;
- Reproduction;
- Contraception;
- Grossesse et allaitement, vaccination et santé des enfants;
- Nuptialité;
- Préférences en matière de fécondité;

- Caractéristiques du conjoint et activité professionnelle de la femme;
 - Mesures anthropométriques (taille et poids des enfants).
- c) Le questionnaire mari a été utilisé dans un sous-échantillon de 20 pour cent des ménages (un ménage sur cinq). Celui-ci comprend les sections suivantes:
- Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés;
 - Contraception;
 - Préférences en matière de fécondité.

C. Echantillonnage

L'Enquête Démographique et de Santé au Rwanda est basée sur un échantillon représentatif au niveau national, stratifié par milieu urbain-rural, le taux de sondage pour le milieu urbain étant le triple de celui du milieu rural.¹ Dans chacun de ces milieux, l'échantillon est autopondéré. Les unités primaires de sondage (UPS) ont été constituées par les *cellules*² dans le milieu rural et par les *districts de recensement* de 1991 dans le milieu urbain. Pour faciliter le travail sur le terrain et réduire le déplacement des équipes, les unités primaires dépassant 500 ménages ont été divisées en deux ou trois segments, dont un seul a été sélectionné. Au total, 201 UPS ont été sélectionnées, dont 150 en milieu rural et 51 en milieu urbain. Cinq communes dans la préfecture de Byumba et trois dans Ruhengeri, situées dans la zone des hostilités entre les rebelles et les troupes gouvernementales, ont été exclues de l'échantillon. De plus, l'enquête n'a pas été effectuée dans deux des quinze grappes sélectionnées à Byumba pour ne pas exposer les équipes aux risques du conflit. A l'intérieur des UPS, on a sélectionné 6.509 ménages, dans lesquels 6.947 femmes éligibles et 715 maris ont été identifiés pour l'enquête individuelle. Le travail sur le terrain a eu lieu du 14 juin au 10 octobre 1992, pendant quatre mois environ.

¹ Le classement urbain-rural est basé sur la définition officielle du Service National de Recensement.

² La cellule est la plus petite unité administrative au Rwanda. En 1991, la taille moyenne des cellules était d'environ 800 personnes.

II - ENQUETE MENAGE ET ENQUETE FEMME

A. Couverture de l'échantillon

Des 6.509 ménages sélectionnés, 6.252 ont pu être enquêtés avec succès. Sur les 6.947 femmes éligibles identifiées dans les ménages, 6.551 femmes ont été interviewées avec succès. Le taux de réponse des ménages est évalué à 98 pour cent, tandis que celui des femmes éligibles est de 94 pour cent et celui des maris est de 82 pour cent.³ Le taux de réponse plus faible pour les maris s'explique par le fait qu'un grand nombre d'entre eux ne se trouvaient pas à la maison au moment de l'enquête. Le tableau 1 donne les détails concernant les résultats de l'enquête.

Tableau 1
Résultats de l'échantillon des ménages, de l'échantillon des femmes
et de l'échantillon des maris, Rwanda 1992

Résultats	Effectif	Pourcentage
Ménages sélectionnés	6.509	100,0
Questionnaires remplis	6.252	96,1
Pas de personne compétente	22	0,3
Ménage absent	76	1,2
Refusé	13	0,2
Logement vide	123	1,9
Logement détruit	17	0,3
Logement non trouvé	5	0,1
Autre réponse	1	0,0
Taux de réponse des ménages	--	98,2
Femmes éligibles	6.947	100,0
Questionnaires remplis	6.551	94,3
Femme pas à la maison	271	3,9
Refusé	5	0,1
Partiellement rempli	2	0,0
Femme incapable de répondre	118	1,7
Taux de réponse des femmes	--	92,6
Maris éligibles	715	100,0
Questionnaires remplis	598	83,6
Mari pas à la maison	74	10,3
Partiellement rempli	1	0,1
Mari incapable de répondre	42	5,9
Taux de réponse des maris	--	82,4

B. Caractéristiques socio-démographiques des femmes en âge de procréation

D'après les résultats du questionnaire ménage, les femmes en âge de procréation représentent 22 pour cent de la population totale. Le tableau 2 donne la répartition des femmes enquêtées selon quelques variables socio-démographiques telles que l'âge, le milieu et la région de résidence, le niveau d'instruction, l'ethnie et l'état matrimonial. Pour l'analyse, on a regroupé les neuf préfectures en cinq régions suivant approximativement la régionalisation proposée par le Ministère de l'Agriculture, de

³ Pour le calcul du taux de réponse des ménages, les logements vides, les logements détruits et les logements non trouvés sont exclus du dénominateur.

Tableau 2
Répartition en pourcentage des femmes selon certaines caractéristiques
socio-démographique, Rwanda 1992

Caractéristique	Pourcentage pondéré	Effectif de femmes pondéré	Effectif de femmes non-pondéré
Age			
15-19	22,3	1.464	1.471
20-24	19,0	1.247	1.266
25-29	16,0	1.050	1.083
30-34	15,7	1.030	1.017
35-39	11,4	744	741
40-44	9,4	615	592
45-49	6,1	399	381
Milieu de résidence			
Urbain	6,2	408	1.158
Rural	93,8	6.143	5.393
Région de résidence			
Kigali	17,5	1.146	1.505
Nord-Ouest	26,3	1.723	1.614
Sud-Ouest	14,6	954	859
Centre-Sud	25,1	1.643	1.563
Nord-Est	16,6	1.084	1.010
Niveau d'instruction			
Aucun	38,0	2.488	2.342
Primaire	54,0	3.544	3.492
Post-primaire	7,9	519	717
Ethnie			
Hutu	90,7	5.959	5.837
Tutsi	8,7	569	661
Twa	0,7	43	53
Etat matrimonial			
Célibataire	32,1	2.100	2.175
Mariée	34,0	2.225	2.169
En union	23,8	1.560	1.529
Veuve/Divorcé	10,1	665	678
Total	100,0	6.551	6.551

l'Élevage et des Forêts (MINAGRI).⁴ La préfecture de Kigali, étant la plus importante du point de vue politique, démographique et économique, est considérée comme une région en soi. On a donc les régions suivantes : la préfecture de Kigali, le Nord-Ouest (Kibuye, Ruhengeri, Gisenyi), le Sud-Ouest (Cyangugu, Gikongoro), le Centre-Sud (Butare, Gitarama), et le Nord-Est (Byumba, Kibungo).

Parmi les femmes, la majeure partie (94 pour cent) habite dans le milieu rural et une proportion importante (62 pour cent) a fait au moins quelques années d'école primaire. Les femmes aux âges de fécondité maximale, c'est-à-dire celles de moins de trente ans, constituent aussi la proportion la plus importante : 57 pour cent. La répartition par ethnie montre que plus de 90 pour cent des femmes

⁴ Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et des Forêts, *Résultats de l'Enquête Nationale Agricole 1984*. Étant donné que les zones géographiques envisagées par le MINAGRI ne coïncident pas avec les démarcations administratives des préfectures, les régions définies dans ce rapport ne correspondent pas exactement à celles proposées par le MINAGRI.

enquêtées appartiennent à l'ethnie Hutu, plus de 8 pour cent à l'ethnie Tutsi, tandis que l'ethnie Twa et les autres ethnies—souvent des étrangères—rassemblent moins d'un pour cent des enquêtées. Cette répartition coïncide avec celle qui ressort d'autres sources, selon lesquelles la répartition par ethnie est de 90 pour cent Hutu, 10 pour cent Tutsi et 0,4 pour cent Twa.⁵ En ce qui concerne l'état matrimonial, on trouve que presque un tiers des femmes se déclarent célibataires, et 10 pour cent sont veuves, divorcées ou séparées, tandis que les femmes mariées ou vivant en union consensuelle au moment de l'enquête représentent moins de 60 pour cent. Dans ce rapport ces dernières sont désignées conjointement par le terme *femmes en union*.

C. Fécondité

La fécondité est présentée ici à partir des taux de fécondité générale par groupe d'âges quinquennal calculés sur les trois ans précédant l'enquête, ce qui permet de calculer l'indice synthétique de fécondité (ISF), connu aussi comme la somme des naissances réduites. L'ISF est un indice du nombre moyen d'enfants nés vivants que les femmes de ces âges auraient au cours de leur période féconde, en supposant que le niveau de fécondité actuel reste invariable. Par ailleurs, la parité moyenne ou nombre moyen d'enfants nés vivants par femme, mesure la fécondité rétrospective de chaque cohorte, cumulée à la date de l'enquête. Chez les femmes de 45-49 ans, cet indice mesure la fécondité cumulée totale de cette cohorte à la fin de la période de reproduction. Dans une population où la fécondité reste invariable, cette parité moyenne tend à se rapprocher de l'ISF. Par contre, si l'ISF est inférieur à la parité moyenne chez les femmes de 45 à 49 ans, cela indique une tendance à la baisse de la fécondité. Dans le cas du Rwanda, l'ISF et le nombre moyen d'enfants par femme sont respectivement de 6,5 et 8,1, ce qui suggère une baisse importante de la fécondité au cours des dernières années. La comparaison des taux de fécondité par groupe d'âges selon les résultats de l'EDSR et ceux de l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1983 (ENF), tels qu'ils sont présentés au tableau 3 et au graphique 1, corrobore le fait qu'il

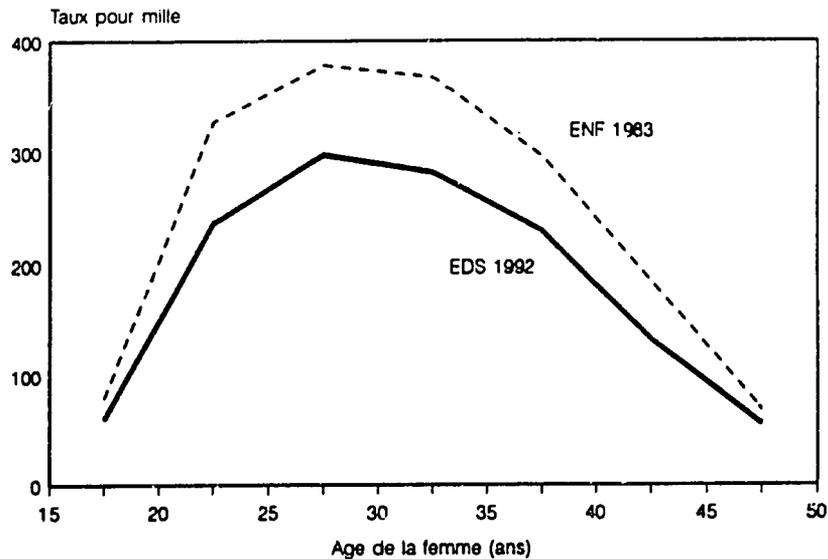
Tableau 3
Taux de fécondité par âge (pour mille), Indice Synthétique de Fécondité (ISF) et nombre moyen d'enfant par femme pour la période de trois ans précédant l'EDSR de 1992, et taux de fécondité par âge et ISF pour la période de trois ans précédant l'ENF de 1983, Rwanda

Groupe d'âges de la femme	EDSR 1992			Taux de fécondité par âge en 1983 ^a
	Taux de fécondité par âge	Nombre moyen d'enfants par femme	Effectif de femmes	
15-19	60	0,1	1.464	79
20-24	227	0,8	1.247	327
25-29	294	2,4	1.050	378
30-34	270	4,2	1.030	367
35-39	214	5,8	745	296
40-44	135	7,5	615	184
45-49	46	8,1	399	68
Total		3,1	6.551	
ISF 15-49	6,2	--	--	8,5
ISF 15-44	6,0	--	--	--

^a Office National de la Population, 1983, *Enquête Nationale sur la Fécondité*, Vol. 1, Analyse des résultats.

⁵ ONAPO, 1990. *Le problème démographique au Rwanda et le cadre de sa solution*, Kigali.

Graphique 1
Taux de fécondité générale par âge
à l'EDS 1992 et à l'ENF 1983



Il y a eu une réduction importante des niveaux de fécondité dans tous les groupes d'âges. En effet, selon l'ENF, l'indice synthétique de fécondité était de 8,5 en 1983, soit une réduction de plus de 25 pour cent dans les taux de fécondité entre 1983 et 1992. Une réduction aussi rapide de la fécondité est exceptionnelle pour l'Afrique Subsaharienne et mérite une analyse plus détaillée des tendances et des facteurs qui l'ont occasionnée. Cette analyse sera faite dans le rapport final, en examinant la fécondité par cohorte et par période des femmes en âge fertile.

D. Connaissance et utilisation de la contraception

1. Connaissance

La sensibilisation de la population sur l'importance de la planification familiale et la promotion des méthodes contraceptives ont été parmi les principaux objectifs de l'ONAPO, depuis sa création en janvier 1981. Ainsi, un des principaux objectifs de l'EDSR était de collecter des informations sur la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréation. Le tableau 4 et le graphique 2 montrent que presque la totalité des femmes rwandaises (98 pour cent de toutes les femmes et 99 pour cent des femmes actuellement en union) connaissent au moins une méthode contraceptive moderne. Parmi les méthodes modernes, la pilule et l'injection sont les plus connues, citées par 97 pour cent des femmes en union. La connaissance du condom, de la stérilisation féminine et du DIU est aussi assez répandue, ces méthodes ayant été citées, respectivement, par 87, 75 et 70 pour cent des femmes en union. Par contre, un peu plus d'un tiers des femmes en union seulement ont déclaré connaître la stérilisation masculine et le Norplant.

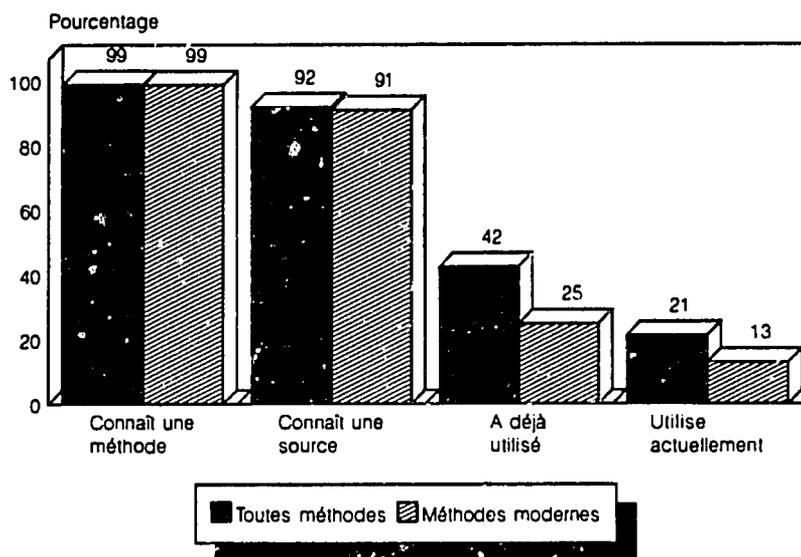
Les méthodes traditionnelles sont également très connues, mais moins que les méthodes modernes : 84 pour cent des femmes en union déclarent connaître au moins une méthode traditionnelle. Trois quarts des femmes connaissent la continence périodique et six femmes sur dix connaissent le retrait.

Tableau 4
 Pourcentage de toutes les femmes et des femmes actuellement en union connaissant une méthode contraceptive spécifique, une source d'approvisionnement, ayant utilisé et utilisant actuellement une méthode contraceptive, Rwanda 1992

Méthode	Connaissance d'une méthode		Connaissance d'une source		A déjà utilisé		Utilise actuellement	
	TF	FM	TF	FM	TF	FM	TF	FM
Au moins une méthode	97,9	99,0	86,5	91,9	28,7	42,4	13,8	21,2
Au moins une méthode moderne	97,7	98,8	85,6	91,0	16,8	24,8	8,6	12,9
Pilule	93,6	96,7	80,9	87,7	7,6	11,5	2,0	3,0
DII	62,9	69,7	51,0	58,9	0,6	1,0	0,1	0,2
Injections	94,5	97,3	81,4	87,9	11,6	17,3	5,6	8,4
Méthodes vaginales	22,8	27,0	19,3	23,1	0,2	0,2	0,0	0,0
Condom	86,9	89,7	69,1	75,2	1,2	1,5	0,2	0,2
Stérilisation fém.	69,7	75,2	54,7	61,8	0,4	0,7	0,4	0,7
Stérilisation masc.	32,9	37,6	27,0	32,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Norplant	29,5	36,2	24,7	31,2	0,3	0,6	0,2	0,3
Au moins une méthode traditionnelle	72,8	84,4	53,2	62,8	16,8	25,0	5,3	8,3
Contenance périodique	66,8	77,2	53,2	62,8	12,1	17,7	3,4	5,1
Retrait	49,3	62,1	0,0	0,0	8,8	13,5	1,8	3,1
Autres méthodes	0,5	0,5	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Effectif	6551	3785	6551	3785	6551	3785	6551	3785

TF=Toutes les femmes
 FM=Femmes actuellement mariées ou en union

Graphique 2
 Connaissance et utilisation de la contraception



Note: Femmes de 15-49 ans en union

EDSR 1992

En plus de connaître les méthodes ou d'en avoir entendu parler, une majorité importante de femmes en union (91 pour cent) savent où l'on peut obtenir au moins une méthode moderne, notamment la pilule et l'injection. Cela signifie que ces femmes n'ont pas simplement entendu parler des ces méthodes d'une manière superficielle, mais qu'elles sont plutôt bien informées à leur sujet.

2. Utilisation antérieure et actuelle des méthodes contraceptives

En examinant l'utilisation des méthodes contraceptives, on constate que parmi les femmes actuellement en union, 42 pour cent déclarent avoir déjà utilisé une méthode contraceptive quelconque, et 25 pour cent déclarent avoir utilisé au moins une méthode moderne : 17 pour cent ont déjà utilisé l'injection et 12 pour cent ont déjà utilisé la pilule. Les femmes en union qui ont utilisé des méthodes traditionnelles représentent 25 pour cent; il s'agit principalement de la continence périodique (18 pour cent) et du retrait (14 pour cent).

Quant à l'utilisation actuelle, le tableau 4 montre que 21 pour cent des femmes actuellement en union utilisent une méthode quelconque et 13 pour cent utilisent une méthode moderne. L'injection est la méthode la plus utilisée (8 pour cent des femmes en union). La pilule vient en seconde position (3 pour cent des femmes en union). Huit pour cent des femmes en union recourent aux méthodes traditionnelles.

Il faut signaler qu'en 1983 à peine un pour cent des femmes en union utilisaient des méthodes modernes. Cela signifie que même si la pratique de la planification familiale moderne n'est pas encore très courante au Rwanda, elle s'est développée d'une façon importante au cours de la dernière décennie.

3. Caractéristiques des utilisatrices

Pour examiner les caractéristiques des utilisatrices, nous nous limiterons aux femmes actuellement en union, lesquelles sont, en principe, plus exposées aux risques de conception. Les résultats qui figurent au tableau 5 et au graphique 3 mettent en évidence des différences importantes selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes. Pour ce qui est de la planification familiale moderne, on constate que la prévalence est plus élevée chez les femmes de 30 à 44 ans, en particulier dans le groupe d'âges 40-44 ans, où 19 pour cent des femmes font usage d'une méthode quelconque. La prévalence baisse dans le groupe d'âges 45-49 ans, ce qui s'explique, entre autres, par l'infertilité secondaire plus courante parmi les femmes de ces âges. L'utilisation chez les femmes résidant en milieu rural est plus faible que chez celles du milieu urbain (13 contre 20 pour cent), mais les différences régionales ne sont pas très importantes à l'exception de la région Centre-Sud, où la prévalence de la contraception moderne est plus faible. Le fait d'appartenir à l'ethnie Hutu ou Tutsi, n'entraîne pas une différence significative dans la pratique de la planification familiale : la proportion d'utilisatrices dans ces deux groupes est pratiquement la même.⁶ Par contre, les différences selon le niveau de scolarisation de la femme sont très marquées. Le taux d'utilisation de la contraception moderne des femmes qui ont poursuivi leurs études au-delà de l'école primaire est deux fois plus élevé que celui des femmes qui n'ont fréquenté que l'école primaire ou qui ne sont pas allées à l'école (28 pour cent contre, respectivement, 14 et 11 pour cent). Enfin, on peut constater que la prévalence de la contraception moderne augmente d'une façon significative avec le nombre d'enfants vivants, passant de zéro chez les femmes sans enfant à 18 pour cent chez celles ayant quatre enfants ou plus.

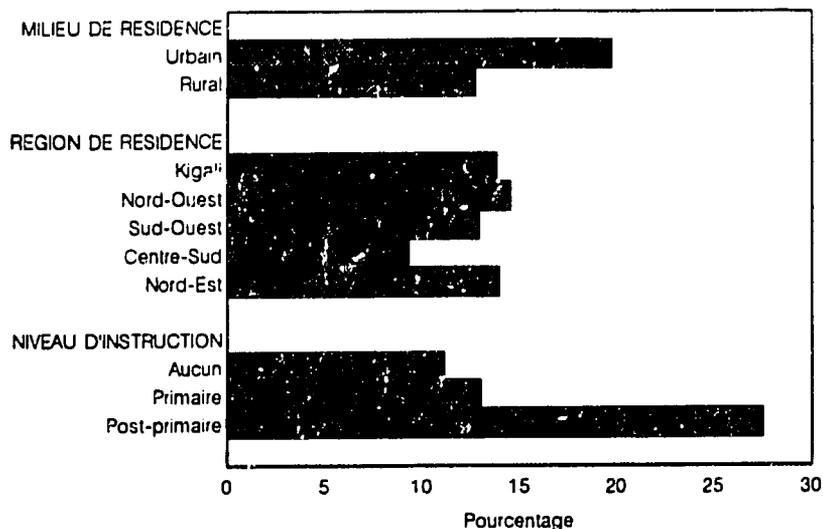
⁶ On ne considère pas les Twa et les autres ethnies car leur représentation est très faible dans l'échantillon.

Tableau 5

Répartition en pourcentage des femmes actuellement en union selon la méthode contraceptive actuellement utilisée et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Rwanda 1992

Caractéristique	Une méthode quelconque	Méthodes modernes	Méthodes modernes						Méthodes traditionnelles			N'utilise pas actuellement	Total	Effectif	
			Pilule	DIU	Injection	Condom/vaginales	Stéril. féminine	Norplant	Méthodes traditionnelles	Contenance périodique	Retrait				Autres
Age															
15-19	10,8	7,1	3,4	0,0	3,7	0,0	0,0	0,0	3,7	0,9	2,8	0,0	89,2	100,0	123
20-24	14,4	7,5	1,7	0,1	5,2	0,2	0,2	0,2	7,0	3,7	3,2	0,0	85,6	100,0	619
25-29	17,4	11,1	3,9	0,0	6,2	0,3	0,2	0,3	6,3	3,9	2,3	0,1	82,6	100,0	802
30-34	25,3	16,2	4,2	0,1	10,6	0,0	0,8	0,4	9,1	5,9	3,2	0,0	74,7	100,0	846
35-39	22,1	15,0	2,1	0,7	10,8	0,2	0,6	0,6	7,1	5,7	1,2	0,2	77,9	100,0	605
40-44	31,0	18,8	3,8	0,2	12,0	0,8	1,8	0,2	12,3	6,7	5,5	0,0	69,0	100,0	485
45-49	20,1	8,6	0,4	0,4	6,2	0,0	1,6	0,0	11,5	6,9	4,6	0,0	79,9	100,0	304
Milieu de résidence															
Urbain	28,4	19,7	5,5	1,8	7,7	2,4	1,3	0,9	8,7	5,9	2,8	0,0	71,6	100,0	191
Rural	20,8	12,6	2,9	0,1	8,5	0,1	0,7	0,3	8,2	5,1	3,1	0,1	79,2	100,0	3594
Région de résidence															
Kigali	22,6	13,8	3,5	0,5	8,1	3,6	0,4	0,7	8,8	5,9	2,9	0,0	77,4	100,0	615
Nord-Ouest	23,0	14,5	4,1	0,2	9,0	0,2	0,7	0,2	8,5	5,6	2,8	0,1	77,0	100,0	1116
Sud-Ouest	20,8	12,9	2,8	0,2	8,8	0,0	1,0	0,2	7,9	4,2	3,5	0,2	79,2	100,0	553
Centre-Sud	19,3	9,3	2,1	0,2	5,4	0,4	0,7	0,6	10,0	5,8	4,2	0,0	80,7	100,0	841
Nord-Est	19,4	13,9	2,0	0,0	11,2	0,0	0,7	0,0	5,5	3,5	2,1	0,0	80,6	100,0	660
Niveau d'instruction															
Aucun	18,0	11,1	0,0	0,1	7,6	0,2	0,6	0,1	6,8	4,3	2,4	0,1	82,0	100,0	1746
Primaire	22,4	13,0	2,0	0,1	8,9	0,0	0,8	0,4	9,4	5,6	3,8	0,1	77,6	100,0	1837
Post-primaire	37,4	27,5	10,4	1,7	10,0	2,4	1,3	1,6	9,8	7,2	2,6	0,0	62,6	100,0	203
Ethnie															
Hutu	21,1	12,9	3,0	0,2	8,6	0,2	0,7	0,3	8,2	5,2	2,9	0,1	78,9	100,0	3476
Tutsi	22,3	13,1	2,8	0,1	7,3	1,0	1,2	0,7	9,3	3,9	5,3	0,0	77,7	100,0	283
Nombre d'enfants vivants															
Aucun	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,8	0,4	0,0	98,8	100,0	297
1	11,2	5,1	1,9	0,1	2,7	0,3	0,2	0,0	6,1	3,2	2,9	0,0	88,8	100,0	556
2	19,5	11,6	3,3	0,2	7,1	0,1	0,5	0,4	7,9	5,1	2,8	0,0	80,5	100,0	574
3	20,9	13,6	4,0	0,3	6,6	0,3	2,0	0,4	7,3	5,0	2,4	0,0	79,1	100,0	525
4+	28,0	17,6	3,5	0,3	12,5	0,3	0,7	0,4	10,4	6,4	3,9	0,1	72,0	100,0	1833
Total	21,2	12,9	3,0	0,2	8,4	0,2	0,7	0,3	8,3	5,1	3,1	0,1	78,8	100,0	3785

Graphique 3
Utilisation actuelle de méthodes modernes



Note: Femmes de 15-49 ans en union

EDSR 1992

4. Sources d'approvisionnement de la contraception

Il ressort du tableau 6 que, dans leur très grande majorité (96 pour cent), les utilisatrices de la contraception moderne obtiennent leurs méthodes auprès du secteur public, soit des centres de santé ou des postes secondaires de planification familiale (74 pour cent), soit des hôpitaux (21 pour cent). Les centres de santé et les postes secondaires de planification familiale approvisionnent principalement les utilisatrices des méthodes les plus courantes (la pilule et l'injection) : plus de 80 pour cent des utilisatrices de ces méthodes s'adressent à ces institutions. Dans l'ensemble, le secteur privé médical et

Tableau 6
Répartition en pourcentage des utilisatrices actuelles des méthodes contraceptives modernes selon la méthode spécifique et sa source, Rwanda 1992

Source des méthodes	Pilule	Injection	Condom/Vaginales	Autres méthodes modernes	Toutes méthodes modernes	Effectif
Secteur public	97,8	96,6	59,5	95,5	95,8	536
Hôpital	16,7	14,6	26,0	80,0	21,1	118
Centre de Santé/ de PF	81,1	82,0	33,5	15,5	74,7	418
Secteur privé médical	0,0	0,1	2,3	0,0	0,1	1
Secteur privé commercial	0,3	0,0	13,9	0,0	0,4	2
Autre	0,8	1,9	9,3	0,7	1,7	10
MSP, sans information	1,1	1,4	15,0	3,8	1,9	11
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	560
Effectif	133	364	15	49	560	560

le secteur privé commercial, ce dernier étant principalement composé des boutiques et pharmacies, jouent un rôle négligeable, puisqu'ils ne fournissent de méthodes qu'à moins d'un pour cent des femmes. Toutefois, une partie importante des utilisatrices des méthodes vaginales et des condoms (16 pour cent) s'adressent au secteur privé commercial.

Enfin, les parents et les connaissances constituent également une source informelle d'approvisionnement pour 2 pour cent des utilisatrices, surtout dans le cas des condoms et des méthodes vaginales.

E. Désir d'enfants supplémentaires

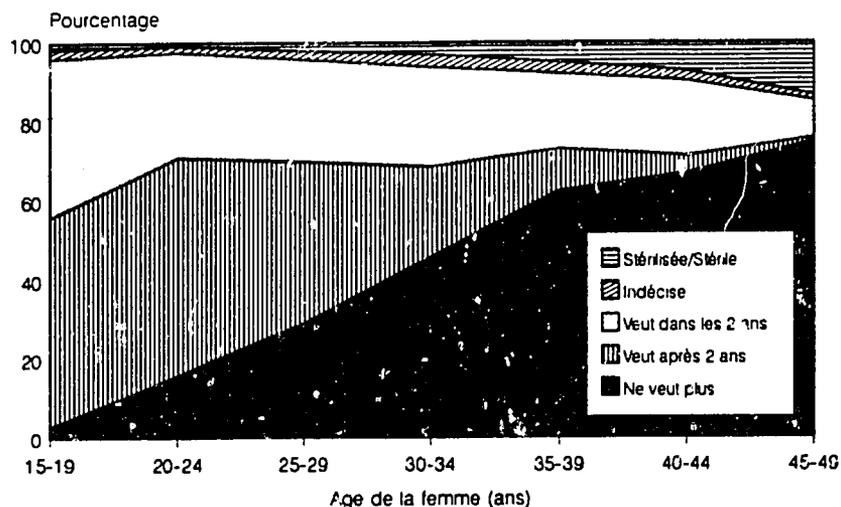
Un élément essentiel pour comprendre le comportement procréateur d'une population est l'attitude des femmes vis-à-vis de leur propre reproduction. Dans le cas de l'EDSR, cette information a été recueillie en interrogeant les femmes en union sur le désir d'avoir un enfant ou un enfant supplémentaire. Le tableau 7 montre que la quasi totalité des femmes de 15 à 19 ans veulent avoir un enfant : à peine 2 pour cent des femmes de ce groupe d'âges déclarent ne pas en vouloir; cependant les deux tiers de ces femmes expriment le désir d'espacer les naissances, c'est-à-dire, d'attendre deux ans ou plus avant d'avoir un autre enfant. Comme on pouvait s'y attendre, la proportion de femmes déclarant ne plus vouloir d'enfant augmente de façon constante avec l'âge, passant de 2 pour cent chez les femmes de 15 à 19 ans à 71 pour cent chez celles de 45 à 49 ans. Ce changement est mis en évidence au graphique 4.

En principe, la demande potentielle de services de planification familiale est constituée par l'ensemble de femmes qui veulent *espacer*, c'est-à-dire, qui aspirent à avoir un enfant mais veulent remettre sa naissance à plus tard, et par celles qui veulent *limiter*, c'est-à-dire, celles qui ne veulent plus d'enfant. Ces deux catégories représentent respectivement 42 et 36 pour cent des femmes en union, ce qui suggère que la demande potentielle de services de planification familiale s'élève à environ trois quarts des femmes aux âges de procréation et en union.

Tableau 7
Répartition en pourcentage des femmes actuellement en union selon le désir d'avoir des enfants supplémentaires selon l'âge, Rwanda 1992

Désir d'avoir d'autres enfants	Groupe d'âges							Ensemble
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Veut un enfant								
Dans les 2 ans	26,2	22,7	19,8	13,1	13,7	9,0	6,6	15,6
Attendre 2 ans ou plus	66,7	67,8	57,6	50,3	26,9	9,4	1,9	42,4
NSP quand	1,9	0,2	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0	0,3
Indécise	0,9	1,0	1,6	0,9	2,7	3,3	2,2	1,8
Ne veut plus d'enfant	2,4	6,9	19,6	32,7	52,7	71,8	70,9	36,0
Stérilisée	0,0	0,2	0,2	0,8	0,6	1,8	1,6	0,7
Déclarée stérile	0,0	0,2	0,5	0,8	1,9	4,0	15,1	2,3
Non déclaré	1,9	1,0	0,7	0,9	1,5	0,5	1,7	1,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	123	619	802	846	605	485	304	3785

Graphique 4
Désir d'enfants supplémentaires
des femmes en union, selon l'âge



EDSR 1992

F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement

Pour chaque naissance survenue depuis janvier 1987, on a demandé aux mères si pendant la grossesse elles avaient reçu une injection antitétanique pour éviter au nouveau-né de contracter le tétanos. Pour les mêmes grossesses, on a demandé aux mères si elles avaient été en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé, et qui les avait assistées pendant l'accouchement. Ces informations donnent une idée de l'ampleur et de la qualité des soins prénatals au Rwanda.

Il ressort du tableau 8 que 90 pour cent des naissances des cinq dernières années ont été protégées contre le tétanos. Une indication de la bonne diffusion des vaccins antitétaniques dans le pays est donnée par le fait qu'il n'y a pas de différence significative ni entre le milieu rural et le milieu urbain, ni entre les régions. Les naissances survenues chez les mères les plus scolarisées et les naissances des premiers rangs sont mieux protégées, mais même dans ces cas les écarts ne sont pas importants.

Concernant les consultations prénatales, pour la quasi totalité des naissances (92 pour cent), la mère est allée voir une infirmière ou une sage-femme formée. Dans ce cas également les différences selon les caractéristiques des femmes ne sont pas très marquées. Quant à l'assistance à l'accouchement, un quart de l'ensemble des naissances ont été assistées par une infirmière ou une sage-femme formée, 3 pour cent par un médecin, et le reste par une accoucheuse traditionnelle non-formée ou une autre personne sans compétence médicale. Dans ce cas les différences selon les caractéristiques de la femme sont considérables : les naissances assistées par une sage-femme formée ou une infirmière représentent 39 pour cent des mères de moins de 20 ans contre 19 pour cent des mères de 35 ans ou plus; 61 pour cent des mères du milieu urbain contre 24 pour cent des mères du milieu rural; 19 pour cent des mères sans instruction contre 59 pour cent des mères qui ont dépassé le niveau primaire et 47 pour cent des naissances de premier rang contre 18 pour cent de celles de rang six ou plus.

Tableau 8

Pourcentage de naissances survenues au cours des 5 années précédant l'enquête pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique, a reçu des soins prénatals d'un médecin ou d'une infirmière/sage-femme et a bénéficié de l'assistance d'un médecin ou d'une infirmière/sage-femme à l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Rwanda 1992

Caractéristique socio-démographique	A reçu injection anti-tétanique	Soins prénatals		Assistance à l'accouchement		Effectif de naissances
		Médecin	Sage-femme/ infirmière	Médecin	Sage-femme/ infirmière	
Age						
Moins de 20	90,6	0,8	93,3	5,6	39,2	406
20-34	90,4	2,6	92,5	3,1	26,4	4074
35 ou plus	86,9	1,5	92,1	1,5	18,6	1132
Milieu de résidence						
Urbain	90,8	6,1	90,9	8,4	60,5	271
Rural	89,6	2,1	92,5	2,6	24,0	5341
Région de résidence						
Kigali	91,5	1,6	96,5	3,5	36,1	912
Nord-Ouest	88,6	4,3	89,4	2,3	20,5	1659
Sud-Ouest	88,3	1,1	91,7	3,3	17,3	836
Centre-Sud	90,7	1,7	92,9	3,5	34,7	1186
Nord-Est	89,8	1,1	93,9	2,5	21,8	1019
Niveau d'instruction						
Aucun	87,4	2,1	90,4	2,0	18,9	2630
Primaire	91,3	1,9	94,5	3,2	29,0	2697
Post-primaire	94,9	7,3	92,2	8,6	58,9	286
Ethnie						
Hutu	89,8	2,2	92,7	2,8	24,5	5155
Tutsi	90,8	3,5	92,7	4,3	41,3	420
Rang de naissance						
1	92,9	2,0	94,0	6,9	47,3	1022
2-3	92,0	3,3	92,3	2,7	25,2	1612
4-5	89,4	1,8	92,7	2,2	20,3	1307
6 ou plus	85,7	1,9	91,4	1,3	17,5	1672
Total	89,7	2,3	92,5	2,9	25,8	5612

G. Vaccinations

Suivant les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Ministère de la Santé a entrepris un Programme Elargi de Vaccinations (PEV). Selon ce programme, tous les enfants doivent recevoir le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTCoq, contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole.⁷ Pour qu'un enfant soit complètement immunisé il doit avoir reçu tous ces vaccins, et il est recommandé qu'il les reçoive avant d'atteindre un an.

Lors de l'EDSR, on a obtenu des informations sur les vaccinations des enfants nés depuis janvier 1987. Ces informations ont été recueillies de deux façons différentes : elles étaient soit copiées à partir des cartes ou carnets de vaccination des enfants, soit enregistrées à partir des réponses données par la mère, lorsque l'enfant n'avait pas ou n'avait plus de carte. Il apparaît au tableau 9 et au graphique 5 que

⁷ Depuis peu, une première dose de vaccin contre la polio est donnée à la naissance (polio 0).

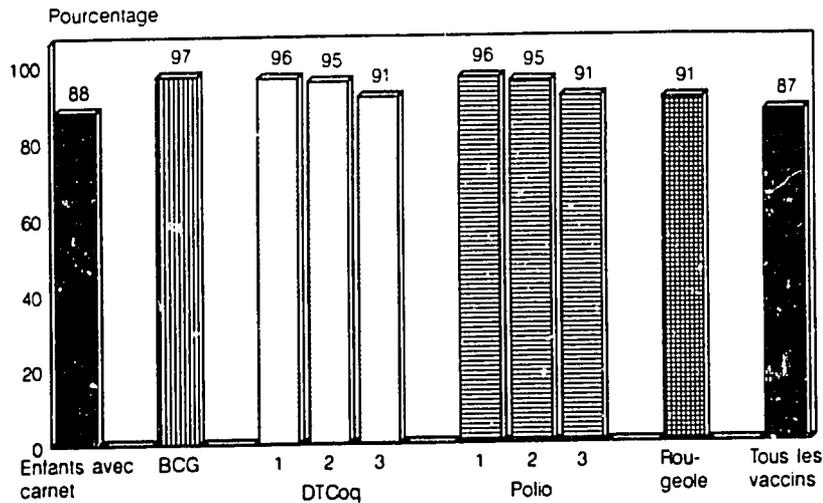
Tableau 9

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant un carnet de vaccination vu par l'enquêtrice et pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu chaque vaccination (d'après le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère) selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Rwanda 1992

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enfants ayant un carnet de vaccinations	Pourcentage d'enfants ayant reçu chaque vaccination							Rougeole	Tous vaccins	Aucun vaccin	Effectif d'enfants
		BCG	DPT 1	DP1 2	DPT 3	Polio 1	Polio 2	Polio 3				
Sexe												
Masculin	88,1	97,5	97,0	96,1	91,6	97,0	96,1	91,6	90,7	86,9	2,1	515
Féminin	87,4	96,3	95,6	94,6	93,8	95,6	94,6	90,8	90,5	87,5	3,7	495
Milieu de résidence												
Urbain	84,6	98,5	97,8	97,8	95,6	97,8	97,8	95,6	94,9	93,4	1,5	48
Rural	87,9	96,8	96,2	95,3	91,0	96,2	95,3	91,0	90,4	86,9	3,0	962
Région de résidence												
Kigali	87,5	98,8	97,2	97,2	94,5	97,2	97,2	94,5	92,1	90,4	1,2	157
Nord-Ouest	88,4	95,9	95,9	94,8	91,5	95,9	94,8	91,5	88,9	86,3	3,7	309
Sud-Ouest	90,9	98,5	97,7	97,0	93,2	97,7	97,0	93,2	93,2	90,1	1,5	150
Centre-Sud	85,1	96,6	96,0	94,3	89,2	96,0	94,3	89,2	92,6	88,1	3,4	201
Nord-Est	87,3	95,9	95,3	94,7	88,6	95,3	94,7	88,6	88,0	82,6	3,5	193
Niveau d'instruction												
Aucun	85,8	96,4	95,4	94,4	89,3	95,4	94,4	89,3	88,7	85,3	3,6	445
Primaire	89,5	97,0	96,9	96,2	92,4	96,9	95,2	92,4	91,3	87,9	2,6	512
Post primaire	87,8	100,0	97,9	95,8	95,8	97,9	95,8	95,8	99,3	95,1	0,0	54
Ethnie												
Hutu	88,8	97,4	96,8	96,2	91,8	96,8	96,2	91,8	90,9	87,4	2,4	922
Tutsi	81,3	95,3	93,9	89,7	88,3	93,9	89,7	88,3	91,1	88,3	4,7	81
Total	87,8	96,9	96,3	95,4	91,2	96,3	95,4	91,2	90,6	87,2	2,9	1010

28

Graphique 5
Vaccinations des enfants de 12 à 23 mois
selon le type de vaccin



EDSR 1992

la couverture vaccinale est très importante au Rwanda, puisque presque 90 pour cent des enfants de 12 à 23 mois, c'est-à-dire ceux qui devraient être totalement immunisés, possèdent effectivement un carnet de vaccination, à partir duquel l'enquêtrice a relevé les dates de vaccinations. Les enfants qui ont eu tous les vaccins pour être considéré comme complètement immunisés selon le PEV représentent presque 90 pour cent parmi ceux de 12 à 23 mois, tandis que les enfants qui n'ont reçu aucun vaccin représentent à peine 3 pour cent. Ce niveau de couverture est parmi les plus élevés des pays africains.

Comme dans le cas du vaccin antitétanique (section F, tableau 8), on peut constater au tableau 9 qu'il n'y a pas d'écart important entre les différentes couches de la population quant à la couverture des vaccinations, ce qui veut dire que le PEV a réussi à atteindre tous les secteurs de la population.

H. Episodes diarrhéiques et réhydratation par voie orale

Les maladies diarrhéiques et la déshydratation qui peut s'ensuivre constituent une des principales causes de décès chez les enfants des pays du Tiers Monde. Les épisodes diarrhéiques sont généralement provoqués par des infections gastro-intestinales et ils peuvent être aggravés par le mauvais état nutritionnel des enfants. Suivant les recommandations de l'OMS pour lutter contre les effets de la déshydratation, le Ministère de la Santé s'est engagé dans un programme de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir d'eau et de les Sels de Réhydratation Orale (SRO), ou à partir d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sel et du sucre.

Le tableau 10 fait apparaître que 8 pour cent des enfants de moins de 5 ans ont eu la diarrhée dans les dernières 24 heures, et 22 pour cent ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques dans les deux semaines précédant l'enquête.⁸ C'est entre 6 et 23 mois que les enfants sont le plus susceptibles d'avoir la diarrhée : près de 40 pour cent des enfants de ces âges ont eu un épisode diarrhéique dans les deux

Tableau 10

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans déclarés par la mère comme ayant eu la diarrhée dans les dernières 24 heures et dans les deux dernières semaines, et pourcentage de ceux ayant eu la diarrhée dans les deux dernières semaines ayant reçu des sachets de SRO ou la solution de réhydratation faite à la maison, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Rwanda 1992

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enfants ayant eu la diarrhée		Pourcentage d'enfants avec diarrhée dans les 2 dernières semaines et ayant reçu :			Effectif d'enfants de <5 ans
	Dans les dernières 24 heures	Dans les 2 dernières semaines	Sachet SRO	Solution faite à la maison	L'une ou l'autre TRO	
Age						
< 6 mois	9,9	21,1	11,0	11,8	19,6	504
6-11 mois	17,0	39,4	30,8	21,6	38,7	507
12-23 mois	14,9	37,3	34,0	21,8	42,7	1010
24-35 mois	6,8	20,1	29,3	19,0	34,7	1013
36-47 mois	4,0	12,2	20,2	17,4	27,9	978
48-59 mois	2,1	8,4	17,1	17,5	30,0	981
Sexe						
Masculin	8,5	22,0	28,0	17,0	34,6	2486
Féminin	8,2	21,6	27,0	21,9	36,7	2508
Milieu de résidence						
Urbain	7,1	21,6	28,4	12,8	33,8	242
Rural	8,4	21,8	27,5	19,8	35,7	4752
Région de résidence						
Kigali	7,7	20,4	27,9	16,7	34,2	816
Nord-Ouest	8,8	22,3	31,9	22,7	40,0	1510
Sud-Ouest	7,7	18,1	26,0	19,1	34,2	758
Centre-Sud	6,7	21,1	19,4	20,3	30,3	1040
Nord-Est	10,6	26,3	29,5	16,1	36,1	871
Niveau d'instruction						
Aucun	8,5	21,3	28,6	17,6	34,4	2315
Primaire	8,4	23,0	26,2	21,2	36,2	2418
Post-primaire	6,3	15,3	32,6	17,7	43,7	262
Ethnie						
Hutu	8,3	21,9	27,6	19,5	35,7	4584
Tutsi	8,4	21,0	28,2	18,0	35,8	380
Total	8,3	21,8	27,5	19,4	35,6	4994

semaines précédant l'enquête. Cela est un phénomène qui s'observe souvent et s'explique par le fait qu'à ces âges les enfants commencent à recevoir des aliments supplémentaires et à être sevrés, et par conséquent ils sont plus exposés aux microbes pathogènes qui peuvent provoquer la diarrhée. On observe aussi au tableau 9 que les épisodes diarrhéiques ont été moins fréquents chez les enfants dont la mère a fait des études au-delà du niveau primaire, probablement parce que ces enfants vivent dans un milieu plus favorisé et sont alors moins exposés aux risques d'infection.

Parmi les enfants ayant eu la diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête, 28 pour cent ont reçu un traitement par SRO, et 19 pour cent ont été traités avec une solution préparée à la maison : dans l'ensemble un peu plus d'un tiers des enfants ont été traités par l'une ou l'autre forme de thérapie

⁸ Les enfants ayant eu la diarrhée dans les dernières 24 heures sont inclus dans cette catégorie.

de réhydratation orale. Ici encore, l'utilisation de TRO est plus fréquente parmi les enfants de 6 à 23 mois (environ 40 pour cent ont reçu ce traitement), vraisemblablement parce qu'à ces âges les épisodes diarrhéiques sont plus graves.

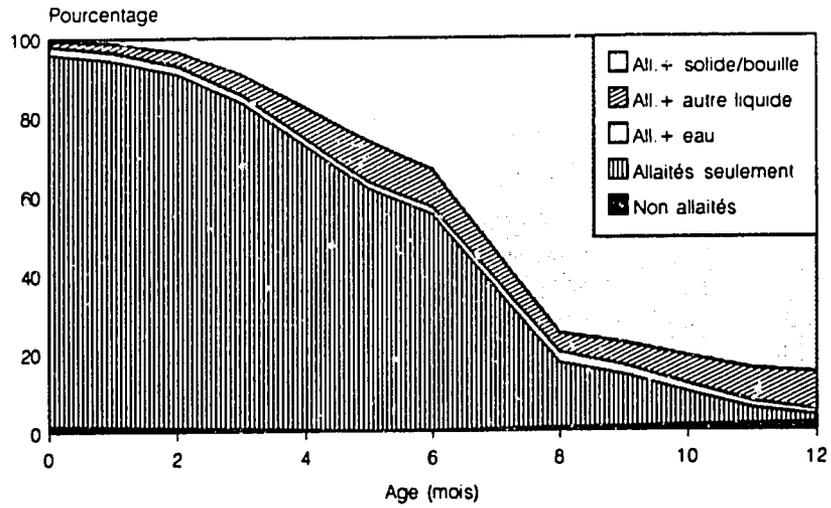
I. Allaitement et alimentation de complément

Le tableau 11 et le graphique 6 présentent les résultats sur la pratique de l'allaitement et de l'alimentation de complément des enfants âgés de 0 à 12 mois, et sur l'utilisation du biberon. Il est évident que la pratique de l'allaitement est très répandue au Rwanda, puisque 99 pour cent des enfants de 0-3 mois sont allaités, et que 98 des enfants sont encore allaités à l'âge de 10-12 mois. Comme on devrait s'y attendre, la proportion d'enfants allaités et recevant un complément nutritionnel augmente avec l'âge de l'enfant : à l'âge de 0-3 mois, à peine 4 pour cent des enfants reçoivent le sein et des suppléments solides ou en bouillie, tandis qu'à 10-12 mois, 91 pour cent reçoivent ce type de supplément. L'usage du biberon est très faible : moins de 1 pour cent chez les enfants de 0-3 mois, moins de 3 pour cent chez ceux de 4-6 mois.

Tableau 11
Répartition en pourcentage des enfants vivants selon qu'ils sont allaités ou non, selon le type d'alimentation de complément, et pourcentage d'enfants prenant le biberon, selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance de l'enfant, Rwanda 1992

Mois depuis la naissance	Actuellement allaités					Total	Pourcentage prenant le biberon	Effectif d'enfants
	Non allaité	Allaités seulement	Allaités + eau	Allaités + autres liquides	Allaités solides ou bouillie			
0-3 mois	0,9	89,7	2,2	3,6	3,5	100,0	0,7	361
4-6 mois	0,0	61,5	1,7	10,3	26,5	100,0	2,8	282
7-9 mois	0,7	16,5	2,7	4,8	75,3	100,0	2,3	254
10-12 mois	1,7	4,3	1,8	0,9	91,3	100,0	2,3	256

Graphique 6
Allaitement et alimentation de
complément chez les enfants de 0-12 mois



EDSR 1992

III - ENQUETE MARI

A. Caractéristiques socio-démographiques des maris

L'EDSR comportait également une enquête sur un sous-échantillon de maris des femmes enquêtées, au cours de laquelle on s'est intéressé notamment à la connaissance des méthodes de planification familiale et au désir d'enfants. Le taux de réponse des maris a été plus faible que celui de femmes, 82 pour cent seulement, contre 93 pour cent chez les femmes (voir tableau 1), parce que les cas de maris absents sont beaucoup plus fréquents. On a obtenu 598 questionnaires remplis au cours de cette enquête. Le tableau 12 présente la distribution des maris selon certaines caractéristiques socio-démographiques. On peut remarquer que les maris sont plus âgés que leurs femmes : 77 pour cent des maris interrogés ont 30 ans ou plus, contre 43 pour cent des femmes (voir tableau 2).

Tableau 12
Répartition en pourcentage des maris selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Rwanda 1992

Caractéristique	Pourcentage pondéré	Effectif de maris pondéré	Effectif de maris non-pondéré
Age			
15-29	23,1	138	131
30-44	53,8	322	332
45 ou plus	23,1	138	135
Milieu de résidence			
Urbain	4,3	26	72
Rural	95,7	572	526
Région de résidence			
Kigali	14,4	86	106
Nord-Ouest	29,3	175	165
Sud-Ouest	15,6	94	88
Centre-Sud	23,0	138	136
Nord-Est	17,6	105	103
Niveau d'instruction			
Aucun	29,9	179	172
Primaire	64,0	383	382
Post primaire	6,1	36	44
Total	100,0	598	598

B. Connaissance et utilisation de la contraception

Au cours de l'enquête EDSR, on a posé aux maris des questions sur la connaissance et l'utilisation de la contraception du même type que celles posées aux femmes. Le tableau 13 indique que la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives est aussi répandue chez les hommes que chez les femmes, puisque la quasi totalité (97 pour cent) des maris connaissaient au moins une méthode moderne, à peu près un quart (26 pour cent) en ont déjà utilisé au moins une et 13 pour cent déclarent en utiliser une actuellement. Par contre, on a trouvé que les maris ont recours aux méthodes traditionnelles plus fréquemment que leur femme. Ainsi, 39 pour cent des maris ont déclaré avoir déjà utilisé au moins une méthode traditionnelle et 22 pour cent en utilisent une actuellement. Chez les femmes mariées, ces chiffres sont, respectivement, de 25 et 8 pour cent (voir tableau 4).

Tableau 13
Pourcentage de maris connaissant une méthode contraceptive spécifique, ayant utilisé et utilisant actuellement une méthode contraceptive, Rwanda 1992

Méthode	Connaissance d'une méthode	A déjà utilisé	Utilise actuellement
Au moins une méthode	98,2	51,8	34,5
Au moins une méthode moderne	97,4	25,8	12,7
Au moins une méthode traditionnelle	93,6	39,3	21,8
Effectif	598	598	598

C. Désir d'enfants supplémentaires

En demandant aux maris s'ils désiraient avoir d'autres enfants ou s'ils préféreraient ne plus en avoir, on a obtenu les informations qui figurent au tableau 14. On peut observer que plus d'un tiers des maris ne veulent plus avoir d'enfants, tandis que 58 pour cent déclarent en vouloir d'autres. Comme on l'a remarqué chez les femmes, le désir d'avoir un enfant supplémentaire se réduit d'une façon significative avec l'âge : 89 pour cent des maris de 15-29 ans veulent un autre enfant, contre 24 pour cent des maris de 45 ans ou plus. Par contre, 10 pour cent des maris de 15-29 ans déclarent ne plus vouloir d'enfants, contre 65 des maris de 45 ans ou plus.

Tableau 14
Répartition en pourcentage des maris selon le désir d'avoir des enfants supplémentaires selon l'âge, Rwanda 1992

Désir d'avoir d'autres enfants	Groupe d'âges			Ensemble
	15-29	30-44	45 ou plus	
Veut un enfant	89,0	60,2	23,6	58,4
Indécis	0,8	0,7	1,6	0,9
Ne veut plus d'enfants	9,5	36,9	65,4	37,2
Le couple ne peut pas avoir d'enfants	0,8	2,1	9,5	3,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	138	322	138	598

**Enquêtes Démographiques et de Santé
Rapports Préliminaires**

DHS-I

El Salvador	décembre	1985	(espagnol)
Brésil	décembre	1986	(anglais)
Sénégal	janvier	1987	(français)
République Dominicaine	février	1987	(espagnol)
Libéria	mars	1987	(anglais)
Colombie	mars	1987	(espagnol)
Pérou	mars	1987	(espagnol)
Equateur	juillet	1987	(espagnol)
Sri Lanka	juillet	1987	(anglais)
Etat d'Ondo, Nigéria	août	1987	(anglais)
Maroc	octobre	1987	(français)
Burundi	décembre	1987	(français)
Trinité et Tobago	janvier	1988	(anglais)
Thaïlande	février	1988	(anglais)
Mali	février	1988	(français)
Guatemala	mars	1988	(espagnol)
Mexique	mars	1988	(espagnol)
Indonésie	avril	1988	(anglais)
Ghana	août	1988	(anglais)
Tunisie	décembre	1988	(français)
Botswana	janvier	1989	(anglais)
Togo	février	1989	(français)
Ouganda	mars	1989	(anglais)
Zimbabwe	mars	1989	(anglais)
Egypte	avril	1989	(anglais)
Kenya	juillet	1989	(anglais)
Bolivie	septembre	1989	(espagnol)
Soudan	août	1990	(anglais)

DHS-II

Paraguay	octobre	1990	(espagnol)
Colombie	octobre	1990	(espagnol)
Nigéria	mars	1991	(anglais)
Jordanie	juin	1991	(anglais)
Pakistan	août	1991	(anglais)
Indonésie	novembre	1991	(anglais)
Cameroun	novembre	1991	(français et anglais)
République Dominicaine	décembre	1991	(espagnol)
Pérou	avril	1992	(espagnol)
Zambie	juillet	1992	(anglais)
Tanzanie	septembre	1992	(anglais)
Yemen	septembre	1992	(anglais)
Maroc	septembre	1992	(français)
Niger	octobre	1992	(français)
Namibie*	décembre	1992	(anglais)
Rwanda	janvier	1993	(français)

Les rapports préliminaires des enquêtes DHS sont distribués à un nombre limité de destinataires ayant besoin des premiers résultats de l'enquête et ils ne sont pas disponibles pour une large diffusion. L'organisme national exécuteur de l'enquête est responsable de la diffusion dans le pays; DHS est responsable de la diffusion au niveau international. La publication du rapport final des enquêtes DHS, destiné à une diffusion à grande échelle, est prévue 9 à 12 mois après la sortie du rapport préliminaire.

* Financé par la Banque Mondiale