

**INSTITUT D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DE RUHENGERI**

**(INES-RUHENGERI)**

*Accredited by Ministerial Order N° 005/2010/Mineduc of 16 June 2010*



*Scientia et Lux*

**FACULTÉ DES SCIENCES FONDAMENTALES APPLIQUÉES**

**DÉPARTEMENT DE STATISTIQUE APPLIQUÉE À L'ÉCONOMIE**

**ANALYSE STATISTIQUE DE L'UTILISATION DES  
MÉTHODES MODERNES DE PLANIFICATION  
FAMILIALE PAR LES FEMMES**

**Cas d'étude : cellule Kivumu en secteur Gisenyi**

**Période : 2012**

Mémoire présenté en vue de l'obtention

Du grade d'Ingénieur A<sub>0</sub> en Statistique Appliquée à  
l'Économie

**Par: NSENGIMANA Patrick**

**Superviseur: Dr BANZI Wellars**

**Musanze, février 2013**

B.P. 155  
Ruhengeri  
Rwanda

**T** : +250 788 90 30 30  
: +250 788 90 30 32  
**E** : [inesruhengeri@yahoo.fr](mailto:inesruhengeri@yahoo.fr)  
**W** : [www.ines.ac.rw](http://www.ines.ac.rw)

## **DÉDICACE**

À tous mes frères et sœurs,

À tous mes amis et aimables collègues de classe.

## **REMERCIEMENTS**

Notre travail est l'aboutissement des efforts émanant de plusieurs personnalités aux quelles nous tenons à adresser nos vifs remerciements.

Nous exprimons particulièrement nos sentiments de reconnaissance à Dr BANZI Wellars qui, malgré ses multiples fonctions, a accepté volontairement d'assurer la direction de ce mémoire. Ses conseils judicieux et ses remarques ainsi que la documentation qu'il nous a fourni nous ont été d'un intérêt valable.

Nos remerciements s'adressent également aux membres fondateurs de l'Institut d'Enseignement Supérieur de Ruhengeri, pour leur initiative de promouvoir l'enseignement supérieur. Nous exprimons également notre profonde gratitude aux cadres, agents et enseignants de l'INES-Ruhengeri, plus particulièrement aux enseignants du Département de Statistique Appliquée à l'Économie qui ont fait de nous ce que nous sommes.

Nous tenons à dire merci aux femmes de la cellule Kivumu, pour leur accueil favorable et leur coopération. Nous gardons en mémoire tous les étudiants du Département de Statistique Appliquée à l'Économie ainsi que tous les amis et connaissances qui nous ont prêté volontairement leurs documents. Leur soutien tant moral que matériel nous a été très utile.

Enfin, que tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réussite de ce mémoire, trouvent ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

NSENGIMANA Patrick

## TABLE DE MATIÈRE

DÉDICACE.....	1
REMERCIEMENTS .....	2
TABLE DE MATIÈRE .....	3
SOMMAIRE .....	9
ABSTRACT .....	10
CHAPITRE 0 INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	1
0.1 PROBLÉMATIQUE .....	3
0.2. Objectifs de la recherche .....	3
0.2.1. Objectif général .....	3
0.2.2. Objectifs spécifiques .....	3
0.3. Hypothèses de recherche .....	4
0.4. Choix et Intérêt de l'étude .....	4
0.4.1. Choix du milieu d'étude .....	4
0.4.2 Intérêt personnel .....	4
0.4.3. Intérêt académique et scientifique .....	4
0.5. Délimitation du sujet .....	4
0.6. Subdivision du travail.....	5
CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE .....	6
1.1. Quelques définitions.....	6
1.2. Historique de la planification Familiale .....	7
1.3. Les valeurs traditionnelles face à la procréation .....	10
1.4. La régularisation des naissances face à la religion.....	10
1.5. La responsabilité du couple dans la planification familiale .....	11
1.6. Participation des hommes à la planification familiale.....	11
1.7. Les mobiles poussant les femmes à restreindre la fécondité.....	12
1.8. Attitudes des couples face à l'utilisation des méthodes de PF .....	13
1.9. Planification familiale au Rwanda .....	14
1.10. Pourquoi la planification familiale est-elle importante ? .....	15
1.11. Avantages de la planification familiale .....	16

1.12. Présentation du milieu d'étude .....	19
<b>CHAPITRE 2. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE .....</b>	<b>20</b>
2.1. Introduction .....	20
2.2.1 Méthodes et techniques .....	20
2.1.2 Méthode statistique.....	20
2.2. Les techniques .....	20
2.2.1. Technique documentaire .....	21
2.3. Technique statistique.....	21
2.4. Plan de sondage .....	21
2.4.1. Objectif d'acquête .....	21
2.4.2 .Déroulement de l'enquête .....	21
2.4.3. Population statistique .....	21
2.4.4. Unité statistique .....	21
2.4.5. Unité de sondage .....	22
2.4.6. Méthode de sondage .....	22
2.4.7. Détermination de la taille de l'échantillon .....	22
2.4.8 Outils de récolte des données .....	23
2.5. Considération éthique.....	24
2.6. Méthode d'analyse de données.....	25
2.6.1 Test d'hypothèse dans un contexte de prise de décision .....	25
2.6.2 Formes des hypothèses nulles et alternatives .....	25
2.7. Test unilatéraux concernant la moyenne d'une population .....	25
2.7.1 Logiciel d'analyse .....	26
<b>CHAPITRE 3. ANALYSE ET INTERPRETATION DES RÉSULTATS.....</b>	<b>27</b>
3.1. Relation entre l'utilisation des méthodes modernes de PF et la raison de l'importance accordée à la PF .....	27
3.3. Relation entre l'utilisation des méthodes de PF et la position de l'église .....	28
3.4. Relation entre l'utilisation des contraceptifs et les craintes éprouvées .....	29
3.5. Relation entre la connaissance des méthodes et l'utilisation de contraceptifs .....	30
3.6 .Test de comparaison de proportion .....	31
3.7. Test de la moyenne de temps d'espacement entre 2 naissances par rapport à la norme .....	32

3.8. Appréciation des méthodes modernes de PF auprès des utilisateurs .....	34
3.9. CONCLUSION .....	35
3.10. RECOMANDATION.....	37
RÉFÉRENCE .....	38
ANNEXE.....	39

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1:Répartition d'échantillon par village .....	23
Tableau 2:Relation entre l'utilisation des méthodes modernes de PF et la raison de l'importance accordée a la PF .....	27
Tableau 3:Relation entre la perception des femmes face à la procréation et leur niveau d'étude ...	28
Tableau 4:Relation entre l'utilisation des méthodes de PF et la position de l'église .....	29
Tableau 5:Relation entre l'utilisation des contraceptifs et les crainte éprouvees .....	30
Tableau 6:Relation entre la connaissance des méthodes modernes de PF et l'utilisation de contraceptifs.....	31



**LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Test de la moyenne de temps d'espace entre 2 naissances .....	32
Figure 2. Test de la moyenne de femme à la première grossesse .....	33
Figure 3 : Appréciations méthodes modernes de PF au près des utilisateurs.....	34
Figure 4 : Classification des femmes selon leurs dénominations Religieuses .....	34

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>%</b>	: Pourcentage
<b>ANCIC</b>	: Association nationale des centres d'interruption des grossesses et de contraception
<b>CADAC</b>	: Coordination des associations pour les droits à l'avortement et à la contraception
<b>CIPD</b>	: Conférence internationale pour la population et le développement
<b>CS</b>	: Centre de Santé
<b>DI</b>	: Degré de liberté
<b>DIU</b>	: Dispositif intra-utérin
<b>EDS</b>	: Enquête démographique et santé
<b>INES</b>	: Institut d'Enseignement Supérieur de Ruhengeri
<b>INSR</b>	: Institut national de statistique au Rwanda
<b>IST</b>	: Infection Sexuellement Transmissible
<b>MFPF</b>	: Mouvement Française pour la planning familial
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>OMD</b>	: Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>ONU</b>	: Organisation des nations unies
<b>PF</b>	: Planification Familial
<b>P-value</b>	: Valeur obtenue de la probabilité
<b>SIDA</b>	: syndrome d'Immuno Déficience Acquise
<b>TPC</b>	: Taux de prévalence contraceptive
<b>VII</b>	: Virus de l'Immuno- Déficience –Humaine

## SOMMAIRE

Dans la cellule Kivumu où nous avons effectué notre étude, nous avons constaté qu'il y a beaucoup des naissances trop rapprochées et les grossesses non désirées ; et cela empêche les femmes à faire d'autre chose pouvant améliorer leur condition de vie car elles s'occupent seulement des leurs ménages alors que beaucoup des femmes dans cette région font des business.

L'Objectif de ce travail est de déterminer les facteurs qui sont à la base de la réticence des femmes, et leur perception face à l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale

Pour aboutir à nos objectifs quelques techniques statistiques ont été utilisées :

Technique du questionnaire, méthodes de sondage aléatoire simple méthodes analytiques, et méthodes statistiques

Après l'analyse des données 40,2% estiment que la Pf est importante pour la sante de la mère et de l'enfant, 34,3% de femmes estiment que la PF est importante pour l'espacement des naissances, et 25,2% des femmes estiment que la PF est importante pour la limitation de naissance. Nous disons que parmi toutes les femmes enquêtées 56% utilisent l'une de méthodes contraceptives, 38,7% des femmes ne l'utilisent pas et 4,2% des femmes ont rompu l'utilisation 42,2%des femmes éprouvent qu'ils font grossir, 23,9% éprouvent le dérangement du cycle menstruel, 26% des femmes éprouvent des maux de tête et 7,2% des femmes éprouvent la stérilité.

L'espacement moyen entre 2 ans ou plus est de 84%, et l'espacement moyen de moins de 2 ans est de 16%, après avoir calculé le test de la moyenne nous avons trouvé que la valeur trouvée est inférieur a la valeur théorique.34% estiment qu'elles ont eu leur première grossesse à moins de 21 ans, 66% des femmes estiment qu'elles ont eu leur première grossesse à l'âge de 21 ans ou plus nous avons trouvé la moyenne de la femme à la première grossesse qui est égale à 20,6ans.

Comme conclusion il y a eu une grande évolution dans l'utilisation des méthodes modernes de PF dans la cellule KIVUMU secteur GISENYI dans le District de RUBAVU.

## **ABSTRACT**

Kivumu in the cell where we place our study, we found that there are many births too close and unwanted pregnancies, and this prevents the women to other issue can improve their living conditions has dealing only household while many women in this region are the business. Objective of this work is to identify factors that would be the basis for the reluctance of women and their perception toward the use of modern family planning methods.

To achieve our objectives a statistical technique is used as a questionnaire , method of sampling like probabilistic sampling especially stratified sampling are used and methodology has used like analytical method, statistical method.

After data analysis of this research we find that there is an evolution in the use of modern method of FP.

As a conclusion, it has been a great evolution in the use of modern methods of FP in KIVUMU Cell in Gisenyi Sector in Rubavu District.

## CHAPITRE 0 INTRODUCTION GÉNÉRALE

Chaque minute dans le monde, 190 femmes sont confrontées à des grossesses non désirées qu'elles auraient pu éviter en ayant accès à la contraception. Le Planning familial est un programme qui a pour but d'aider la femme à avoir la libre disposition de son corps en matière de sexualité et de maternité. Il a pour mission de donner une information sur les méthodes contraceptives et de fournir aux femmes et aux couples ces moyens contraceptifs. En Afrique, il y a peu de centres de planning familial et la régulation des naissances se heurte à beaucoup de préjugés ou d'interdits. La liberté de choisir le nombre de ses enfants et le moment de leur naissance constitue un droit humain fondamental. Un meilleur accès à des méthodes de contraception sans danger et abordables est indispensable à la réalisation des OMD. La planification familiale a des avantages démontrés sur le plan de l'égalité des sexes, de la santé maternelle, de la survie des enfants et de la prévention du VIH. La planification familiale peut aussi réduire la pauvreté et promouvoir la croissance économique en améliorant le bien-être des familles, en augmentant la productivité des femmes et en abaissant le taux de stérilité. Elle est l'un des investissements les plus sages et les plus rentables que tout pays puissent faire pour donner à sa population une meilleure qualité de vie. Un accès limité à la contraception, d'autre part, limite les possibilités offertes aux femmes de s'arracher à la pauvreté, ainsi que leurs familles<sup>1</sup>.

S'inspirant des conventions antérieures relatives aux droits de l'homme, la CIPD de 1994 et la quatrième Conférence sur les femmes de 1995 ont placé la santé en matière de procréation, dont la planification familiale librement acceptée, au centre des initiatives visant à promouvoir les droits humains des femmes. Ce fut une rupture avec la ligne antérieure, qui était davantage axée sur le ralentissement d'une croissance démographique rapide. Les deux conférences ont affirmé que la liberté de prendre des décisions en matière de procréation est d'importance majeure dans la perspective de l'égalité des sexes et du développement durable.

Depuis que des méthodes fiables sont devenues disponibles dans les années 60, le taux d'utilisation des contraceptifs modernes n'a cessé d'augmenter, atteignant 54 % de toutes les femmes actuellement mariées ou vivant dans une union stable. Ce taux s'élève jusqu'à 61 % si l'on tient compte des méthodes traditionnelles. C'est pourquoi le taux de fécondité continue de baisser. Dans

---

<sup>1</sup> [www.planificationfamilial.org/contraception](http://www.planificationfamilial.org/contraception)

le monde en développement, le taux total de fécondité, nombre moyen de naissances par femme est tombé de plus de six par femme dans les années 60 à moins de trois aujourd'hui. Cependant, la fécondité demeure élevée dans les pays les moins avancés, avec cinq enfants par femme<sup>2</sup>.

La conjonction d'une fécondité élevée et d'une pauvreté endémique dans les pays en développement a pour effet d'approfondir la pauvreté en ralentissant la croissance économique, en accroissant les coûts des soins de santé, de l'éducation et des autres besoins fondamentaux, en diminuant la productivité féminine et en réduisant le revenu et l'épargne. La baisse de la fécondité, d'autre part, peut accélérer la réduction de la pauvreté, surtout si elle se conjugue avec des politiques sociales et économiques favorables. Certains pays les plus pauvres du monde n'ont réalisé que des progrès lents, voir hésitants, au cours des 30 dernières années s'agissant d'améliorer l'accès aux contraceptifs. Dans 21 pays les plus pauvres d'Afrique subsaharienne, le taux total de fécondité demeuré élevé ou n'a que légèrement diminué depuis les années 70.

L'utilisation des contraceptifs est inégale entre les pays. Elle varie selon le revenu, le niveau d'éducation, la proximité des dispensaires et la vigueur des programmes de planification familiale. En Afrique, 27 % seulement des femmes mariées utilisent une méthode de contraception quelconque et 20 % seulement recourent aux méthodes modernes les plus efficaces. Et, dans certaines parties du continent, la proportion tombe à moins de 5 % pour les méthodes modernes. Les femmes les plus aisées utilisent la contraception quatre fois plus souvent que les plus pauvres; dans certains pays, 12 fois plus souvent. Au niveau mondial, environ 201 millions de femmes n'ont pas accès à des contraceptifs efficaces, mais beaucoup d'entre elles pratiqueraient la planification familiale si elles en avaient le choix<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> FNUAP, Rapport de l'enquête démographique et de santé menée au pays subsaharienne 2009

<sup>3</sup> [www.planificationfamilial.org](http://www.planificationfamilial.org), la procréation

## **0.1 PROBLÉMATIQUE**

Dans la cellule Kivumu où nous avons effectué notre étude; nous avons constaté qu'il y a beaucoup des naissances trop rapprochées et les grossesses non désirées ; cela empêche les femmes à faire d'autre chose pouvant améliorer leur condition de vie qu'à s'occuper seulement des leurs ménages alors que beaucoup des femmes dans cette région font du business.

Voici ci-dessous quelques questions qui ont retenu notre attention et auxquelles nous allons essayer de répondre :

1. Quelles opportunités offertes aux femmes dans le service de planification familiale dans la famille ?
2. Quelles menaces décourageraient les femmes à s'impliquer davantage dans les processus de la planification familiale?
3. L'espace temporel entre 2 naissances consécutives serait-il significativement inférieur ou égale à 2 ans ?
4. Parmi les méthodes modernes de PF laquelle est-elle plus appréciable ?

## **0.2. Objectifs de la recherche**

### **0.2.1. Objectif général**

Déterminer les facteurs qui sont à la base de la réticence des femmes, et leur perception face à l'utilisation des méthodes moderne de planification familiale.

### **0.2.2. Objectifs spécifiques**

1. Déterminer les opportunités offertes aux femmes dans le service de planification familiale.
2. Déterminer les menaces qui découragent les femmes à s'impliquer davantage dans les processus de la planification familiale.
3. Comparer l'espace temporel entre 2 naissances consécutives.
4. Déterminer l'âge de la femme à la première grossesse

### **0.3. Hypothèses de recherche**

1. La disponibilité de services des méthodes modernes de PF dans les institutions sanitaires de la place augmente davantage la sécurité au couple de décider sur l'espace et la limitation de naissances.
2. Les effets secondaires, sont des menaces décourageant les femmes à s'impliquer davantage dans les processus de la planification familiale.
3. L'espace temporel entre 2 naissances consécutives est égal à 2 ans ou plus.
4. L'âge de la femme à la première grossesse est inférieur à 21 ans

### **0.4. Choix et Intérêt de l'étude**

#### **0.4.1. Choix du milieu d'étude**

Cellule Kivumu est l'un des cellules du secteur Gisenyi qui a un grand nombre d'enfants de moins de 5ans, ce pour cela qu'on a voulu savoir si les femmes de la cellule utilisent les méthodes contraceptives pour régulariser les naissances.

#### **0.4.2 Intérêt personnel**

En tant que Rwandais, qui se préoccupe par la croissance démographique, j'ai préféré de mener une étude sur l'utilisation des méthodes de planification familiale par les femmes

#### **0.4.3. Intérêt académique et scientifique**

Chaque étudiant, à la fin de ses études universitaires, doit présenter un produit reliant les théories apprises aux pratiques. L'intérêt académique de ce travail est de répondre aux exigences académiques en vue de compléter notre formation en statistique appliquée à l'économie. Sur le plan scientifique, notre étude présente une base de données pour les chercheurs soucieux d'analyser les problèmes en relation avec la Planification Familiale

### **0.5. Délimitation du sujet**

Notre recherche est effectuée dans la cellule Kivumu, Secteur Gisenyi dans le District de Rubavu , nous avons centré notre recherche sur les femmes qui ont enfanté ; au période du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2012

## **0.6. Subdivision du travail**

Après l'introduction générale le travail comprend trois chapitres :

CHAP. I : La revue de la littérature.

CHAP. II : La méthodologie et présentation du milieu d'étude.

CHAP. III : La présentation et analyse des résultats.

Enfin une conclusion comprenant la synthèse et les recommandations

## CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans ce chapitre, nous parlons de la définition de quelques concepts de base en rapport avec la planification familiale, de valeurs traditionnelles face à la procréation, de la régulation de naissances face à la doctrine religieuse, de la responsabilité des conjoints en planification familiale, de la méthode de contraception face au déroulement de l'acte sexuel, de mobiles poussant les femmes à restreindre la fécondité, de la planification à travers quelques pays du monde, de la planification familiale face à la démographie et de l'importance de la planification familiale.

### 1.1. Quelques définitions

**La planification familiale :** L'OMS définit la planification familiale (PF) comme «la possibilité pour les individus et les couples de choisir librement le nombre de leurs enfants, et le moment de les avoir». C'est une manière de penser et de vivre que l'on adopte sur la base d'informations précises et utiles, aboutissant à un changement de comportement favorable à l'état de santé et au bien-être des personnes, du groupe familial et de la collectivité et au développement social d'un pays. Sur le plan opérationnel, la PF se définit comme un ensemble de moyens et de techniques permettant d'éviter les grossesses non désirées, d'avoir des enfants désirés, de décider du nombre d'enfants que l'on veut avoir, d'espacer et/ou de limiter Les naissances, et de les programmer aux meilleurs moments (par exemple, éviter les grossesses et/ou en réduire le nombre avant 20 ans et après 35 ans) et de lutter contre l'infertilité et les IST/VIH/SIDA. Le Rwanda souscrit totalement à cette définition. Au Rwanda, le concept de PF comprend un ensemble de mesures et de moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées, aux grossesses non désirées et aux avortements, et assurer ainsi le bien être familial et individuel. La PF implique la prise en charge des couples qui n'ont pas eu la chance d'avoir des enfants ou qui souffrent d'infertilité. Ceci, implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir la mesure ou le moyen de régulation de sa fécondité<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Rapport de l'OMS sur la régularisation de naissance, septembre 2009

## 1.2. Historique de la planification Familiale

À la fin du XIX siècle et au début du XX<sup>ème</sup> en Angleterre au Etats-Unis il est apparu la notion de contrôle de naissance qui a présenté la contraception comme nécessaire à la famille et a la lutte contre les risque des avortements.

Cette perte du contenu politique dans les pays anglo-saxons permettra un développement plus facile que dans les pays latins où l'église catholique joue un rôle important dans les interdits touchant à la sexualité et à la reproduction

En France un courant progressiste développe l'idée que les femmes ont le droit de ne pas subir des grossesses non désirées et que la connaissance des moyens anticonceptionnels évitera les avortements. Vers 1930, l'idée de planification familiale démarrée en France avec la découverte sur le fonctionnement du cycle féminin du Dr Ogino, médecin japonais.

Centre de sante : est une structure sanitaire de proximité dispensant principalement de soins de premier recours, il assure des activités des soins sans hébergement et mènent des action des sante publique ainsi que des action de privation d'éducation pour la sante

Les centres de planification familiale sont les lieux qui mettent à disposition les moyens de PF et qui informent sur leur mise en œuvre.

À la différence de la planification familiale, le planning familial est une association comme d'autres associations (ex CADAC, MFPF, ANCIC,...), elle peut dans certains départements être chargée de l'accueil dans les centres de planification.

Contraception : est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant, et ceci de façon temporaire et réversible.

L'efficacité de la contraception se mesure par la proportion dans laquelle la fécondabilité naturelle se trouve réduite par l'emploi d'une méthode contraceptive donnée, en utilisant l'indice de Pearl ou la méthode des tables de mortalité<sup>5</sup>.

Efficacité pratique de la contraception ou Efficacité d'usage de la contraception est liée à l'acceptabilité du procédé et à la motivation des couples qui l'utilisent.

---

<sup>5</sup> Alfred Sauvy, les préservations des naissances, presse universitaire de France, paris 2001 page 75

Efficacité théorique de la contraception ou Efficacité technique de la contraception implique l'utilisation d'une méthode de contraception de manière continue suivant les instructions données.

Contenance périodique : Méthode contraceptive qui se base sur l'abstinence de rapports sexuels pendant la phase fertile.

Coït interrompu : Le coït interrompu est également appelé méthode du retrait, ou coitus interruptus (en latin). Elle consiste à éviter la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovocyte, pour éviter la fécondation et la grossesse.

Préservatif. Syn. Capote anglaise, condom, préservatif masculin. Capuchon en caoutchouc, en plastique très souple qui s'adapte à la verge, employé comme moyen de protection contre les maladies sexuellement transmissibles ou comme contraceptif.

Diaphragme. Contraceptif féminin de barrière qui consiste en un disque souple de fin latex, bombé en coupole. Il se place en diagonale le long du vagin recouvrant la paroi supérieure et le col.

Capot cervical. Syn. Pessaire occlusif. Contraceptif féminin de barrière. Il s'agit d'une cupule de caoutchouc épais qui se place sur le col utérin comme un dé à coudre sur le doigt.

Eponge contraceptive vaginale. Contraceptif féminin qui consiste en une éponge à usage unique, imprégné d'une substance spermicide. Elle doit être insérée dans la cavité vaginale aussi près du col que possible avant le coït.

Dispositif intra-utérin : (DIU) est une méthode contraceptive d'action prolongée destinée à être utilisée pendant plusieurs mois ou années. C'est un petit dispositif généralement en matière plastique ou en matière plastique recouverte de cuivre. Un médecin ou un agent de santé qualifié place le DIU dans l'utérus de la femme. Le DIU le plus couramment employé, le "Copper T380-A", peut rester en place pendant 10 ans

Contraceptif oral : Moyen [contraceptif hormonal](#) féminin, se présente sous la forme de comprimés à prise quotidienne communément appelés « pilules contraceptives » ou plus simplement « pilules »

Contraceptif injectable. Progestatif administré par injection, à effet contraceptif prolongé. Tout médicament anticonceptionnel administré par injection.

Contraception post-coïtale : Il s'agit d'une pilule assez comparable à la contraception orale usuelle mais dont les prises et les dosages sont différents. Il en existe deux catégories, les micro-progestatifs et les estro-progestatifs, les comprimés doivent être pris impérativement moins de 72 heures après le rapport sexuel non protégé, si le délai est supérieur le traitement ne sera pas efficace.

Les Estro-progestatifs : Ce sont les pilules les plus répandues, On utilise habituellement 100µg d'éthinylestradiol associé à 0,5mg de progestérone en une seule prise à répéter 12 heures plus tard. En France on peut utiliser une pilule standard du commerce à 50µg et depuis une période plus récente une présentation spécialement fabriquée à cet effet et qui ne contient que 4 comprimés par boîte (c'est la même chose mais en plus cher).

Dans certains cas, la prise de ce traitement peut s'accompagner de vomissements: Ne pas oublier que l'on peut vomir les comprimés (dans ce cas, il faut les reprendre). L'effet sur les règles change selon la période du cycle ou la pilule du lendemain est utilisée: Si le traitement est pris avant l'ovulation, les règles peuvent survenir plus tôt. Si le traitement est pris après l'ovulation, les règles surviennent soit comme d'habitude, soit plus tard.

Les progestatifs: Dans certains cas, ils seront prescrits par votre médecin, leur efficacité est au moins aussi bonne et leur tolérance meilleure. Le traitement consiste à prendre deux doses de 0,75mg d'une progestérone à 12 heures d'intervalle. On peut utiliser le lévonorgestrel mais jusqu'à une date récente, cela consistait à prendre deux fois 25 comprimés d'un micro-progestatif (50 au total) ce qui était assez peu commode. Depuis quelques semaines, sur le marché Français, nous disposons du même traitement sous la forme de deux comprimés dans une boîte.

Stérilisation : est une opération pratiquée soit sur l'homme soit sur la femme et entraînant la stérilité. Suppression définitive, accidentelle ou intentionnelle, de la capacité de procréer, par des agents chimiques ou physiques, par l'excision des gonades, par la ligature des trompes utérines ou des canaux déférents.

### **1.3. Les valeurs traditionnelles face à la procréation**

Les comportements socio culturels dans le domaine de la procréation sont tel qu'on cherche à avoir le plus d'enfants possibles parce que dans la société traditionnelle l'enfant est considéré comme une richesse, une source de travail, de revenu, de prestige, une garantie d'une sécurité lors de la vieillesse des parents et en plus la femme sans enfant est une femme inutile. “

La femme étant victime d'une discrimination qui entraîne chez elle un statut d'infériorité (surtout dans le pays en voie de développement) qui limite son accès aux ressources économiques et à sa capacité de prendre de décision au sujet de sa santé ainsi que de son alimentation. La privation du pouvoir de décision sans autre recours fait que des nombreuses femmes soient condamnées d'avoir des enfants qu'elles ne désirent pas. Les politiques discriminatoires donnent à l'homme le monopole de prise de décision sur la procréation dans le couple en tant que le seul décideur concernant la survenue d'une nouvelle grossesse<sup>6</sup>

### **1.4. La régularisation des naissances face à la religion**

Les doctrines chrétiennes ne laissent pas le choix, les seules méthodes qu'elle autorise sont des méthodes naturelles fondées sur l'abstinence périodique. Le débat qui oppose divers théologiens chrétiens sur la question de savoir quelles méthodes contraceptives l'Église devrait approuver, montre que les autres méthodes portent atteinte au plan et aux limites tracés par DIEU en ce qui concerne le libre exercice du pouvoir procréateur de l'homme.

Les églises Chrétiennes considèrent que la vie humaine débute dès la conception. Par conséquent, elle estime que l'avortement est un infanticide qui s'oppose au sixième commandement des Tables de la Loi.

La majorité des membres chrétiens a estimé au contraire que l'Église ne devrait pas condamner les couples à une abstinence prolongée et souvent héroïque en tant que moyen de limiter les naissances. Elle a déclaré que la régulation de la conception apparaît comme une nécessité aux couples qui souhaitent fonder une famille, en pleine connaissance de leurs responsabilités<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Munzho Abdouhaman, Civisme et développement 2003, page 51

<sup>7</sup> Ernest haveman. La régulation de naissances, contraception et Religion 2001

La doctrine musulmane permet l'utilisation des méthodes contraceptives. Mais seulement si ces méthodes ne provoquent pas de maladies. Les médecins ont rassuré sur ces méthodes qui ont fait l'objet d'une vérification scientifique. C'est pourquoi il n'est pas interdit à une femme musulmane mariée d'utiliser ces méthodes qui permettent l'utilisation par les deux conjoints, dans une parfaite entente et sans contrainte, d'un moyen légal et sûr pour retarder une grossesse ou pour la précipiter, en tenant compte de leur situation médicale, sociale et économique, et ce, dans le cadre de leurs responsabilités envers leurs enfants et envers leurs propres personnes. Parce qu'au temps du prophète, ses 'sahabas' (compagnons) utilisaient les coïts interrompus. Si les condoms existaient à ce moment, ils les auraient utilisés. Donc, pour les méthodes modernes, c'est la même chose. Les hommes peuvent utiliser les condoms et les femmes les méthodes contraceptives.

Maintenant ceux qui disent que la religion les interdit, c'est leur point de vue. Mais il n'est pas écrit dans le Coran. Ces méthodes permettent d'espacer les naissances et non de les limiter. Cependant, une fille qui n'est pas mariée n'a pas le droit d'utiliser ces méthodes. D'ailleurs, il est interdit de façon catégorique toute relation pouvant exister entre un homme et une femme, si elle n'est basée sur les liens sacrés du mariage<sup>8</sup>.

### **1.5. La responsabilité du couple dans la planification familiale**

Les spécialistes qui ont eu l'occasion de guider des familles très diverses sont parvenus à la conclusion qu'il serait vain d'aller contre la nature des hommes sur ce terrain scabreux.

Le choix de la méthode doit être fait en connaissance de cause et compte tenu des circonstances. Il faut savoir lequel des deux conjoints est plus apte à porter le poids de la responsabilité.

Lorsqu'il s'agit des personnes qui abusent de l'alcool, une nouvelle complication se présente car il a été remarqué que dans les pays où les gens boivent beaucoup la responsabilité du couple à la planification familiale n'est pas respectée<sup>9</sup>.

### **1.6. Participation des hommes à la planification familiale**

La participation des hommes à la planification familiale (PF) signifie plus que l'accroissement du nombre d'hommes utilisant des condoms ou ayant des vasectomies; la participation des hommes

---

<sup>8</sup> Rapport sur l'attitude musulmane sur la contraception 2009

<sup>9</sup> Rapport de l'OMS, Responsabilité de couple face à la procréation mars 2009

inclut également le nombre d'hommes qui encouragent et soutiennent l'emploi de la contraception chez leur partenaire et chez leurs camarades et qui influencent le contexte de politiques afin de le rendre plus favorable à la mise en place.

Il est de toute première importance dans la région africaine de faire participer les hommes et d'obtenir leur soutien et engagement face à la planification familiale, au regard de leur position élevée dans la société africaine. En effet, ce sont les hommes qui prennent la plupart des décisions qui affectent la vie familiale. Ce sont aussi les hommes qui prennent la plupart des décisions qui affectent la vie politique. La plupart des hommes détiennent des positions de commande et d'influence depuis la cellule familiale jusqu'aux sphères nationales (IPPF, 1984). Aussi, la participation des hommes à la planification familiale non seulement allégerait-t-elle la responsabilité qui incombe aux femmes du point de vue prise de décisions pour les questions de planification familiale mais elle permettrait également d'accélérer la connaissance et la pratique de la planification familiale en général.

Ce n'est que récemment que les associations de planification familiale ont reconnu l'importance du rôle et de la motivation des hommes au niveau des prises de décisions concernant la fécondité, tout particulièrement en Afrique. Mais, à présent que ce rôle sont reconnu, la question est de savoir «ce que les programmes de planification familiale et de santé de la reproduction peuvent faire pour encourager la collaboration des hommes ? Certains programmes ont mis sur pied des campagnes d'IEC visant à accroître les connaissances et à sensibiliser davantage les hommes à la question. Mais, à présent une des questions cruciales qui se posent à ces programmes est de savoir comment dépasser le stade de l'accroissement des connaissances pour arriver au changement d'attitudes et de pratiques. Comment répondre aux besoins des hommes par le biais de différentes stratégies de prestation de services est également une question importante<sup>10</sup>.

### **1.7. Les mobiles poussant les femmes à restreindre la fécondité**

Les unes désirent ménager de longs intervalles entre les enfants successifs et épargner à la mère des grossesses trop rapprochées. Il ne s'agit pas alors de limiter la famille, mais seulement de laisser le temps de s'agrandir peu à peu.

---

<sup>10</sup> Rapport de fédération international pour la planification Familiale septembre 1998

D'autres ont une idée bien orientée sur le nombre d'enfants qu'ils souhaitent.

D'autres pour des raisons diverses ne veulent absolument pas avoir d'enfants à une époque donnée et considèrent alors une grossesse éventuelle comme un désastre à éviter à tout prix. Parmi ces derniers, nombreux sont ceux dont l'attitude est due à des considérations d'ordre sanitaire(soit c'est le médecin qui les avait mis en garde, la maternité risquant d'être fatale à la mère ;soit ils craignent de transmettre leurs maladies ou leurs tares mentales à leurs progénitures),d'autres décident de mettre au monde que le nombre d'enfants qu'ils sont capables d'élever dans des bonnes conditions et pour qui l'arrivée d'un nouvel enfant représente une charge maternelle trop lourde. Il ne faut non plus oublier les personnes chez qui le refus de fonder une famille est de principe, si fort qu'il soit, l'instinct maternel peut faire défaut chez une femme.

Quand il s'agit d'un couple qui cherche non pas tant à limiter qu'à espacer les naissances, n'importe quelle méthode anticonceptionnelle, à la condition d'être appliquée consciencieusement, peut convenir en générale et la principale considération est la commodité.

Pour ceux qui se trouvent à l'opposé, c'est à dire ceux qui redoutent la grossesse comme une calamité, la question se présente autrement. La crainte est chez eux un mobile si puissant qu'ils sont prêts à s'accommoder de tous les désagréments. Ils ne risquent pas d'oublier de prendre des précautions à chaque rapprochement sexuel ou d'applications rigoureuses du calendrier qui règle la prise des pilules. Pour eux, ce qui compte avant tout, c'est l'efficacité<sup>11</sup>.

### **I.8. Attitudes des couples face à l'utilisation des méthodes de PF**

D'après l'encyclopédie médicale 1980, l'acceptation d'une contraception par le couple est étroitement liée au problème de sexualité, aux conditions sociales, à l'éducation morale et religieuse. En outre les couples ressentent souvent une crainte, éprouvent certains scrupules à l'égard des nouvelles méthodes contraceptives pour les motifs les plus variés.

Selon une analyse quantitative de la baisse de fécondité réalisée par Ruth SIMMONS en 2007 menée au Bangladesh portant sur 21 séances de discussions thématiques des groupes avec des femmes de divers âges(moins de 20 ans à près de 50 ans) vivant dans le milieu rural de Matab,

---

<sup>11</sup> Hegman Smith, Régularisation de naissances 1998, page 39

l'auteur examine la manière dont ces femmes perçoivent l'évolution et l'impact du programme de planning familial ; leurs déclarations révèlent que les femmes ont conscience et montrent leur intérêt pour la limitation des naissances soutenu par le programme de planification familiale.

Selon Judith R.Seltzer la plus part de couples dans le pays en voie de développement ne sont pas réceptifs aux programmes volontaire de planification familiale parce qu'ils préfèrent avoir une progéniture et ne sont pas intéressés par la régulation des naissances et n'ont aucun désir de réguler le nombre, le rythme ou l'espacement des naissances.

### **1.9. Planification familiale au Rwanda**

Après une décennie de naissances sans limites, pour remplacer les vies perdues lors du génocide, les Rwandaises reprennent lentement le chemin des centres de planification familiale<sup>12</sup>.

Le retour des Rwandaises vers la planification familiale est aussi timide que récent. Les statistiques font état de 6,5 % de femmes qui ont recours à une méthode moderne de contraception, contre seulement 4 % en 2000. En 1992, avant le génocide, elles étaient deux fois plus nombreuses à pratiquer un contrôle des naissances. Le souci de remplacer les vies perdues fut la première cause de cette baisse après 1994. Pour beaucoup, il était important de mettre au monde de nombreux enfants, soit pour combler les vides laissés par le génocide et la guerre qui ont suivi, soit pour faire en sorte que si une telle tragédie se reproduisait, il y ait des survivants. "Ceux qui avaient beaucoup d'enfants ont eu des survivants, mais ceux qui avaient limité les naissances avec deux ou trois enfants n'ont rien sauvé", estiment les rescapés. Dans l'étude DHS provisoire de 2008, en particulier en ce qui concerne le TPC : « On n'en fini pas de grimper et ce n'est pas prêt de s'arrêter », affirme une des personnes interrogées. Et ils n'ont pas été déçus. Les premiers résultats indiquent, en effet, que le taux de prévalence des méthodes de contraception modernes chez les femmes mariées a augmenté jusqu'à 27%<sup>13</sup>.

Dans l'étude démographique et sanitaire de 2005, la prévalence contraceptive chez les femmes mariées était de 17% sur l'ensemble des méthodes disponibles et de 10% pour les méthodes modernes. Les méthodes les plus fréquemment utilisées étaient les contraceptifs injectables (5%) et la pilule (2%). Le niveau d'utilisation était plus élevé dans les zones urbaines que dans les zones

---

<sup>12</sup> INES Enquête démographique et sante 2005

<sup>13</sup> INSR Enquête démographique et santé menée en 2008

rurales (21% contre 9%), parmi les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé (29% des femmes ayant poursuivi des études secondaires ou supérieure contre 6% de celles n'ayant pas été scolarisés) et parmi les femmes les plus aisées (22% dans le quintile de richesse le plus élevé contre 6% chez les plus démunies). Le taux d'utilisation est aussi plus élevé dans la ville de Kigali (23%) que dans d'autres provinces : 10% à l'Ouest et au Nord, 8% à l'Est et au Sud. Il sera important de prendre en compte les données de la mini-étude DHS pour déterminer les changements intervenus, les améliorations liées au traitement des inégalités et les manques à combler<sup>14</sup>. D'après l'enquête démographique et santé menée en 2010(DHS) au Rwanda la prévalence contraception par les femmes en âge de procréer est de 45%.

### **1.10. Pourquoi la planification familiale est-elle importante ?**

Les programmes de planification familiale aident des millions de gens en fournissant des soins de santé reproductive qui sauvent des vies, évitent des grossesses non souhaitées et offrent de plus grands choix. Au fur et à mesure qu'augmente la demande de services, est-ce que le soutien apporté aux programmes va suivre le même rythme ?

L'engagement des dirigeants et un bon financement des programmes de planification familiale sont des éléments essentiels pour assurer un accès généralisé à de bons soins de santé reproductive. Le soutien des agents de santé, des décideurs, des organismes bailleurs de fonds, des organisations féminines, des médias et des dirigeants communautaires et religieux joue également un rôle important.

Au fur et à mesure qu'augmente la demande de santé reproductive, le plaidoyer en faveur de la planification familiale prend une importance fondamentale. Il y a, dans le monde, jusqu'à 700 millions d'êtres qui pratiquent la contraception ; et des millions d'autres le feraient s'ils avaient un meilleur accès à des services de bonne qualité. Bien que les niveaux de fécondité diminuent dans une grande partie du monde, une croissance démographique rapide continue à poser un problème critique dans la plupart des pays en développement, où les besoins sont considérables au regard de moyens réduits<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Droits des reproductions et de diffusion réservée (syfia international 2012)

<sup>15</sup> Eric Stephen, planification familial et la démographie 1999 ; 68

### **1.11. Avantages de la planification familiale**

La promotion de la planification familiale et la garantie de l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les couples est essentielle si l'on veut assurer le bien-être et l'autonomie des femmes tout en soutenant la santé et le développement des communautés.

La planification familiale apporte beaucoup d'avantages aux individus et aux pays. Parmi les plus importants, on peut citer les suivants:

#### **Prévenir les risques sanitaires liés à la grossesse chez les femmes**

La capacité d'une femme d'espacer et de limiter ses grossesses a des conséquences directes sur sa santé et son bien-être. La planification familiale permet l'espacement des naissances et donne la possibilité de retarder les grossesses chez les femmes jeunes, les grossesses précoces étant associées à un risque élevé de problèmes de santé et de décès. Elle permet de réduire la mortalité maternelle.

Elle permet aussi aux femmes plus âgées, pour qui les risques sont accrus, d'éviter une grossesse. La planification familiale permet aux femmes qui le souhaitent de limiter la taille de leur famille. Les femmes qui ont plus de quatre enfants auraient un risque de mortalité liée à la maternité accru.

En réduisant les taux de grossesses non désirées, la planification familiale permet de limiter le besoin de recourir aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité.

#### **Réduire les grossesses chez les adolescentes**

Les adolescentes qui sont enceintes sont davantage susceptibles de donner naissance à des bébés prématurés ou d'un faible poids à la naissance. Les taux de mortalité néonatale sont plus élevés chez les bébés dont les mères sont des adolescentes. Nombreuses sont les adolescentes qui sont obligées d'abandonner leur scolarité lorsqu'elles tombent enceintes. Cela a des conséquences à long terme sur leur vie en tant qu'individus, mais aussi sur leurs familles et leurs communautés

**Réduction de la mortalité maternelle.**

En évitant des grossesses non souhaitées, on pourrait empêcher le quart environ des morts maternelles qui se produisent dans les pays en développement. En particulier, la pratique de la contraception aide à éviter des avortements dangereux qui visent à mettre un terme à des grossesses non souhaitées. Elle donne aussi aux femmes la possibilité de limiter les naissances à leurs meilleures années fécondes et d'éviter d'avoir de trop nombreuses grossesses qui risquent alors de compromettre leur santé<sup>16</sup>.

**Réduction de la mortalité infantile.**

Un espacement d'au moins deux ans entre les naissances aide les femmes à avoir des enfants en meilleure santé, améliorant ainsi d'environ 50% leurs chances de survie, si on limite les naissances aux meilleures années fécondes des femmes, on améliore aussi les chances de voir ces enfants survivre en meilleure santé.

**Offrir aux femmes un plus grand nombre de choix.**

Pour beaucoup de femmes, le fait de pouvoir exercer un contrôle sur leur propre fécondité grâce à une contraception efficace peut ouvrir la voie à l'éducation, à l'emploi et à la participation à la vie communautaire. En outre, les couples qui ont moins d'enfants ont plus de chances de scolariser aussi bien leurs filles que leurs garçons<sup>17</sup>.

**Encourager l'adoption d'un comportement sexuel moins dangereux.**

Toutes les personnes sexuellement actives ont besoin de se protéger contre les infections sexuellement transmises (IST), y compris le VIH/SIDA. La meilleure solution consiste à toujours employer correctement des condoms, ou à éviter d'avoir des contacts sexuels sauf dans le cadre de rapports mutuellement monogames. Suffisamment soutenus, les programmes de planification familiale ainsi que les parents, les écoles et les camarades pourraient aider les jeunes à prendre de façon responsable leurs décisions en matière de sexualité, et à éviter ainsi les IST et les grossesses non souhaitées.

---

<sup>16</sup> Rapport de l'OMS sur la mortalité infantile

<sup>17</sup> Simmons R. Femme rurales, baisse de la fécondité, programme de planification familiale : <http://www.cicred.org/welcome.html> 1996 consulté 24 octobre 2012

## **Avantages d'un ralentissement de la croissance démographique**

Au fur et à mesure qu'une population de plus en plus nombreuse choisit la planification familiale, la fécondité diminue tandis que se ralentit la croissance démographique. Bien que la fécondité ait reculé dans le monde entier, de nouveaux fléchissements revêtiraient une importance fondamentale pour de nombreux pays en développement

### **Le ralentissement de la croissance démographique aide le développement.**

Il accorde des délais et, comme une proportion plus grande de la population se trouve en âge de procréer, fournit une prime démographique qui peut être investie dans l'éducation, la création d'emploi, les soins de santé et d'autres interventions visant à relever les niveaux de vie.

Plutôt la fécondité tombera à de faibles niveaux, mieux la plupart des pays seront en mesure d'obtenir un développement durable. Aujourd'hui, des reculs de fécondité, même minimes, se traduisent par d'importantes différences des futurs effectifs de la population. Si on agit dès aujourd'hui pour obtenir un soutien pour les soins de santé reproductive, on peut aider à répondre aux besoins actuels de la population et améliorer les perspectives qui s'ouvrent au XXI<sup>ème</sup> siècle.

### **But de la PF au Rwanda**

- La PF permet d'apporter des solutions aux problèmes démographiques du pays.
- La PF permet d'améliorer les conditions de vie de la mère et de l'enfant.
- La PF permet d'informer et d'éduquer la communauté dans le domaine social.

## **1.12. Présentation du milieu d'étude**

### **1. Historique du cellule Kivumu**

La cellule Kivumu est située dans le secteur Gisenyi dans le district de Rubavu, la cellule Kivumu comprend 12 villages et ces 12 villages contiennent 2236 ménages

### **2. Situation géographique**

La cellule Kivumu est située dans le secteur Gisenyi dans le district de Rubavu en province de l'ouest. Elle est limitée :

Au Nord par la cellule Mahoro

Au Sud par la ville congolaise de Goma

À l'Ouest par la cellule Nengo

À l'Est par la cellule Rubavu

Du point de vue climat et relief, la ville de Rubavu est située au Sud de l'Equateur. Elle présente un relief très accidenté dont l'altitude varie de 1461 mètres du lac Kivu et 2000 mètres au Nord, l'altitude par le vent provenant du Lac Kivu.

## **CHAPITRE 2. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE**

### **2.1. Introduction**

Le présent chapitre décrit l'approche générale, les méthodes et les techniques utilisées pour obtenir les données et les informations nécessaires qui permettent de vérifier les hypothèses et les objectifs du travail :

#### **2.2.1 Méthodes et techniques**

Tout travail scientifique doit suivre une certaine méthodologie pour être acceptable ; c'est - à - dire qu'il doit se servir des techniques et méthodes dont l'importance a été prouvée par des chercheurs qui nous ont précédé Selon GAUTHIER.B, 1994 et LOUBET, 2000. Dans le travail de recherche présent nous avons utilisé les méthodes suivantes : statistique, historique, analytique.

De ce qui est des techniques, nous avons utilisé la technique documentaire : technique du questionnaire technique d'interview et d'entretien

#### **2.1.2 Méthode statistique**

La méthode statistique consiste à réunir des données chiffrées sur des ensembles nombreux, puis à analyser, à commenter et à critiquer ces données. Cette méthode nous a été utile pour quantifier, chiffrer et présenter les résultats de la recherche.

#### **2.1.3. Méthode analytique**

La méthode analytique nous a permis d'analyser les résultats de l'enquête que nous avons menée et d'effectuer l'entrevue auprès des enquêtés.

### **2.2. Les techniques**

Ce sont des moyens dont un chercheur se sert pour récolter l'information auprès des unités de recherche.

### **2.2.1. Technique documentaire**

La technique documentaire nous a servis de collectionner la littérature se rapportant au sujet de l'étude. Pour GRAWITZ, le document offre l'avantage d'être un matériel «objectif» parce qu'il soulève des interprétations différentes. Ainsi, en lisant les ouvrages, les revues et d'autres publications en rapport avec notre sujet, cette technique nous permettra d'élaborer la partie théorique de notre étude.

### **2.2.2 Technique du questionnaire**

C'est une technique utilisée pour collecté les données sur les populations cibles. Les données utilisées dans le cadre de notre étude sont de types primaires Les données primaires provenant du sondage.

### **2.3. Technique statistique**

Notre étude vise les femmes qui ont enfanté de la cellule Kivumu en secteur Gisenyi.

## **2.4. Plan de sondage**

### **2.4.1. Objectif d'acquête**

Recueillir les avis, considérations et perceptions de la population (femme) sur les méthodes moderne utilisées dans la planification familiale.

### **2.4.2 .Déroulement de l'enquête**

Notre enquête s'est déroulée au cours de la période allant du 1 Septembre au 30 septembre 2012

### **2.4.3. Population statistique**

Notre populations statistiques sont les femmes de la cellule Kivumu qui ont enfanté

### **2.4.4. Unité statistique**

Notre unité statistique c'est une femme de la cellule Kivumu qui a enfanté

### 2.4.5. Unité de sondage

Notre unité de sondage sont les ménages ou nous avons tiré nos enquêtés

### 2.4.6. Méthode de sondage

Comme la structure de l'échantillon inspire la méthode à utiliser, nous avons utilisé la méthode aléatoire simple et au tirage au sort.

Dans l'échantillonnage stratifié l'étude était intéressée à obtenir toutes les informations sur la connaissance d'utilisation des méthodes modernes de PF

Nous avons 12 Villages qui se trouvent dans la cellule Kivumu, dans chaque village nous avons choisi aléatoirement les ménages, et après dans chaque ménage sélectionné nous avons enquêté une femme qui a enfanté.

### 2.4.7. Détermination de la taille de l'échantillon

La détermination de la taille de l'échantillon est donc une étape importante avant toute enquête, qui est l'occasion d'arrêter la précision de l'analyse (souvent en fonction du budget). On peut calculer la taille de l'échantillon à partir de la formule suivante:

Selon William G. Cochran (1977:75), la formule suivante est utilisée pour calculer la taille de l'échantillon (n).

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{E^2}$$

n : est la taille de l'échantillon,

Z: la valeur critique lue dans la table de la loi normale

$\alpha$  est le seuil de signification (prenons pour notre étude  $\alpha=5\%$  et donc  $Z_{\alpha}=1,96$ )

p : étant la prévalence de consommation du service de PF, p=45% (selon le rapport d'INSR d'enquête démographique et de santé (EDS) menée en 2010 au Rwanda)

E : est la marge d'erreur d'échantillonnage choisie<sup>18</sup>

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)}{E^2} = \frac{1.96^2 \times 0.45 \times (1-0.45)}{0.1^2} = 95 \text{ ménage}$$

Pour calculer la taille de l'échantillon de ménage dans village nous nous sommes servis de la formule suivante

$$n_h = \frac{n}{N} N_h$$

$n_h$  : Proportion échantillonné

$n$  : Taille de l'échantillon

$N$  : Nombres total des villages

$N_h$  : Proportion de la taille de l'échantillon

Pour notre étude, nous avons choisi de répartir notre taille dans 12 villages constituées de la manière indiquée dans le tableau ci-dessou

**Tableau N 1 Répartition d'échantillon par village.**

Village	$N_h$	$n_h = \frac{n \times N_h}{N}$
Muduha	183	8
Umurava	182	8
Itangazamakuru	193	9
Kivumu	186	8
Ubumwe	195	9
Igisubizo	179	7
Karisimbi	181	7
Murisanga	180	7
Giponda	173	6
Ubukerarugendo	186	8
Ubutabazi	183	8
Urumuri	215	10
<b>Total</b>	<b>2236</b>	<b>95</b>

Source : cellule Kivumu

#### 2.4.8 Outils de récolte des données

Pour Collecter les données, nous nous sommes servis d'un questionnaire d'enquête.

<sup>18</sup> Le choix de l'échantillon (statistiques, logiciel et enquête) Benoit le Maux

L'enquête par questionnaire : c'est un outil d'observation qui permet de quantifier et comparer l'information. Cette information est collectée auprès d'un échantillon représentatif de la population visée par l'étude.

Signalons que nous avons effectué un pré-test du questionnaire (enquête pilote) auprès de 10 enquêtées et nous avons trouvés des résultats conformes à nos objectifs.

En outre, nos questions étaient ouvertes pour laisser aux enquêtés une liberté partielle du choix de la réponse dans sa forme et qu'en deuxième lieu (après l'enquête), nous avons procédé aux codages des réponses provenant des questions ouvertes pour ainsi faciliter l'analyse des données.

### **2.5. Considération éthique**

Pour éviter de créer les biais de recherche soit de stigmatiser ou de marginaliser les enquêtées, le questionnaire a été anonyme. Les enquêtées étaient libres d'exprimer leurs opinions en répondant en langue Nationale (kinyarwanda) aux questions qui leur étaient posées. Une question de consentement éclairé était posée à chaque femme sélectionnée concernant sa participation à l'enquête.

Et nos entretiens avec nos enquêtées débutaient toujours avec une certaine motivation avant de se lancer dans les vifs de l'enquête

## 2.6. Méthode d'analyse de données

Dans l'analyse de données le Test de la moyenne a été utilisé dans l'analyse, alors que les fréquences et les pourcentages ont été utilisés pour décrire le comportement, les connaissances, sur l'utilisation de contraceptif.

### 2.6.1 Test d'hypothèse dans un contexte de prise de décision

Test d'hypothèse de recherche ou de validité d'une assertion, des mesure sont prises lorsque  $H_0$  est rejetée .cependant dans de nombreux cas, des mesure doivent être prises quant  $H_0$  n'est pas rejetée et quand  $H_1$  est rejetée. En général ce type de situation apparait lorsqu'un responsable doit choisir entre deux actions, l'une associée à l'hypothèse nulle et l'autre associée à l'hypothèse alternative.

### 2.6.2 Formes des hypothèses nulles et alternatives

Soit  $\mu_0$  la valeur numérique considérée dan les hypothèses nulle et alternative. En général, un test d'hypothèse sur les valeurs de la moyenne d'une population M prend l'une des trois formes suivant

$$H_0: \mu \geq \mu_0$$

$$H_0: \mu \leq \mu_0$$

$$H_0: \mu = \mu_0$$

$$H_a: \mu < \mu_0$$

$$H_a: \mu > \mu_0$$

$$H_a: \mu \neq \mu_0$$

Dans de nombreuses situations le choix de  $H_0$  et  $H_a$  n'est pas évident et un peu de bon sens est nécessaire pour choisir la forme appropriée. Cependant comme le montre les formes précédentes légalités dans les diverses expression apparait toujours dans l'hypothèse nulle. En choisissant la forme appropriée de  $H_0$  et  $H_a$ , gardez en mémoire que l'hypothèse alternative correspond a ce que l'on veut prouver. Par conséquent se demander si l'utilisateur cherche des preuves pour justifier  $\mu < \mu_0$ ,  $\mu > \mu_0$  ou  $\mu \neq \mu_0$  permet de déterminer  $H_a$

## 2.7. Test unilatéraux concernant la moyenne d'une population

Généralisons la procédure des tests d'hypothèses unilatéraux concernant la moyenne d'une population. Nous considérons les cas des grands échantillons ( $n \geq 30$ ) pour lesquelles le théorème central limite nous permet de supposer que la distribution d'échantillonnage de  $x$  peut être approchée par une distribution de probabilité normale. Dans le cas des grands échantillons avec  $\sigma p$

inconnu, on remplace simplement l'écart type de la population  $\sigma_p$  par l'écart type de l'échantillon  $\sigma_s$  pour calculer la statistique de test. La forme générale d'un test unilatéral ou  $\mu_0$  correspond à la valeur choisie pour la moyenne de la population.

Forme d'un test d'hypothèse unilatéral concernant la moyenne d'une population.

$$H_0 : \mu \leq \mu_0$$

$$H_1 : \mu > \mu_0$$

$$\sigma_p \text{ connu. } Z_{\text{obs}} = \frac{\bar{x} - \mu}{\sqrt{\frac{\sigma_p^2}{n}}}$$

$$\text{Statistique de Test : } \sigma \text{ connu} \quad Z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{\sigma_p}{n}}$$

$$\text{Statistique de test : } \sigma \text{ inconnu} \quad Z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{\sigma_s}{n}}$$

Règle de décision au seuil de signification  $\alpha$  5%

$$\text{Acceptation } H_0 \quad Z_{\text{cal}} \geq 1.96$$

$$\text{Rejet } H_0 \quad Z_{\text{cal}} < 1.96$$

### 2.7.1 Logiciel d'analyse

Pour notre étude nous avons utilisé SPHEX4.5 et EXCEL comme logiciel statistique parce qu'ils sont appropriés pour notre étude

## CHAPITRE 3. ANALYSE ET INTERPRETATION DES RÉSULTATS

### 3.1. Relation entre l'utilisation des méthodes modernes de PF et la raison de l'importance accordée à la PF

Dans cette section, nous cherchons à déterminer la signification de la dépendance entre l'utilisation des méthodes de PF et les raisons faisant à ce que les femmes attribuent de l'importance à la PF

**Tableau 2:Relation entre l'utilisation des méthodes modernes de PF et la raison de l'importance accordée à la PF**

utilisez-vous les méthodes de PF? Pourquoi PF est elle Importante	utilisation de contraceptif	non utilisation de contraceptif	utilisation rompue des contraceptif	TOTAL	Pourcentage
pour espacer les naissance	23	12	3	38	<b>40,4%</b>
c'est mieux pour la santé de la mère et de l'enfant	16	16	1	33	<b>34,3%</b>
pour limiter le naissance	15	9	0	24	<b>25,3%</b>
TOTAL	54	37	4	95	
<b>Pourcentage</b>	<b>56,8%</b>	<b>38,9%</b>	<b>4,3%</b>		

À partir de ce tableau, on observe que 40,2% des femmes estiment que la PF est importante pour la santé de la mère et de l'enfant. 34,3% estiment que la PF est importante surtout pour l'espacement de naissance, 25,2% des femmes estiment que la PF est important surtout pour la limitation de naissance.

En d'autres termes, toutes les femmes reconnaissent à la PF une certaine importance mais toutes les femmes ne sont pas prêtes à son utilisation

### 3.2. Relation entre la perception des femmes face à la procréation et leur niveau d'étude

Dans cette section, nous cherchons à déterminer la signification de la dépendance entre la perception des femmes face à la procréation et leur niveau d'étude.

**Tableau 3:Relation entre la perception des femmes face à la procréation et leur niveau d'étude**

<b>Pourquoi souhaitez-vous d'enfant ?</b>	<b>Preferance du sexe</b>	<b>Securité familiale</b>	<b>Garantie lors de la vieillesse, l'enfant est une richesse</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Niveau d'étude?</b>					
Aucun	1	5	3	9	<b>9,47</b>
Primaire	2	13	17	31	<b>32,63</b>
Secondaire	1	21	17	39	<b>41,2</b>
Professionnel	0	3	4	7	<b>7,3</b>
Universitaire	0	6	3	9	<b>9,4</b>
TOTAL	4	47	44	95	
<b>Pourcentage</b>	<b>4,16</b>	<b>50</b>	<b>45,83</b>		<b>100</b>

Ce tableau nous montre le niveau d'étude des femmes. 9,47% des femmes analphabètes, 32,63% des femmes ont un niveau d'études primaires, 7,3% des femmes ont un niveau professionnel, 41,2% ont un niveau secondaire tandis que 9,4% ont un niveau universitaire.

4,16% des femmes perçoivent la procréation comme préférence du sexe, 50% des femmes perçoivent la procréation comme sécurité familiale 45,8% perçoivent la procréation comme garantie lors de la vieillesse, et l'enfant est une richesse

### 3.3. Relation entre l'utilisation des méthodes de PF et la position de l'église

Dans cette section, nous cherchons à déterminer la signification de la dépendance entre l'utilisation des méthodes de PF et la position de l'Eglise fréquentée par la femme

**Tableau 4:Relation entre l'utilisation des méthodes de PF et la position de l'église**

<b>Utilisez-vous-les méthodes de PF?</b>  <b>position de l'église fasse à la procréation</b>	utilisation de contraceptive	non utilisation de contraceptive	utilisation rompue des contraception	TOTAL	<b>Pourcentage</b>
Permet	39	30	4	73	<b>76%</b>
Interdit	4	1	0	5	<b>5,1%</b>
je ne sais pas	10	7	0	18	<b>18,9%</b>
TOTAL	53	38	4	95	100%
<b>Pourcentage</b>	<b>55,7%</b>	<b>40%</b>	<b>4,3%</b>		

Parmi les femmes utilisant les contraceptifs, 41% estiment que leurs églises permettent l'utilisation des méthodes moderne de PF 4,2% estiment que leurs églises interdit l'utilisation des méthodes modernes de PF 11,5% ignorent la position de leurs églises.

Parmi les femmes qui n'utilisent pas les contraceptifs, 31,25% estiment que leurs églises acceptent l'utilisation, 1,04% estiment que leurs églises interdisent l'utilisation, 7,29% ignorent la position de leurs églises

### **3.4. Relation entre l'utilisation des contraceptifs et les craintes éprouvées**

Dans cette section ,nous cherchons à déterminer la signification de la dépendence entre l'utilisation de contraceptif et les craintes eprouvées en cas de leur utilisation

**Tableau 5:Relation entre l'utilisation des contraceptifs et les crainte éprouvées**

<b>Utilisez-vous les méthodes de PF?</b>	<b>utilisation des contraceptifs</b>	<b>non utilisation des contraceptifs</b>	<b>utilisation rompue des contraceptifs</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Crainte dans l'utilisation</b>					
Ils font grossir	21	18	2	41	<b>42,7</b>
derangent les cycle menstruel	14	8	0	22	<b>23,9</b>
Maux de tête	17	6	2	25	<b>26,2</b>
Srerilité	1	6	0	7	<b>7,2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>38</b>	<b>4</b>	<b>95</b>	<b>100</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>55,7</b>	<b>40</b>	<b>4,1</b>	<b>100</b>	

Il ressort du tableau ci-dessus que 53/95 soit 56,% des femmes utilisent le contraceptif. 40% ne les utilisent pas ; 4,1% rompent l'utilisation de contraceptif ; 42,70% des femmes éprouvent qu'ils font grossir, 23,9% éprouver les dérangements de cycle menstruel, 26,% maux de tête et 7,2% éprouvent la stérilité.

### **3.5. Relation entre la connaissance des méthodes et l'utilisation de contraceptifs**

Dans cette section ,nous cherchons à déterminer la signification de la dépendence entre l'utilisation de contraceptif et le niveau d'étude

**Tableau 6:Relation entre la connaissance des méthodes modernes de PF et l'utilisation de contraceptifs**

utilisez-vous les méthodes de PF?  Quelles méthodes connaissez-vous?	Utilisation de contraceptifs	non utilisation de contraceptifs	utilisation rompue des contraceptifs	TOTAL	Pourcentage
pilule,injectable,implant	16	11	0	27	<b>29</b>
pilule, injectable, implant, Diu,	15	11	1	27	<b>28,12</b>
pilule, injectable, implant, Diu, ligature tubaire,	11	8	2	21	<b>21,87</b>
pilule, injectable, implant, Diu, ligature tubaire, coït interrompu	11	8	1	20	<b>20,83</b>
TOTAL	53	38	4	95	
<b>Pourcentage</b>	<b>54,25</b>	<b>39,58</b>	<b>4,17</b>		<b>100%</b>

La non utilisation de méthode de PF n'est pas due au fait que les femmes n'ont pas des connaissances sur ces méthode ; 39,58% des femmes n'utilisent aucune méthode contraceptive.

Nous avons constaté que toutes les femmes de la cellule Kivumu connaissent au moins une méthode de contraception.

### 3.6 .Test de comparaison de proportion

H0 : P= 0,45 (la population enquêté respectée 45% de taux d utilisateur de PF au Rwanda)

H1 : p > 0,45 (la population enquêté ne respectée pas 45% de taux d utilisateur de PF au Rwanda)  
= 0,05

Sur 95 enquêtés 54 utilisent les méthodes contraceptives

$$Z_{obs} = \frac{\frac{54}{95} - 0,45}{\sqrt{\frac{(0,45)(0,55)}{95} \times \frac{2236-95}{2236-1}}} = 2,24$$

Au seuil de signification de 5% supérieur à 1,96

Rien ne nous empêche d'affirmer qu'il ya une progression d'utilisation de méthode moderne de PF dans la cellule Kivumu.

### 3.7. Test de la moyenne de temps d'espacement entre 2 naissances par rapport à la norme

La norme de 2 ans est l'espace entre deux naissances consécutives en dessous du quel on parle des grossesses trop rapprochées



Figure 1: Test de la moyenne de temps d'espacement entre 2 naissances

L'espacement moyen entre deux naissances consécutives pour les femmes est dans l'intervalle  $2,08 \pm 0,294$  ans L'écart type étant de 1,58ans.

La moyenne d'espacement entre deux naissances consécutives pour les femmes de la cellule Kivumu est de 2,08 ans avec un écart type de 1,58ans.

Concernant les normes des OMS nous avons constaté que les femmes de la cellule KIVUMU sont dans la norme de 2ans d'intervalle entre deux grossesses consécutives

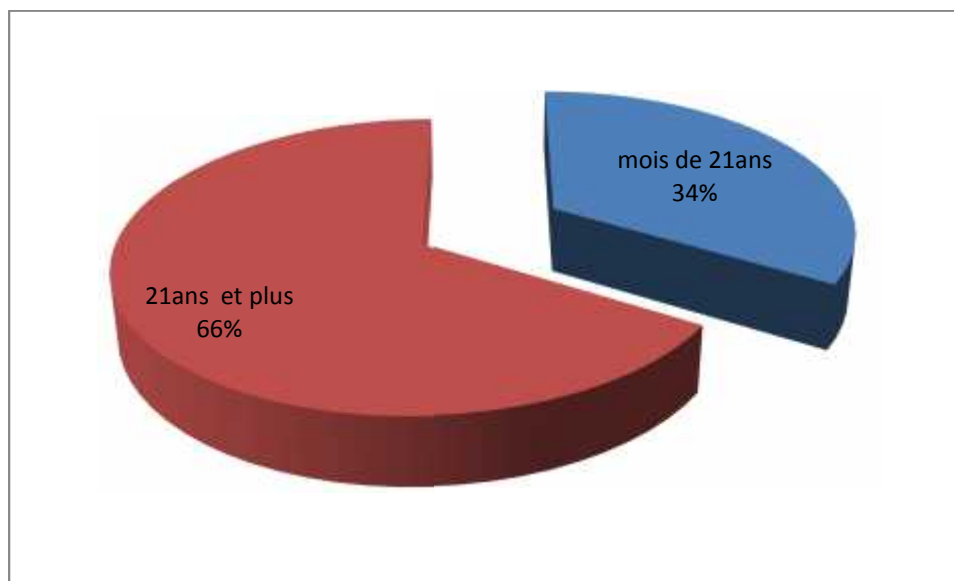
Comme la valeur  $Z = \frac{|2,08 - 2|}{\sqrt{\frac{1,58^2}{95}}} = 0,5$  calculée est inférieure à la valeur théorique de 1,96

Test d'hypothèse

$H_0: \mu=2$

$H_1 : \mu < 2$

On accepte l'hypothèse selon la quelle l'espacement entre deux naissances est égale à 2ans ou plus.



**Figure 2. Test de la moyenne de femme a la première grossesse**

La moyenne de l'âge de la femme à la première grossesse est de 20,6ans avec un écart type de 4,6 ans. La moyenne de l'âge de la femme est dans l'intervalle  $20,6 \pm 0,84 \text{ ans}$  34 % des femmes ont eu leurs premières grossesses avant 21ans.

Test de l'hypothèse

$$H_0 : \mu = 21 \text{ ans}$$

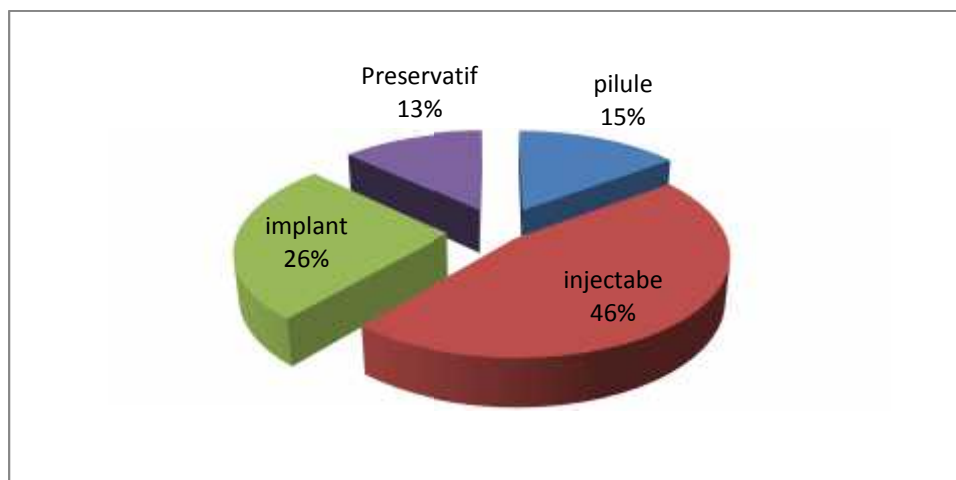
$$H_1 : \mu > 21 \text{ ans}$$

Comme  $Z = \frac{|20,6 - 21|}{\sqrt{\frac{4,6^2}{95}}} = 0,8$  est, au seuil de signification de 5%, inférieur à 1,96

Ceci nous permet d'affirmer notre hypothèse selon laquelle l'âge de la femme à la première grossesse est inférieur à 21ans.

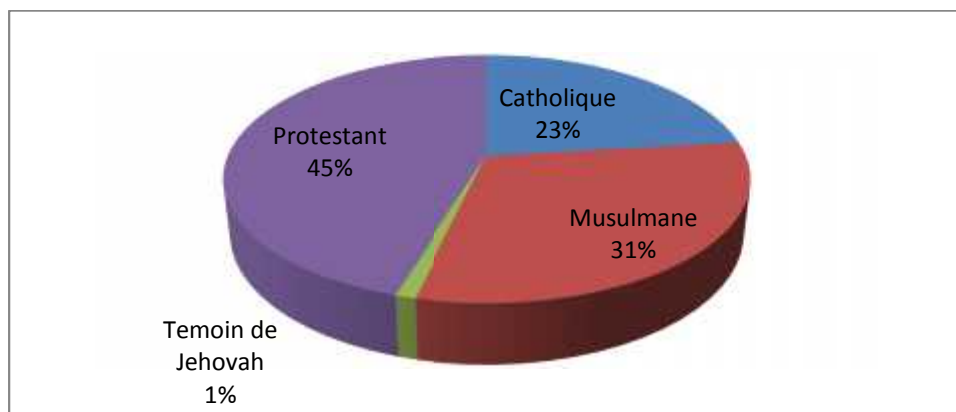
### 3.8. Appréciation des méthodes modernes de PF auprès des utilisateurs

Dans cette section nous voulons déterminer les méthodes les plus utilisés par les utilisatrices.



**Figure 3 : Appréciation des méthodes modernes de PF par utilisateurs**

Notre figure nous montre que 46% des femmes utilisent l'injectable comme contraceptif, 26% de femmes utilisent implant, 15% utilisent la pilule et en fin 13% utilisent les préservatifs.



**Figure 4 : Classification des femmes selon leurs dénominations Religieuses**

Cette Figure nous montre que 45% des femmes sont protestantes, 31% sont Musulmanes, 23% sont catholiques, et 1% sont des Témoins de Jéhovah

### 3.9. CONCLUSION

Nous voici au terme de notre travail intitulé : **Analyse statistique d'utilisation des méthodes modernes de Planification familiale par les femmes** ayant pour objectif général la détermination des facteurs qui sont à la base de la réticence des femmes et leur perception face à l'utilisation des services de planning familial.

Notre question s'articule sur les points suivants :

- ✓ Déterminer les opportunités offertes aux femmes dans le service de planification familiale.
- ✓ Déterminer les menaces qui découragent les femmes à s'impliquer davantage dans les processus de la planification familiale.
- ✓ Comparer l'espace temporel entre 2 naissances consécutives.
- ✓ Déterminer l'âge de la femme a la première grossesse

Pour rendre notre travail plus compréhensible, nous avons d'abord passé en revue la littérature des concepts clés du sujet d'étude.

Pour pouvoir vérifier les hypothèses, nous avons utilisé la méthode statistique. Concernant les techniques, nous avons utilisé la technique documentaire et questionnaire.

D'après le tableau 2 nous avons constaté que, 40,2% estiment que la Pf est importante pour la santé de la mère et de l'enfant, 34,3% de femmes estiment que la PF est importante pour l'espacement des naissances, et 25,2% des femmes estiment que la PF est importante pour la limitation de naissance.

En observant le tableau 2 nous disons que parmi toutes les femmes enquêtées 56% utilisent l'une de méthodes contraceptives, 38,7% des femmes ne l'utilisent pas et 4,2% des femmes ont rompu l'utilisation

Ceci nous permet d'affirmer notre première hypothèse qui dit que la disponibilité des services des méthodes de PF dans les institutions de la place augmente d'avantage la sécurité au couple de décider sur l'espacement et la limitation de naissances.

En regardant sur le tableau 5 nous constatons que 42,2% des femmes éprouvent qu'ils font grossir, 23,9% éprouvent les dérangement du cycle menstruel, 26% des femmes éprouvent des maux de tête et 7,2% des femmes éprouvent la stérilité.

Ceci nous permet d'affirmer notre deuxième hypothèse selon laquelle : les effets secondaire sont des menaces décourageant les femmes a s'impliqué d'avantage dans les processus de la planification familiale.

En observant la première figure, l'espacement moyen entre 2 ans ou plus est de 84%, et l'espacement moyen de moins de 2 ans est de 16%, après avoir calculé le test de la moyenne nous avons trouvé que la valeur trouvée est inférieure a la valeur théorique .ceci nous a permis d'affirmer notre troisième hypothèse selon laquelle : l'espacement entre deux naissances consécutives est égale à 2 ans ou plus.

En observant la deuxième Figure, 34% estiment qu'elles ont eu leur première grossesse à moins de 21 ans, 66% des femmes estiment qu'elles ont eu leur première grossesse à l'âge de 21 ans ou plus nous avons trouvé la moyenne de la femme à la première grossesse qui est égale à 20,6ans. Après avoir effectué un test de la moyenne nous avons trouvé la valeur la plus petite que la valeur théorique ; ceci nous permet d'affirmer notre quatrième hypothèse selon laquelle l'âge de la femme à la première grossesse est inférieure a 21ans.

En se basant sur notre recherche nous avons trouvé qu'il y a beaucoup d'utilisatrices des méthodes modernes de PF.

### **3.10. RECOMMANDATION**

#### **❖ Au gouvernement**

Nous recommandons au gouvernement de continuer le renforcement et la sensibilisation sur les méthodes de planification familiale

#### **❖ Aux églises**

Nous recommandons aux églises d'aider le gouvernement à sensibiliser leur membre sur l'utilisation et l'importance de la Planification Familiale

#### **❖ Aux femmes**

Nous recommandons aux femmes que avant utiliser la méthode contraceptive qu'elles fassent d'abord les examens médicaux pour pouvoir utiliser la méthode qui n'a pas les inconvénients sur leurs santé

## RÉFÉRENCE

1. Alfred Sauvy, les préservations des naissances, presse universitaire de France, paris 2001
2. Eric Stephen, planification familial et la démographie 1999
3. Havemann Ernest et les Rédacteurs de LIFE, *la régulation des naissances*, octobre 1967
4. Hegman Smith, Régularisation de naissances 1998
5. Le choix de l'échantillon (statistiques, logiciel et enquête) Benoit le Maux
6. Munzho Abdoulahaman, Civisme et développement 2003
7. SAUVY Alfred, *la prévention des naissances*, Presse Universitaire de France, Paris, 1967
8. Statistiques, logiciels et enquête, Benoît Le Maux
9. SIMMONS R. Femme rurales, baisse de la fécondité, programme de planification familiale
10. VOLLE Michel, *analyse des données*, economica, 3<sup>e</sup>édition, Paris, 1985

## WEBOGRAPHIE

11. : [Www. cicred.org/welcome, html](http://www.cicred.org/welcome.html), Juin 1996 consulté le 17 novembre 2012 à 11H21
12. [Www.le planning familial.org](http://www.leplanningfamilial.org) consulté le 26 Octobre 2012à 14H45

## RAPPORTS ET ENCYCLOPEDIE

13. Enquête Démographique et Santé 2010 INSR
14. Module de référence de formation continue en planification familiale ministère de la santé
15. Planification familiale au Rwanda intra Heath international
16. Encyclopédie médicale pour la famille, *Médecine pour vous*, tome III, 1980
17. INSR : Enquête démographique et santé 2005
18. INSR : Enquête démographique et santé menée en 2008
19. Rapport de fédération international pour la planification Familiale septembre
20. Rapport de l'OMS sur la mortalité infantile
21. Rapport sur l'attitude musulmane sur la contraception 2009
22. Rapport de l'OMS, Responsabilité de couple face à la procréation mars 2009
23. FNUAP, Rapport de l'enquête démographique et de sante menée au pays subsaharienne 2009
24. FIPR, Rapport, Planification Familiale et contraception 2008

# ANNEXE

**ENQUETE PORTANT SUR L'ANALYSE STATISTIQUE D'UTILISATION DES METHODES  
MODERNES DE PLANIFICATION FAMILIALE PAR LES FEMMES**

Section 1. Identification		
	Question	Reponses
1.	Date	...../...../...../
2.	Heure d'enquête	...../...../...../
3.	Numero du questionnaire	...../...../...../
4.	District	RUBAVU
5.	Sectaire	GISENYI
6.	Cellules	1.KIVUMU
7.	Village	.....

Section 2. ETAT CIVIL		
8.	Nom	
9.	Etat civil?	
10.	Age?	/...../
11.	Niveau d'etude?	1. Aucun /.../                      2. Primaire /.../ 3. Secondaire /.../                      4. Professionnel /.../ 5. Universitaire /.../
12.	De quelle Dénomination Religieuse êtes-vous?	1. Catholique /.../                      2. Musulmane /.../ 3. Témoin de Jéhovah /... /                      4. Protestant /... /
13.	Quelle est votre profession?	1. Commerçante /.../                      2. Petit métier /... / 3. Fonctionnaire d'Etat /... /                      4. Etudiante /.../
14.	De quelle est la profession d votre mari? (si vous avez répondu 2 à la Q 9)	1. Commerçant /.../                      2. Petit métier /.../ 3. Fonctionnaire d'Etat /... /                      4. Étudiante /.../

Section 3. Naissances		
15.	Avez-vous eu à concevoir?	1. oui /...../      2. non /...../
16.	A quel âge avez-vous eu votre premier enfant ?	/...../
17.	Combien d'enfant avez-vous ?	/...../
18.	Chronologie de succession d'enfant si plus d'un	1. une année /... /      2. Deux ans /...../
		3. Trois ans /...../      4. Plus de trois ans /...../
19.	Avez-vous déjà connus le cas d'avortement?	1. Oui /... /      2. Non /... / (si ce non ,passé à la Q 21)
20.	Combien d'avortement avez-vous déjà connus?	1. un /.../      2. Deux /...../
		2. Trois /.../      4. Quatre /.../
21.	Avez-vous d'enfant qui t morts	1. Oui /.../      2. Non /...../
		(si ce non ,passe à la Q 23)
22.	Combien d'enfant qui est morts?	1. Un enfant /...../      2. Deux enfant /...../
		3. Trois enfant /...../      4. Plus de trois /...../
23.	Souhaiteriez –vous avoir combien d'enfant ?	1. nombre /...../
24.	Pour quelle raison souhaitez-vous avoir nombre d'enfant ?	1. Pression familiale /.../      2.Préférence du sexe /.../
		3. Sécurité familiale /... /      4.Autre .....

Section 4. Planification Familiale		
25.	Avez-vous déjà entendu parler de la planification familiale ?	1. Oui /...../      2.Non /...../ (si oui passé à la question suivante)
26.	Par quels canaux avez-vous appris ces méthodes ?	1. Radio / <input type="checkbox"/> /
		2. Journal / <input type="checkbox"/> /
		3. Centre de santé / <input type="checkbox"/> /
		4. Amis / <input type="checkbox"/> /
		5. Ecoles / <input type="checkbox"/> /
		6. Eglise /...../
27.	Quelles sont les méthodes connaissez-vous ?	1. Pilule /...../
		2. Injectable /...../
		3. Diu /...../
		4. Implant /...../
		5. Ligature tubaire /...../
		6. Préservatif / <input type="checkbox"/> /
		7. Méthodes naturelle / <input type="checkbox"/> /
		Autre .....
28.	Utilisez vous actuellement des méthodes des contraceptions ?	1. Oui /...../      2. Non /...../ (si non passé à la Q 30)

29.	lesquels utilisez- vous ?	1. Pilule /_/_ 2. Injectable /_/_ 3. Diu /_/_ 4. Implant /_/_ 5. Ligature tubaire /_/_ 6. Préservatif /_/_ 7. Méthodes naturelles /_/_ 8. Autre ..... (passé à la question 31)
30.	pourquoi ??	1. Je ne sais pas au allez /.../ 2. Je ne sais pas vraiment les méthodes /.../ 3. Pas de partenaire /.../ 4. Ménopause/stérilité /.../ 5. Raison Religieuse /.../ 6. Peur des effet secondaires /.../ 7. Refus du partenaire /.../
31.	Quelle crainte éprouvez-vous dans l'utilisation des contraceptions ?	2. Ils font grossir /_/_ 3. Dérangeant le cycle menstruel /_/_ 4. Irritation vaginales /_/_ 5. Maux de tête /_/_ 6. Certaines douleurs /_/_ 7. Stérilité /_/_ 8. Autre .....
32.	Comment appréciez-vous les méthodes que vous utilisez?	1. Très bien /... /    2. Bien /... /    3. Mal /... /
33.	Quelle est la position de votre église face à l'utilisation de la contraception	1. Permet /... /    2. Tolère /.../    3. Interdit /.../

**ENQUETE PORTANT SUR L'ANALYSE STATISTIQUE D'UTILISATION DES METHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE PAR LES FEMMES EN AGE DE PROCREER**

Icyiciro 1. IBIBAZO BY'IBANZE		
	IBIBAZO	IBISUBIZO
1.	ITALIKI	...../...../...../
2.	IGIHE	...../...../...../
3.	NUMERO Y'IKAYI	...../...../...../
4.	AKARERE	RUBAVU
5.	UMURENGE	GISENYI
6.	AKAGARI	Kivumu
7.	UMUDUGUDU	.....

Icyiciro 2. IRANGA MIMERERE		
8.	Amazina	.....
9.	Iranga mimerere?	.....
10.	Imyaka ufite?	/...../
11.	Amashuri wize?	1. Ntayo /.../                      2. Abanza /.../ 3. Imyuga /.../                      4. Ayisumbuye /.../ 5. Kaminuza /.../
12.	Idini?	1. Gaturika /.../                      2. Islam /.../ 3. Abahamya ba Jéovah /.../      4. Protestant /.../ 5. Ahandi /.../
13.	Ni uwuhe murimo ukora?	1. Ubucuruzi /.../                      2. Ubukorikori /.../ 3. Umukozi wa leta /.../              4. Umunyeshuri /.../
14.	Uwo mwashakanye akora iki?	1. Ubucuruzi /.../                      2. Ubukori kori /.../ 3. Umukozi wa leta /.../              4. Umunyeshuri /.../

Icyiciro 3. URUBYARO		
15.	Waba warigeze kubyara?	2. Yego /.../                      2. Oya /.../
16.	Ubyara bwa mbere wari ufite imyaka imaze?	/...../
17.	Ufite abana bangahe	/...../
18.	Barutana bate	2 Umwaka 1 /.../                      2. Imyaka 2 /.../ 3. Imyaka 3 /.../                      4. Hejuru y'imyaka 3 /.../

19.	Hari Inda wasamye ikavamo?	2. Yego /... / (niba ari oyo jya kukibazo cya 21)	2. Oya /... /
20.	Inda zingaha?	3. Inda 1 /... / 4. Inda 3 /... /	2. Inda 2 /... / 4. Hejuru u'inda 3 /... /
21.	Waba warabyaye umwana agapfa?	2. Yego /... / (niba ari oya jya kukibazo cya 23)	2. Goya /... /
22.	Hapfuye banghe?	1. Umwana umwe /... / 3. Abana batatu /... /	2. Abana babiri /... / 4. Hejuru ya batatu /... /

Icyiciro 4. KUBONEZA URUBYARO			
23.	Waba warigeze kumva gahunda yo kuboneza urubyaro?	2. Yego /... /	2. Oya /... /
24.	Ni ubuhe buryo waba uzi bukoreshwa mukuboneza urubyaro	1. Ibinini /... / 2. Inshinge /... / 3. Agapira /... / 4. Uburyo bwa kamere /... / 5. Agakingirizo /... / 6. Ibindi .....	
25.	Waba warabwimvise he?	1. Radio /... / 3. Inshuti /... / 5. Murusengero /... /	2. Ikigo ndera buzima /... / 4. Kwishuri /... /
26.	Waba ukoresha uburyo bwo kuboneza urubyaro	9. Yego /... / (niba ari oya jya kukibazo cya 28)	2. Oya /... /
27.	Waba ukoresha ubuhe?	1. Ibinini /... / 2. Inshinge /... / 3. Agapira /... / 5. Agakingirizo /... / 6. Ubundi buvuge .....	
28.	Ni iyihe mpamvu udakoresha bumwe mu burry bwo kuboneza urubyaro?	1. Ntabyo numvise /... / 2. Idini /... / 3. Inga ruka zabyo: a. Kubyibuha cyane b. Umutwe ukabije c. Umugongo d. Ubugumba 4. Ibindi bivuge.....	
29.	Nihehe ufatira uburyo bwokuboneza urubyaro ukoresha?	1. Ku kigo ndera buzima /... / 2. Ku bitaro /... / 3. Kuri Farumasi /... /	
30.	Kuboneza urubyaro bifite akamaro?	1. Yego /... /	2. Oya /... /
31.	Akahe kamaro	1. Kuboneza ibyaro /... / 2. Bifasha umwana na nyina /... / 3. Kutabyara indahekana /... /	

		4. Ibindi bivuge	/.../
32.	Uburyo ukoresha bwo kuboneza urubyaro bukumerera?	1. Neza cyane	/.../
		2. Neza	/.../
		3. Nabi	/.../