

Grossesse non désirée et avortement provoqué au Rwanda

CAUSES ET CONSEQUENCES



Grossesse non désirée et avortement provoqué au Rwanda: causes et conséquences

Paulin Basinga
Ann M. Moore
Susheela Singh
Lisa Remez
Francine Birungi
Laetitia Nyirazinyoye



National
University of
Rwanda

nur

School of Public Health

Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par Paulin Basinga, qui était à temps plein à l'Université Nationale du Rwanda/ Ecole de Santé Publique (UNR/ESP) au moment de la recherche; Ann M. Moore et Susheela Singh du Guttmacher Institute; Lisa Remez, consultante indépendante; et Francine Birungi et Laetitia Nyirazinyoye, les deux de l'UNR/ESP. La version française du rapport a été traduite par Gédéon Bahemuka Jino. Le rapport a été révisé par Jared Rosenberg du Guttmacher Institute.

Les auteurs tiennent à remercier les membres actuels et récents du personnel du Guttmacher Institute ci-dessous pour leur soutien aux diverses étapes de la préparation du présent rapport: Suzette Audam, Akinrinola Bankole, Carolyn Cox, Patricia Donovan, Jessica Malter, Jesse Philbin, Sandhya Ramashwar, Gustavo Suárez et Jonathan Wittenberg. Nathalie Murindahabi de l'UNR/ESP a supervisé la saisie des données, et Joshua Kiregu de la même université a apporté un soutien administratif. Les auteurs demeurent très reconnaissants au soutien généreux et inestimable de Calandra Park de Venture Strategies Innovations; Chantal Umuhiza de l'Association Rwandaise pour le Bien-être Familial; et Suzanne Mukakabanda de l'IntraHealth. Ils reconnaissent également la contribution précieuse des évaluateurs externes ci-après: Arthur Asimwe du Ministère de la Santé (MINISANTE) du Rwanda; Ernestina Coast de London School of Economics; Anastasia Gage de Tulane University; André Gitembagara de We-Actx/Rwanda; Laura Hurley de l'IntraHealth; Jean-Baptiste Kakoma, Sabine Musange Furere et Ina Kalisa de l'UNR/ESP; Jean Marie Mboniyintwali du Réseau des Parlementaires Rwandais pour la Population et le Développement; Friday Nwaigwe de l'UNICEF/Rwanda; Stephen Rulisa du Centre Hospitalier Universitaire de Kigali; Joseph Vyankandondera de la Coopération Belge au Développement; et Jérémie Zoungana de Jhpiego.

En plus, le projet a bénéficié des conseils et directives inestimables d'un Comité Consultatif basé au Rwanda. Ledit comité était constitué des membres suivants nommés par le MINISANTE: Solange Hakiba, Fidèle Ngabo et Anicet Nzabonimpa, tous du MINISANTE; Marie Kabanyana et Soukeynatou Traoré de l'Agence Américaine pour le Développement International; Jean-Baptiste Kakoma de l'UNR/ESP; Marie Mugabo de l'Organisation Mondiale de la Santé; Suzanne Mukakabanda et Emile Sempabwa, les deux de l'IntraHealth; Daphrose Nyirasafali de Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP);

et Joseph Vyankandondera de la Coopération Belge au Développement. Les membres du Groupe Technique de Travail en Santé Maternelle et Infantile au MINISANTE ont prodigué des conseils et fourni des commentaires appréciables concernant le protocole et les outils de l'étude, et les ont ensuite approuvés. En plus, le Comité National d'Éthique du Rwanda ainsi que l'Institut National de la Statistique du Rwanda ont revu et approuvé le protocole final de l'étude.

Le rapport s'appuie sur deux enquêtes originales menées en 2010. Paulin Basinga, Ann M. Moore et Susheela Singh ont été des co-investigateurs responsables de la conception générale de l'étude et de la mise en œuvre des enquêtes, ainsi que de l'analyse de données avec un soutien inestimable de la part de Suzette Audam, Elizabeth E. Carlin et Jesse Philbin. Francine Birungi et Laetitia Nyirazinyoye ont apporté un soutien de recherche dans les domaines de la formation des enquêteurs, supervision des travaux sur le terrain et contrôle de la qualité. Cyprien Munyanshongore a fourni des commentaires lors de la conception de l'étude et a participé à la collecte des données. Jean d'Amour Habagusenga a contribué significativement à la réussite du déroulement du recrutement et de la formation des enquêteurs et a aidé à la planification et le suivi des travaux de terrain. Marguerite Mutumwinka, Djenny Maruhe Tegejo, Patient Ngamije Katera et Jérôme Nsanzimana se sont chargés de la supervision des travaux sur le terrain et ont organisé des interviews avec les experts professionnels. Janvier Dukuzumuremyi, Antoine Majyambere, Léoncie Muhimakazi, Venantie Mukamana, Marthe Mukeshimana, Eric Nyandwi, Agnes Nyirabizimana, Leonie Nyiramahoro, Jeannette Kayitesi et Jeanne Claudine Uwera ont servi d'enquêteurs pour l'Enquête des Etablissements de Santé. Enfin, nous tenons à remercier les 56 professionnels médicaux et non médicaux qui ont participé à l'enquête des professionnels pour avoir partagé avec nous leurs connaissances et compréhensions inestimables sur l'avortement provoqué dans le pays.

Ce rapport a été financé par des dons octroyés par la William and Flora Hewlett Foundation, la David and Lucile Packard Foundation et le Ministère Néerlandais des Affaires Etrangères. Le Guttmacher Institute reconnaît également le soutien général qu'il a reçu de la part des particuliers et des fondations—entre-autres les dons accordés par les deux fondations ci-haut mentionnées et la Ford Foundation—qui en ont soutenu l'ensemble de travail de l'institut.

Table des matières

Résumé exécutif	4
Chapitre 1: La réalité troublante de l'avortement provoqué à risque	6
Chapitre 2: L'incidence actuelle et la pratique d'avortement provoqué	10
Chapitre 3: Les conséquences de l'avortement à risque sur la santé	19
Chapitre 4: La cause profonde de l'avortement provoqué: la grossesse non planifiée	23
Chapitre 5: Conclusions et implications	28
Annexe de tableaux	32
Références	36

Résumé exécutif

Au Rwanda, l'avortement à risque représente un sérieux danger pour la santé des femmes et, par conséquent, pour le bien-être de leurs familles et de la société en général. Bien que l'avortement provoqué soit légal dans des circonstances très limitées, il n'y a pratiquement pas d'avortement légal sans risque qui se réalise dans le pays. Le présent rapport constitue la première tentative de quantifier l'incidence de l'avortement provoqué au Rwanda. Le rapport examine également les progrès accomplis par le pays et les contraintes qui pèsent encore sur la capacité des femmes rwandaises à planifier leurs grossesses, ce qui est essentiel pour leur permettre d'éviter les grossesses non planifiées qui peuvent conduire à des avortements provoqués.

Des progrès ont été faits sur plusieurs fronts

- L'accès accru aux services de santé reproductive a contribué à accélérer l'utilisation des contraceptifs parmi les femmes pour prévenir les grossesses non désirées: en 2010, 44% des femmes rwandaises en union utilisaient une méthode moderne de contraception, comparé à 4% seulement il y a une décennie.
- Les progrès réalisés pour assurer l'accès équitable aux soins de santé—y compris les services de la planification familiale—se font visibles dans le manque des différences de l'utilisation des contraceptifs modernes entre les zones urbaines et rurales.
- La proportion de femmes mariées ayant des besoins non satisfaits de contraception—c'est-à-dire, celles qui n'utilisent aucune méthode malgré qu'elles veulent espacer la prochaine naissance ou ne veulent plus d'enfants—a baissé de 36% en 2000 à 19% en 2010.
- Par conséquent, aujourd'hui les femmes rwandaises ont en moyenne un enfant de moins qu'elles en avaient il y

a 10 ans (4,6 enfants au cours de la vie en 2010 contre 5,8 en 2000).

Mais les grossesses et naissances non planifiées sont encore très répandues

- Malheureusement, les améliorations dans l'utilisation de la contraception ne se réalisent pas assez vite, parce que les femmes au Rwanda continuent d'avoir plus d'enfants qu'elles ne le désirent: la taille de famille réelle est de 4,6 enfants, alors que la taille de famille désirée est de 3,1.
- Un écart entre la fécondité désirée et la fécondité réelle sous-entend des grossesses non planifiées. Chaque année, près de la moitié (47%) de toutes les grossesses dans le pays ne sont pas planifiées, ce qui signifie qu'elles arrivent trop tôt ou ne sont pas désirées du tout.
- Ceci se résume par un taux annuel de 114 grossesses non planifiées pour 1 000 femmes âgées de 15–44 ans.
- Les grossesses non planifiées aboutissent souvent aux naissances non planifiées. Au Rwanda, chaque année quelques 37% des naissances ne sont pas planifiées—une proportion qui ne varie que légèrement selon les provinces: de 34% dans les provinces de l'Ouest et du Nord, à 37–40% dans la Ville de Kigali et les provinces du Sud et de l'Est.

Quelques grossesses non planifiées aboutissent à des avortements

- En dépit des restrictions juridiques et de la forte stigmatisation à l'égard de l'avortement, on estime qu'au Rwanda, 22% des grossesses non planifiées sont interrompues par un avortement provoqué.

- Ceci signifie que chaque année, il y a 25 avortements provoqués pour 1 000 femmes âgées de 15–44 ans (ou un avortement pour chaque 40 femmes de cette tranche d'âge). Ce taux est inférieur au taux de 36 avortements pour 1 000 estimé par l'Organisation Mondiale de la Santé pour toute l'Afrique de l'Est.
- La Ville de Kigali contribue à l'effectif total un nombre disproportionné d'avortements par rapport à sa population: on estime qu'un tiers des avortements provoqués au Rwanda se pratique dans la capitale, malgré qu'elle n'abrite qu'un dixième des femmes du pays en âge de procréer. Ceci peut s'expliquer par le fait que les habitants de la Ville de Kigali présentent une plus forte motivation d'éviter les naissances non planifiées, et que les femmes des provinces environnantes viennent à la capitale à la recherche de services d'avortement pour raison d'anonymat et de services de santé de qualité.

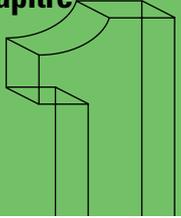
L'avortement à risque met la santé des femmes en danger et pèse sur le système de santé

- Chaque année, environ 26 000 femmes sont traitées à cause des complications liées à l'avortement provoqué et spontané. Environ 9 000 (35%) de ces complications sont probablement dues aux avortements spontanés tardifs (et sont donc éliminées de l'analyse d'incidence de l'avortement) et 17 000 (65%) sont probablement liées aux avortements provoqués.
- Le nombre annuel de complications dérivées de l'avortement provoqué traitées correspond à un taux de sept cas pour 1 000 femmes en âge de procréer. Ce taux est le plus élevé—et représente un lourd fardeau sur les ressources médicales—dans la Ville de Kigali, où 18 cas pour 1 000 femmes sont traités chaque année.
- Un avortement provoqué illégalement est souvent à risque. Au Rwanda, on estime que 40% des avortements clandestins aboutissent aux complications nécessitant un traitement dans un établissement de santé.
- Malheureusement, un tiers des femmes souffrant de ces complications ne reçoivent pas de traitement, et celles-ci sont particulièrement susceptibles de subir des conséquences graves.
- Les avortements provoqués parmi les femmes pauvres—tant en milieu rural qu'en milieu urbain—sont beaucoup plus susceptibles d'entraîner des complications (environ 54–55% présentent des complications) que ceux parmi les femmes non pauvres du milieu rural (38%) ou urbain (20%).
- La probabilité de survenue de complications est directement liée à la personne qui réalise l'avortement. Au Rwanda, la moitié de tous les avortements sont réalisés par des personnes sans formation professionnelle—34% par les tradipraticiens plus 17% provoqués par les femmes elles-mêmes. L'autre moitié est réalisée par les médecins (19%), les infirmiers ou assistants médicaux (16%) et les sages-femmes (14%).

Il faut une action immédiate pour améliorer la santé et la vie des femmes

Nos résultats sur l'incidence des grossesses non planifiées et des avortements provoqués à risque soulignent la nécessité des efforts concertés pour aider les femmes à mieux prévenir les grossesses non planifiées, la cause fondamentale des avortements provoqués. Plusieurs actions pourraient contribuer à réduire l'incidence de la grossesse non planifiée et donc alléger le fardeau de l'avortement à risque sur la vie des femmes rwandaises et sur le système de santé.

- *Renforcer les services de contraception.* Les femmes et les prestataires de services doivent être mieux informés sur l'utilisation correcte et systématique de chaque méthode, de sorte que la pratique contraceptive actuelle soit aussi efficace que possible. Les 8% des couples qui utilisent actuellement une méthode traditionnelle, devraient bénéficier d'un meilleur accès aux services afin qu'ils puissent adopter une méthode moderne. L'utilisation de la contraception d'urgence, qui est encore rare au Rwanda, doit être renforcée afin d'améliorer la capacité des femmes à éviter les grossesses non désirées après un rapport sexuel non protégé. Il faut des interventions ciblées pour atteindre les femmes les plus exposées aux grossesses non désirées, compte tenu de leur niveau très élevé de besoins non satisfaits: les femmes célibataires, sexuellement actives et âgées de 15 à 29 ans (56% desquelles n'utilisent aucune méthode de contraception malgré qu'elles ne veulent pas concevoir). Les autres femmes avec les niveaux de besoins non couverts les plus élevés (au moins le quart) sont les femmes pauvres, les moins instruites et celles vivant dans la province de l'Ouest.
- *Améliorer les services de soins après avortement.* Les services de soins après avortement devront être disponibles dans tout le pays et leur qualité améliorée. Le guide thérapeutique pour les soins après avortement récemment élaboré par le Ministre de la Santé devrait être adopté par tous les établissements de santé offrant les soins après avortement. De cette façon, l'aspiration manuelle, une méthode de traitement relativement sans risque et peu coûteuse, remplacerait assez rapidement les méthodes actuellement répandues de dilatation et curetage dans les hôpitaux et de curetage digital dans les centres de santé.
- *Améliorer la mise en œuvre des dispositions actuelles pour l'avortement légal.* Des campagnes de sensibilisation du public sont nécessaires afin d'informer les femmes, les prestataires des soins, les professionnels juridiques et la police sur les circonstances dans lesquelles l'avortement provoqué est légalement autorisé. Il est également important de continuer à mener des études pour documenter et comprendre les types de barrières à l'avortement légal auxquelles les femmes et les prestataires sont actuellement confrontés.



La réalité troublante de l'avortement provoqué à risque

Au niveau mondial, les femmes font face au lourd fardeau des grossesses non planifiées. Dans chaque pays, le contexte culturel, juridique, économique et des services de santé disponibles influe sur la capacité des femmes à éviter les grossesses non planifiées et sur leurs réactions si elles en ont une. Le Rwanda n'est pas une exception: le code pénal du pays restreint sérieusement les avortements provoqués et punit sévèrement les femmes qui les pratiquent. Pourtant, chaque année, des milliers de femmes rwandaises sont susceptibles d'interrompre les grossesses non désirées en recourant à l'avortement.

Néanmoins, le Rwanda est une exception compte tenu de son histoire récente. Aucune autre nation n'a eu à se reconstruire après un génocide qui a coûté plus d'un million de vies; a détruit une grande partie de son infrastructure; et a tué ou forcé à l'exil une grande partie de ses professionnels de santé.¹ Le résultat est une société quasi transformée dans ce pays d'Afrique de l'Est d'environ 11 millions d'habitants.²

Après le génocide de 1994, le Rwanda a adopté certaines politiques sociales et de santé les plus progressistes du continent. En 2011, le pays avait la représentation des femmes dans le Parlement la plus élevée au monde.³ Le Rwanda a réalisé de grands progrès dans la reconstruction de son secteur santé, spécifiquement en créant un système décentralisé en forme de pyramide, qui vise à offrir les soins de santé universels. A travers l'assurance maladie communautaire, connu sous le nom de Mutuelles de Santé, les subventions du gouvernement permettent aux plus pauvres d'accéder aux soins de santé. En 2010, 91% de la population du Rwanda était couverte par une assurance maladie,⁴ ce qui a augmenté l'accès aux soins de santé et réduit l'écart habituel entre les riches et les pauvres.⁵

Avec l'une des plus fortes densités de population du continent africain,⁶ le Rwanda reconnaît que sortir le pays de la pauvreté ne peut pas se réaliser sans ralentir sa croissance démographique. En établissant le lien entre l'augmentation de la population et la diminution des terres et des ressources disponibles, la vision nationale⁷ et le plan de réduction de la pauvreté⁸ soulignent l'importance de diminuer la fécondité. Au cours de la dernière décennie, le nombre d'enfants désirés par les couples rwandais a progressivement diminué, et le pays a fait des progrès énormes en termes d'investissements dans les services de santé pour satisfaire les besoins croissants en contraception. Par conséquent, le nombre moyen d'enfants par famille a rapidement diminué dans l'espace de cinq ans: les femmes sont passées d'une moyenne de 6,1 enfants en 2005⁹ à 4,6 en 2010.¹⁰

La préférence pour des familles moins nombreuses est plus élevée que l'utilisation de la contraception

Malgré ces progrès importants, la motivation croissante d'avoir des familles moins nombreuses et des naissances mieux espacées semble avoir dépassé l'utilisation constante des méthodes contraceptives efficaces: selon les trois Enquêtes Démographiques et de Santé du Rwanda (EDSR) les plus récentes, au moins un tiers des naissances (34% en 2000,¹¹ 40% en 2008*¹² et 37% en 2010¹³) sont décrites comme non planifiées—c'est à dire, désirées mais ultérieurement ou non désirées du tout. Lorsque les femmes ne se dotent pas de moyens pour prévenir

*Comme la quasi-totalité des données de l'Enquête Intermédiaire sur les Indicateurs Démographiques et de Santé de 2007–2008 a été recueillie en 2008 (à peine deux semaines en 2007), nous référons à l'enquête comme ayant été réalisée en 2008 par souci de concision.

les grossesses non planifiées, elles risquent d'avoir plus d'enfants qu'elles ne désirent ou dont elles peuvent prendre soin. En effet, l'écart entre le nombre d'enfants que les femmes rwandaises mettent au monde et le nombre d'enfants qu'elles désirent, a augmenté de 1,0 enfant en 2000¹⁴ à 1,5 enfants en 2010.¹⁰

Le risque global de grossesses non planifiées augmente avec le désir croissant pour des familles plus petites, et les tendances relatives au nombre d'enfants désirés sont claires. Actuellement, le nombre idéal d'enfants parmi les femmes rwandaises est de trois seulement, contre cinq il y a une décennie.¹⁴ Et plus la femme est jeune, plus bas est son nombre idéal d'enfants. De plus, bien qu'encore faible en chiffres absolus, la proportion de femmes célibataires de 15–29 ans qui sont sexuellement actives a augmenté de plus de 50% entre 2000 et 2010.^{11,13} En 2010, deux tiers de ces femmes n'utilisaient pas une méthode de contraception, ce qui les rend particulièrement vulnérables à l'avortement clandestin, compte tenu de la forte stigmatisation vis-à-vis des naissances en dehors du mariage. Si la proportion des jeunes femmes célibataires sexuellement actives continue d'augmenter, le risque d'avoir une grossesse non planifiée augmenterait également. Par ailleurs, les aspirations croissantes selon lesquelles les jeunes femmes doivent être mieux éduquées et contribuer plus au développement économique du pays peuvent conduire à une plus forte motivation pour planifier avec précision le moment d'avoir des enfants.

Aucune femme ne souhaite un jour avoir un avortement. Pourtant, face à une grossesse non planifiée,

certaines femmes, les célibataires en particulier, ne voient pas d'autre issue que l'avortement. Au moment de notre étude, le code pénal rwandais en vigueur n'autorisait l'interruption volontaire d'une grossesse que quand deux médecins attestaient que cela était nécessaire pour protéger la santé physique de la femme enceinte ou sauver sa vie.¹⁵ En mai 2012, une loi organique portant l'organisation du nouveau code pénal a été signée.¹⁶ Ce code prévoit des conditions supplémentaires d'un avortement légal—dans les cas de malformations fœtales incompatibles avec la vie, et dans certains cas de grossesses résultant d'un viol, de l'inceste et du mariage forcé attestés par un tribunal (voir encadré page 9, et chapitre 5).

On peut sans crainte affirmer que la grande majorité des avortements effectués ne remplissent pas les conditions prévues par la loi. Eu égard à ce qui précède, et parce qu'il est très difficile d'obtenir un avortement légal au Rwanda, même quand une femme remplit les critères, ces avortements sont presque toujours illégaux et sont souvent pratiqués dans des conditions dangereuses qui peuvent nuire à la santé des femmes. Ainsi, la pratique de l'avortement clandestin peut menacer directement le bien-être des femmes et de leurs familles.

Le manque d'information sur l'ampleur de l'avortement provoqué au Rwanda entrave la formulation de politiques appropriées pour résoudre ce problème et s'attaquer aux causes. Pour combler cette lacune importante, l'Ecole de Santé Publique de l'Université Nationale du Rwanda et le Guttmacher Institute, en collaboration avec le Ministère de la Santé, ont mené une étude en 2010 pour estimer

FIGURE 1.1

Rwanda et ses provinces



Aucune femme ne souhaite un jour avoir un avortement. Pourtant, face à une grossesse non planifiée, certaines femmes, les célibataires en particulier, ne voient pas d'autre issue que l'avortement.

l'incidence de l'avortement provoqué dans le pays.¹⁷ Ce rapport met en évidence la situation de l'avortement au Rwanda et ses conséquences, et examine la cause directe de la plupart des avortements—une grossesse non planifiée.

Dans ce rapport, nous présentons des estimations de l'avortement à risque et son impact sur les femmes et sur le système de santé au Rwanda. Etant donné qu'il est difficile d'obtenir des informations précises sur une activité délibérément cachée comme l'avortement provoqué, il s'est avéré nécessaire d'évaluer indirectement le nombre de cas d'avortements qui se produisent chaque année. Cette méthodologie présente un atout supplémentaire car elle permet d'estimer l'incidence des grossesses non planifiées et des avortements spontanés. Nous nous sommes basés en premier sur les seules données disponibles et quantifiables: le nombre de femmes ayant été traitées dans des établissements de santé pour des complications liées à l'avortement (spontané ou provoqué). De ce total, nous avons soustrait les cas d'avortements spontanés pour aboutir au nombre d'avortements provoqués (décrits en plus détail dans l'encadré méthodologique, page 16).

Avoir ces évidences sur l'incidence de l'avortement provoqué est essentiel pour déterminer si les femmes ont des difficultés pour éviter les grossesses non planifiées. Savoir le nombre de femmes traitées pour complications d'un avortement provoqué est un bon moyen pour estimer l'impact de l'avortement à risque sur la santé des femmes et sur le système de soins de santé. Telles évidences sont nécessaires pour éclairer les politiques et programmes de santé publique afin de limiter les dommages de l'avortement à risque. En mettant en exergue l'incidence et les causes des grossesses non planifiées, ce rapport vise également à informer les politiques sur l'offre des services de contraception.

Guide du rapport

Le chapitre suivant, chapitre 2, donne des estimations sur l'incidence de l'avortement provoqué au Rwanda au courant de l'année 2009, dans l'ensemble du pays ainsi que dans chacune des cinq provinces—la Ville de Kigali et les provinces du Sud, de l'Ouest, du Nord et de l'Est (voir la Figure 1.1, page 7). Le chapitre 3 fournit les détails concernant les conséquences de l'avortement à risque sur la santé et présente des informations sur l'incidence des complications liées à l'avortement qui sont traitées chaque année dans des établissements de santé. Le chapitre 4 traite des facteurs sociaux, économiques, relatifs aux comportements et aux services qui peuvent mener à la grossesse non planifiée—la cause la plus importante d'avortement provoqué. Enfin, le chapitre 5 présente des recommandations pour une voie de sortie. Nous croyons que le fait d'avoir les résultats d'une science sociale rigoureuse comme fondement de la politique publique sert mieux les besoins des Rwandais. Dans cet ordre d'idée, nous espérons que le présent rapport ajoutera de la force et de la précision au discours public sur le sujet.

Loi Organique instituant le Code Pénal (No 01/2012/OL)

SECTION 5 : INFRACTION D'AVORTEMENT

ARTICLE 162: AUTO-AVORTEMENT

Toute personne qui s'auto-avorte est passible d'un emprisonnement d'un (1) an à trois (3) ans et d'une amende de cinquante mille (50.000) à deux cent mille (200.000) francs rwandais.

ARTICLE 163: FAIRE AVORTER UNE FEMME CONSENTANTE OU NON CONSENTANTE

Toute personne qui fait avorter une femme sans son consentement est passible d'un emprisonnement de dix (10) ans à quinze (15) ans. En cas de consentement mutuel, celui qui fait avorter une femme est passible d'un emprisonnement de deux (2) ans à cinq (5) ans. Toute personne qui, par imprudence ou négligence, fait avorter une femme, est passible d'un emprisonnement de six (6) mois à un (1) an et d'une amende de deux cent mille (200.000) à cinq cent mille (500.000) francs rwandais ou de l'une de ces peines seulement.

ARTICLE 164: AVORTEMENT ENTRAINANT LA MORT

Lorsque les substances utilisées en vue de faire avorter la femme causent sa mort, celui qui les a administrées, les a fait administrer ou les a procurées sachant ce à quoi elles étaient destinées est passible d'un emprisonnement de quinze (15) ans à vingt (20) ans si la femme avait consenti à l'avortement ou d'un emprisonnement à perpétuité et d'une amende de deux cent mille (200.000) à deux millions (2.000.000) de francs rwandais, si la femme n' avait pas consenti à l'avortement.

ARTICLE 165: EXONERATION DE LA RESPONSABILITE PENALE POUR L'AVORTEMENT

Il n'y a pas de responsabilité pénale pour une femme qui avorte et un médecin qui aide une femme à avorter si l'une des conditions suivantes est remplie:

- 1° la femme est tombée enceinte à la suite d'un viol;
- 2° la femme a fait l'objet d'un mariage forcé;
- 3° la femme est tombée enceinte à la suite d'un inceste jusqu'au second degré;

4° la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de l'enfant à naître ou de la femme.

L'exonération de la responsabilité pénale visée aux points 1°, 2° et 3° de l'alinéa premier du présent article n'est admise que lorsque la femme qui veut se faire avorter a présenté au médecin une ordonnance de la juridiction compétente attestant l'existence de l'un des cas mentionnés dans ces points, ou lorsque cela est prouvé à la juridiction par la personne poursuivie d'infraction d'avortement. La juridiction saisie statue toute affaire cessante sur la demande.

ARTICLE 166: CONDITIONS D'EXONERATION DE LA RESPONSABILITE PENALE POUR UN MEDECIN QUI FAIT AVORTER UNE FEMME OU PAR UNE FEMME QUI Y CONSENT

Il n'y a pas de responsabilité pénale pour un médecin qui a pratiqué l'avortement, ni pour la femme qui y a consenti ou son représentant légalement reconnu si elle ne peut décider pour elle-même d'avorter conformément au point 4° de l'alinéa premier de l'article 165 de la présente loi organique, si les conditions suivantes sont réunies:

- 1° le médecin a, après avoir fait la consultation, constaté que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou que l'enfant à naître ne peut pas survivre;
- 2° le médecin consultant a demandé l'avis d'un autre médecin, lorsque cela est possible, et:
 - a. il fait un rapport écrit, en trois (3) copies signées par lui-même et par le médecin qu'il a consulté;
 - b. une copie est remise à l'intéressée ou à son représentant légalement reconnu si elle ne peut pas décider pour elle-même;
 - c. l'autre copie est conservée par le médecin consultant;
 - d. la troisième copie est remise au médecin directeur de l'hôpital.

Source Référence 16.



L'incidence actuelle et la pratique d'avortement provoqué

Le nombre de femmes qui ont subi un avortement légal au Rwanda en 2009 demeure inconnu, car le système d'information sanitaire du pays n'enregistre pas ces informations. Néanmoins, ce nombre est sans doute infime, compte tenu des critères juridiques restreints et des exigences d'attestation par deux médecins en vigueur à l'époque. (Le Rwanda ne dispose que 660 médecins dans tout le pays, ce qui équivaut à un médecin pour 15 750 habitants.¹⁸) D'autant plus, la plupart des femmes n'étaient probablement pas informées quand elles seraient médicalement éligibles pour un avortement légal, et même si elles en étaient informées et remplissaient les critères, la stigmatisation empêcherait grand nombre d'entre elles de solliciter un avortement conforme aux indications légales en vigueur. Les quelques femmes éligibles qui répondent aux critères auraient probablement eu du mal à trouver un établissement de santé équipé et même un seul médecin pour attester un avortement légal. Un accès ainsi réduit aux démarches légales peut motiver même les femmes qui répondent aux critères à porter une grossesse dangereuse jusqu'à son terme ou à recourir à un avortement clandestin.

Comme il n'existe pas de données sur la prestation des services d'avortement au Rwanda, une méthodologie d'estimation indirecte solide a été utilisée pour produire les premières estimations au niveau national de tous les avortements provoqués—légaux et clandestins (voir encadré méthodologique, page 16). La Méthodologie de l'Estimation de l'Avortement par Complications (AICM par ses sigles en anglais) combine les données provenant de deux sources principales: une enquête nationale représentative des établissements de santé qui offrent les soins après avortement (Enquête des Etablissements de Santé ou EES) et une enquête menée auprès des informateurs clés ayant de bonnes connaissances sur les

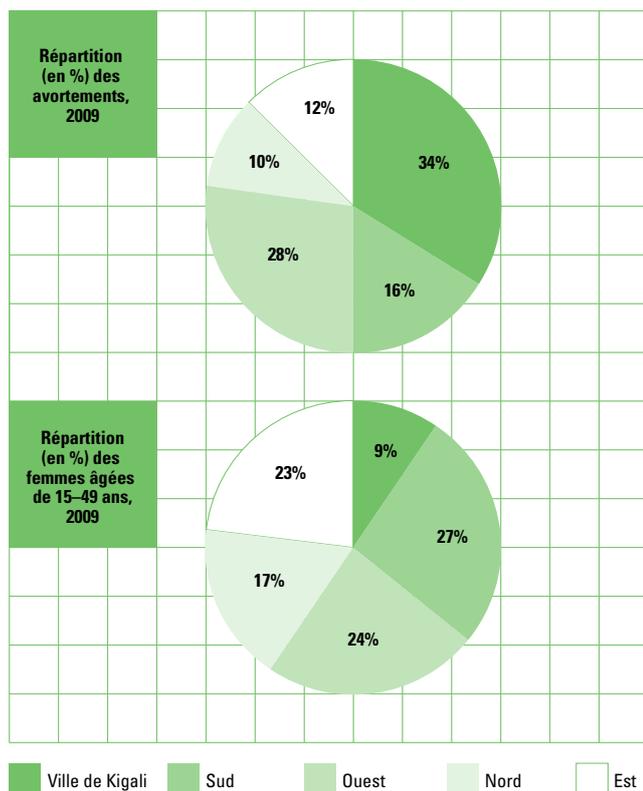
conditions actuelles d'avortements provoqués (Enquête des Professionnels de Santé, ou EPS; voir encadré sur les données, page 12). En mesurant directement le nombre de cas de complications liées aux avortements à risque traités (à partir de l'EES), puis en appliquant un multiplicateur calculé à base de la proportion d'avortements provoqués qui ne sont pas reflétés dans les cas traités (à partir de l'EPS), la méthodologie donne des estimations du nombre total d'avortements provoqués au Rwanda en 2009. L'estimation du nombre total d'avortements est combinée avec les données disponibles sur les naissances et les estimations des fausses couches afin de créer des nouvelles estimations de grossesses et leurs résultats (i.e., naissances vivantes et avortements provoqués et spontanés).

Quelle est l'incidence d'avortement au Rwanda?

Afin d'estimer le nombre de femmes traitées pour complications liées aux avortements provoqués, nous avons dû d'abord estimer le nombre de femmes traitées pour complications liées aux avortements spontanés. Nous avons supposé que seules les complications des fausses couches tardives (par opposition à toutes les fausses couches) seraient suffisamment graves pour nécessiter un traitement. Etant donné que les complications dues aux avortements à risque et aux fausses couches tardives sont souvent similaires, les femmes—ainsi que le personnel offrant les soins après avortement—préfèrent généralement attribuer toutes les complications aux fausses couches qui, du moins, ne souffrent pas de la stigmatisation attachée à l'avortement provoqué. Nos estimations du taux de fausses couches tardives ont été basées sur la revue de la littérature médicale et les estimations de la probabilité d'utilisation des services dans un établissement de santé au Rwanda. Ensuite, nous avons soustrait

FIGURE 2.1

Un nombre disproportionné d'avortements provoqués au pays survient dans la Ville de Kigali.



Sources Références 2 et 17.

les cas d'avortements spontanés traités de tous les cas de complications après avortement traités (voir l'encadré méthodologique, page 16).

En suivant les étapes décrites ci-dessus, nous estimons qu'en 2009, environ 9 000 cas traités—ou 35% de tous les cas de soins après avortement—correspondaient aux fausses couches tardives.¹⁷ Cette estimation est presque la même que celle observée dans deux pays d'Afrique subsaharienne, le Malawi¹⁹ et le Burkina Faso²⁰ (37% et 40%, respectivement); elle est légèrement plus élevée que la proportion en Ouganda (23%)²¹ et beaucoup plus élevée que celle en Ethiopie (9%).²²

Soustraire les cas de fausses couches tardives du total de 26 000 cas de soins après avortement laisse une estimation de 17 000 femmes traitées pour cause de complications liées à l'avortement provoqué¹⁷ (voir Annexe tableau 1). Selon les résultats de l'EPS, pour chaque femme traitée à cause de telles complications, environ 2,6 de plus ont subi un avortement provoqué mais n'ont pas reçu un traitement ou développé des complications (un multiplicateur de 3,6; voir encadré sur la méthodologie, page 16). Ainsi, en appliquant le multiplicateur, nous estimons qu'il y a

eu quelques 60 000 avortements provoqués au Rwanda en 2009.

Avec une estimation approximative du nombre d'avortements provoqués, nous étions en mesure de les ajouter aux données relatives aux naissances et les fréquences de fausses couches attendues à partir de la documentation médicale^{23,24} pour calculer le nombre de grossesses. Parmi les 587 000 grossesses estimées en 2009 (Annexe tableau 1), quelques 94 000 se seraient terminées en fausses couches (y compris les mort-nés), 433 000 en naissances vivantes et 60 000 en avortements provoqués.*

Ce nombre d'avortements provoqués se traduit à un taux annuel de 25 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15-44 ans, ou un pour chaque 40 femmes dans ce groupe d'âge. En d'autres termes, pour chaque 100 naissances par an, il y a 14 avortements provoqués. Le taux d'avortement parmi les femmes rwandaises est bien en dessous de la moyenne estimée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour toute l'Afrique de l'Est—36 pour 1 000 femmes de 15-44 ans en 2008.²⁵ Selon les données nationales récentes d'autres pays d'Afrique subsaharienne ayant une législation sur l'avortement aussi restrictive, le taux d'avortement du Rwanda est à peu près le même que celui du Burkina Faso (25 pour 1 000 femmes de 15-49 ans en 2008),²⁰ de l'Ethiopie (23 pour 1 000 femmes de 15-44 ans en 2008)²² et du Malawi (23 pour 1 000 femmes de 15-44 ans en 2009).¹⁹ Néanmoins, le taux du Rwanda est beaucoup plus faible que celui de l'Ouganda (54 pour 1 000 femmes de 15-49 ans en 2003),²¹ pays qui partage la frontière avec les provinces du Nord et de l'Est du Rwanda. (Ces taux se traduisent par des chiffres annuels d'avortements suivants—87 000 au Burkina Faso,²⁰ 382 000 en Ethiopie,²² 67 000 au Malawi¹⁹ et 297 000 en Ouganda.²¹)

On sait très peu sur les caractéristiques des femmes rwandaises qui subissent un avortement provoqué. Une étude prospective menée dans un seul hôpital de Kigali sur les quelques femmes qui ont reconnu avoir eu un «avortement criminel», constate que la plupart de ces femmes étaient célibataires, âgées de moins de 25 ans et enceintes pour la première fois.²⁶ Malheureusement, la seule autre information sur les femmes qui se font avorter au Rwanda provient des témoignages des personnes qui encourent leurs peines de prison pour le crime d'avortement pendant plusieurs années. Ceci est évidemment un échantillon non représentatif, parce que seul un petit nombre de femmes qui pratiquent un avortement sont poursuivies. Néanmoins, il convient de noter que la grande majorité (90%) de celles qui purgent leur peine dans une prison du Sud du pays étaient âgées de moins de 25 ans.²⁷

*Tous les chiffres dans le texte ont été arrondis à 1 000 près. A ce titre, ils ne correspondent pas aux chiffres exacts dans l'Annexe tableau 1.

L'incidence d'avortement varie considérablement selon la province

Au Rwanda, les avortements sont inégalement répartis dans les cinq provinces du pays. On estime qu'un tiers (34%) des avortements se réalisent dans la Ville de Kigali, malgré qu'elle compte uniquement 9% des toutes les femmes en âge de procréer (Figure 2.1, page 11).^{2,17} Les provinces les plus peuplées du Sud (avec 27% des femmes rwandaises), de l'Est (avec 23%) et du Nord (avec 17%) comptent, respectivement, 16%, 12% et 10% de tous les avortements chaque année.

Qu'est-ce qui explique ce nombre disproportionné d'avortements dans la Ville de Kigali par rapport à sa population? En premier lieu, les femmes vivant dans la province capitale, comme toutes les femmes urbaines à travers le monde, ont tendance à être mieux éduquées et préfèrent avoir moins d'enfants que d'autres femmes.²⁸ Ces fortes préférences peuvent conduire à une probabilité

plus élevée de recourir à un avortement provoqué en cas de grossesse non planifiée. Sur base de leurs niveaux réels de procréation, les femmes vivant dans la Ville de Kigali semblent être les plus motivées à avoir des familles à petite taille: elles ont moins de quatre enfants au cours de leur durée de vie (3,5), comparé à au moins quatre ou cinq enfants pour les femmes vivant dans d'autres provinces.¹⁰

Un autre indicateur de l'exposition à une grossesse non planifiée est l'écart entre l'âge auquel une femme devient sexuellement active pour la première fois et l'âge auquel elle se marie. En moyenne, les femmes de la Ville de Kigali commencent l'activité sexuelle à l'âge de 21,7 ans, presque trois ans avant de se marier (24,5).¹³ Par comparaison, au niveau national, il y a seulement un an de différence entre ces deux événements importants. Par conséquent, les femmes de la Ville de Kigali ont une plus longue période d'exposition au risque de grossesse non planifiée, et donc à la possibilité d'un avortement. En plus, un

continue à la page 14

Sources de données

Afin d'estimer le nombre d'avortements provoqués qui s'effectuent au Rwanda, les conditions de leur pratique ainsi que leurs conséquences sur la santé, le présent rapport se base principalement sur les données provenant de deux enquêtes menées en 2010: une au niveau des établissements de santé et l'autre auprès des professionnels de santé. Comme les femmes rwandaises sont naturellement réticentes à affirmer ouvertement un comportement très stigmatisant et illégal, il s'est avéré nécessaire d'utiliser une technique d'estimation indirecte, la Méthodologie de l'Estimation de l'Avortement par Complications (AICM par ses sigles en anglais).¹ Les Enquêtes Démographiques et de Santé du Rwanda (EDSR) de 2000 à 2010, ainsi que les projections démographiques de l'Institut National de la Statistique du Rwanda, ont été aussi des sources importantes de données pour cette étude.

ENQUETE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Entre mai et août 2010, les chercheurs ont mené une enquête auprès d'un échantillon représentatif au niveau national des établissements de santé publics, privés et Agréés,* qui sont susceptibles d'offrir des soins après avortement. Les prestataires potentiels de ces soins ont été identifiés sur base de directives du Ministère de la Santé concernant les paquets de services que chaque type d'établissements de santé est autorisé à fournir, ainsi que les opinions d'experts sur les services fournis par différents types d'établissements de santé. Les établissements de santé comprennent les hôpitaux de référence, les hôpitaux de district, les polycliniques privées, les cliniques privées et les centres de santé.

Dans chaque établissement de santé inclus dans l'étude, un représentant, généralement le chef du département de gynéco-obstétrique ou

un autre professionnel de santé ayant une bonne connaissance des services fournis, a été interviewé à l'aide d'un questionnaire structuré. Sur les 167 établissements de santé échantillonnés, 165 représentants des établissements ont été interviewés; ce qui correspond à un taux de participation de 98%. Les participants ont été interviewés à propos des services offerts dans leurs établissements au cours de l'année précédente; par conséquent, les données recueillies concernent l'année 2009. Les données ont été pondérées pour ajuster les estimations en fonction de l'échantillonnage et les non-répondants.

ENQUETE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Au cours de la même période que celle de l'enquête des établissements de santé, les chercheurs ont effectué une enquête auprès de 56 professionnels de santé rwandais. Les répondants ont été sélectionnés délibérément en fonction de leur affiliation professionnelle, leur vaste connaissance des conditions des services d'avortement, ainsi que leur expérience avec les soins après avortement. Un effort particulier a été fourni pour assurer l'inclusion de professionnels familiers avec le contexte d'avortement dans les milieux ruraux. Environ les trois quarts des informateurs clés étaient des professionnels de santé, et un quart étaient des professionnels d'autres domaines (c'est-à-dire, le gouvernement, le service social, la planification des programmes, l'administration hospitalière et l'activisme communautaire).

Les professionnels provenaient de toutes les cinq provinces du Rwanda. Les informateurs ont été interviewés sur les types de prestataires des services d'avortement, la probabilité qu'ont les femmes de souffrir de

Comme il n'existe pas de données sur la prestation des services d'avortement au Rwanda, une méthodologie d'estimation indirecte solide a été utilisée pour produire les premières estimations. . .					

complications liées à l'avortement selon le type de prestataire, et la probabilité qu'elles ont d'être traitées dans un établissement de santé en cas de complications. Nous avons supposé que les réponses aux questions sur les conditions de services d'avortement et les soins après avortement seraient basées sur l'expérience locale actuelle des informateurs. Pour cette raison, les 23 professionnels vivant dans la Ville de Kigali devraient décrire les conditions dans la province capitale pour l'année 2009, et les 33 répondants restants (14 du Sud, huit de l'Ouest, sept de l'Est et quatre du Nord) devraient décrire les conditions dans le reste du pays.

ENQUÊTES DEMOGRAPHIQUES ET DE SANTÉ AU RWANDA

Des données représentatives au niveau national sur l'utilisation des contraceptifs, les besoins non satisfaits de contraception et la situation de la planification des naissances ont été obtenus des EDSR de 2000, 2005, 2007–2008 et 2010.²⁻⁵ Les effectifs des échantillons de femmes âgées de 15 à 49 ans étaient de 10 421 femmes, 11 321, 7 313 et 13 671, respectivement. La définition des entités administratives utilisées dans les enquêtes de 2000 et 2005 (12 provinces et 106 districts) était différente de celle utilisée dans les cycles suivants (cinq provinces et 30 districts). Afin de rendre les données de 2000 comparables pour l'analyse des tendances temporelles, les limites des 12 anciennes provinces ont été incorporées aux cinq nouvelles, ce qui a réussi pour les neuf anciennes provinces dont les frontières se sont complètement retrouvées dans les nouvelles provinces (c'est à dire, pour la Ville de Kigali dans les cas des anciennes provinces de Ville de Kigali; Butare, Gikongoro et Gitarama dans le Sud; Kibuye, Gisenyi et Cyangugu dans l'Ouest, et Kibungo et Umutara dans l'Est). Pour les trois cas où il n'a pas été possible de faire correspondre les anciennes frontières avec les nouvelles, nous avons attribué à la nouvelle province l'ancienne province dont la majeure partie de son territoire s'est retrouvé (c'est à dire, Byumba et Ruhengeri au Nord, et Kigali rural à l'Est). La perte de précision dans la comparabilité

des données de l'année 2000 avec celles des années ultérieures due à cet ajustement imparfait doit être prise en compte lors de l'interprétation des tendances temporelles par province.

Les définitions de trois mesures principales utilisées dans le présent rapport sont légèrement différentes de celles utilisées dans les rapports publiés des EDSR. Tout d'abord, pour la prévalence de l'utilisation contraceptive par type de méthode, nous considérons les méthodes de Jours Fixes et de l'allaitement maternel comme des méthodes traditionnelles, au lieu de les classer comme méthodes modernes, à cause de leurs taux d'échec élevés.⁶ Ensuite, pour appréhender la nature sporadique des relations et activités sexuelles chez les femmes célibataires, une femme est considérée comme ayant une vie sexuellement active si elle a eu des rapports sexuels au cours des trois derniers mois, au lieu du mois passé. Et en fin, bien que l'EDSR inclut les grossesses en cours dans sa mesure de la «situation de planification des naissances récentes dans les cinq dernières années», nous excluons les grossesses actuelles car certaines de ces grossesses se termineront par un avortement, et car la planification des naissances et les grossesses en cours sont différemment affectés par la période de temps auquel fait référence la question de recherche.

AUTRES SOURCES DE DONNÉES PRIMAIRES

Le nombre de femmes par tranche d'âge dans l'année 2009 provient de la projection démographique de l'Institut National de la Statistique du Rwanda.⁷ Et le nombre de naissances vivantes en 2009 a été estimé en appliquant les taux de fécondité par âge de l'EDSR de 2008 au nombre de femmes âgées de 15 à 49.³

*La catégorie Agréé s'applique aux établissements de santé qui sont gérés par les confessions religieuses ou les organisations non gouvernementales suite à un accord avec le gouvernement. Ces établissements ne sont ni purement publics ni privés mais combinent les attributs des deux.

environnement urbain offre plus d'opportunités d'interaction sociale à la jeunesse et moins de surveillance par les adultes que ce qui est la norme dans le reste de ce pays en prédominance rurale (85% de la population habite dans des zones rurales²⁹). Cette plus grande liberté de mouvement et l'opportunité de rencontrer d'autres jeunes peuvent conduire à des relations sexuelles avant le mariage, dont les grossesses qui peuvent en résulter probablement seraient non désirées.³⁰

Le déplacement des femmes vers la ville pour chercher les services d'avortement peut également avoir contribué au taux d'avortement très élevé dans la Ville de Kigali par rapport à sa population. Compte tenu de la stigmatisation qui entoure l'avortement, les femmes vivant dans des communautés rurales en quête d'anonymat pourraient se déplacer vers la Ville de Kigali pour interrompre une grossesse. Comme le Rwanda est un petit pays densément peuplé, les femmes motivées peuvent facilement atteindre la Ville de Kigali où les médecins du secteur privé qui offrent les services d'avortement au niveau des établissements de santé sont concentrés.¹⁸ En résumé, la contribution démesurée de la Ville de Kigali à l'effectif total d'avortements probablement reflète la concentration des trois groupes suivants—les femmes (résidentes et non-résidentes) sollicitant un avortement, les femmes avec la possibilité de payer les services d'avortement, et le personnel spécialisé le plus susceptible d'offrir les services d'avortements les plus sûrs. (En effet, vers la fin de 2010, les deux tiers du total de 25 obstétriciens-gynécologues du pays étaient basés dans la Ville de Kigali.³¹)

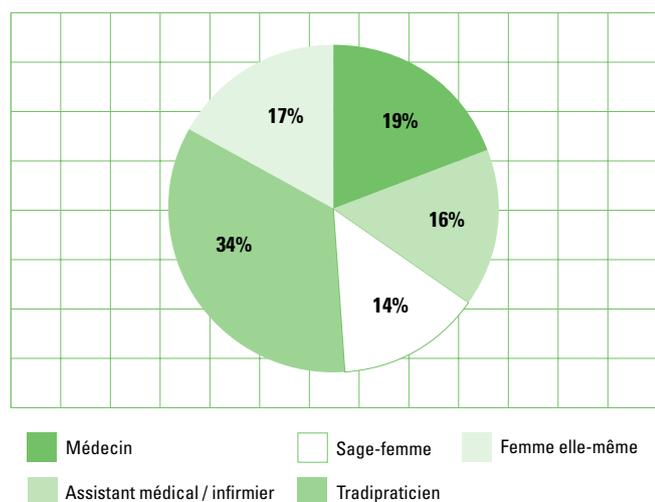
Il est important de noter que notre méthodologie (voir encadré, page 16) produit des estimations des avortements d'une manière indirecte en se référant au traitement de leurs complications dans des établissements de santé, et suppose que la procédure et les soins relatifs se déroulent dans les mêmes endroits. Ainsi, les données peuvent compter les femmes qui, après avoir subi un avortement dans leur province d'origine, se déplacent vers la Ville de Kigali pour le traitement des complications subséquentes. En se basant sur notre méthodologie, ces femmes seraient considérées comme ayant subi l'avortement dans la Ville de Kigali.

Le résultat concordant au plus d'avortements se réalisant dans la Ville de Kigali, est que moins se réalisent dans le Nord, le Sud et l'Est. Le fait que la province de l'Ouest, la seule qui ne partage pas de frontière avec Kigali (voir Figure 1.1, page 7), contribue à l'effectif total des avortements un nombre plus proportionnel à sa population de femmes en âge de procréer, soutient notre hypothèse; mais également suggère une histoire plus compliquée. Par exemple, relativement peu de femmes de cette province, la plus éloignée et nécessitant de traverser soit la province du Nord ou du Sud pour arriver à la capitale, peuvent se déplacer pour solliciter un avortement (ou des soins après avortement). De plus, le niveau d'utilisation des contraceptifs modernes à l'Ouest est le plus faible dans le pays (34% contre 46–52%).¹⁰ Les deux raisons ci-haut citées expliquent probablement la contribution d'avortements de l'Ouest au total du niveau national, mais nous ne pouvons pas préciser dans quelle mesure chacun joue un rôle.

Le nombre total d'avortements au Rwanda pourrait être également affecté dans une certaine mesure par des femmes qui se déplacent à l'extérieur du pays pour chercher un avortement. Certaines femmes qui, pendant les décennies de violence politique, ont grandi en exil dans les pays voisins (voir Figure 1.1, page 7) où elles peuvent encore avoir des membres de famille et des amis, peuvent y solliciter un avortement. D'autres femmes encore, ne voulant pas être identifiées au Rwanda, cherchent un avortement dans des villes situées un peu plus proche de la frontière, comme Goma ou Bukavu en République démocratique du Congo, malgré les coûts supplémentaires qu'un tel déplacement peut engendrer. Cependant, nous n'avons aucun moyen de quantifier un tel déplacement en dehors du pays ou d'en évaluer son effet. (Par exemple, pratiquer un avortement médicalisé en dehors du pays réduirait le nombre total d'avortements estimé au Rwanda. Par contre, subir un avortement à risque à l'extérieur du pays aboutissant à un traitement au Rwanda, ne biaiserait pas les estimations mais reflèteraient d'une manière appropriée le nombre d'avortements parmi les rwandaises.)

FIGURE 2.2

Au Rwanda, les avortements réalisés par les prestataires n'ayant pas les compétences médicales nécessaires et ceux provoqués par les femmes elles-mêmes comptent la moitié du total des avortements.



N.B. La catégorie «femme elle-même» comprend les avortements provoqués par un(e) ami(e), un membre de famille ou un(e) voisin(e). Les pourcentages peuvent ne pas atteindre 100% car les chiffres sont arrondis.

Source Référence 32.



Comment l'avortement se réalise-t-il actuellement au Rwanda?

La garantie d'un avortement à moindre risque est directement liée à la manière dont il est réalisé et la personne qui l'a réalisé.²⁵ Selon les perceptions des experts interrogés dans l'EPS, la moitié des avortements au Rwanda sont effectués par des prestataires non formés (Figure 2.2).³² Ces avortements—qui sont particulièrement susceptibles d'être à risque—comprennent ceux réalisés par les tradipraticiens (34%; l'insertion d'objets pointus et de solutions à base de plantes par administration orale ou vaginale) et ceux provoqués par les femmes elles-mêmes (17%; y compris les avortements provoqués par des ami[e]s, membres de famille ou voisin[e]s). Pour les 49% qui restent, les avortements les plus sûrs sont les procédures chirurgicales par dilatation et curetage effectuées par les médecins (19%), tandis que les avortements relativement moins sûrs sont ceux réalisés par les prestataires de niveau intermédiaire—les infirmiers et les assistants médicaux (16%) et les sages-femmes formées (14%).

Puisque les conditions dans lesquelles les femmes subissent l'acte d'avortement varient considérablement suivant leur statut socio-économique,²⁸ les informateurs

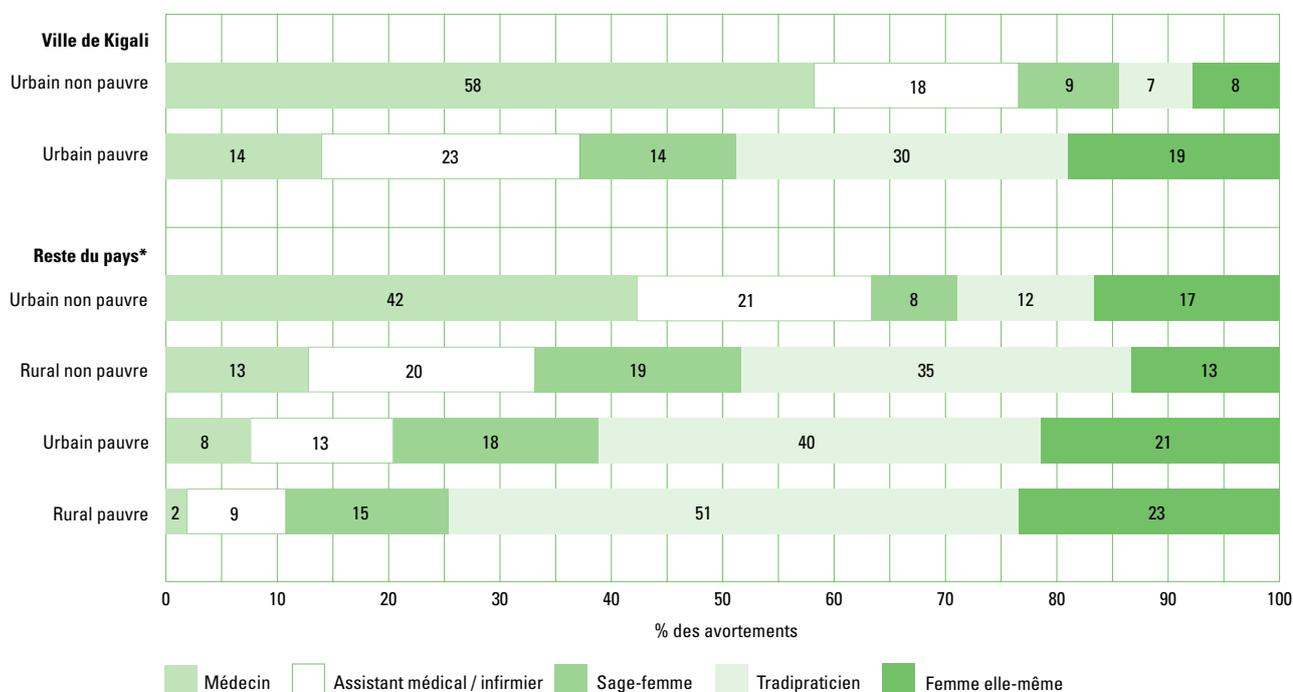
clés ont été invités à évaluer ces conditions pour les quatre sous-groupes de femmes ci-après: les pauvres en milieu urbain, les non-pauvres en milieu urbain, les pauvres en milieu rural et les non-pauvres en milieu rural (voir encadré méthodologique, page 16). La proportion estimée d'avortements les plus sûrs—c'est-à-dire, ceux effectués par les médecins—est plus élevée chez les femmes non pauvres dans la province capitale que chez les femmes dans tous les autres sous-groupes et provinces (58% contre 2–42%; Figure 2.3)³²

Comme attendu, les répondants de l'EPS ont estimé que la proportion combinée d'avortements provoqués par les tradipraticiens et les femmes elles-mêmes—les interruptions les plus à risque et les plus susceptibles de causer de graves complications—est la plus élevée chez les femmes rurales pauvres que chez toutes les autres femmes (74% contre 15–61%). Hormis les avortements des femmes non pauvres de la capitale (8% desquels sont auto-provoqués), il y a relativement peu de variation dans

continue à la page 18

FIGURE 2.3

Le milieu de résidence et le statut économique déterminent le type de prestataire de services d'avortement que les femmes utilisent; en milieu urbain, la Ville de Kigali présente une situation singulière.



*Le Sud, l'Ouest, le Nord et l'Est.

N.B. La catégorie «femme elle-même» comprend les avortements provoqués par un(e) ami(e), un membre de famille ou un(e) voisin(e).

Source Référence 32.

Méthodologie pour estimer l'incidence de l'avortement

Cette application de la Méthodologie de l'Estimation de l'Avortement par Complications (AICM selon ses sigles en anglais)¹ au Rwanda génère les estimations suivantes pour l'année 2009: le nombre annuel d'avortements provoqués pour 1 000 femmes (taux d'avortement), le nombre d'avortements provoqués pour 100 naissances vivantes (ratio d'avortement) et le nombre annuel de complications après avortement traitées dans les établissements de santé pour 1 000 femmes (taux de traitement). Utilisant les données sur les avortements, les naissances, la planification des naissances et le nombre de femmes en âge de procréer, nous avons aussi estimé les taux de grossesses non planifiées et la répartition des grossesses en fonction de leurs dénouements (c'est-à-dire, les grossesses se terminant par des naissances planifiées, des naissances non planifiées, des avortements provoqués et des fausses couches). L'application de cette méthodologie exige deux types de données essentiels: le nombre de femmes traitées dans un établissement de santé pour cause de complications suites à l'avortement provoqué au cours d'une année, et la proportion de toutes les femmes ayant subi un avortement provoqué qui se font traiter dans un établissement de santé pour cause de complications.

La première mesure—nombre de femmes traitées—a été estimée en utilisant les données provenant de l'Enquête des Etablissements de Santé (EES). Les informateurs sélectionnés dans un échantillon représentatif au niveau national des établissements de santé ont été interviewés concernant le nombre de femmes traitées pour cause de complications liées aux avortements provoqués et spontanés pour deux périodes de référence: le dernier mois et un mois typique de l'année. Ceci a été fait pour tenir compte de la probabilité que le nombre de cas liés à l'avortement fluctuerait tout au long de l'année.

En faisant la moyenne de ces données et en les multipliant par 12, nous avons obtenu une estimation du nombre total de patientes ayant subi un avortement au cours d'une année complète. Pour éviter un double-comptage, nous avons soustrait le nombre de femmes qui avaient été transférées à un autre établissement de santé (probablement de niveau supérieur), en supposant que ces femmes ont été traitées ailleurs; par conséquent, elles feraient partie du nombre rapporté par cet établissement accueillant.

A cause de contraintes de données importantes, l'EES n'administre pas de questions distinctes sur l'avortement spontané par opposition à l'avortement provoqué. De toute façon, nous ne pouvons pas nous attendre à une grande précision en posant des questions spécifiques sur les complications liées aux avortements provoqués, compte tenu de la condamnation sociale qui l'entoure et la difficulté de déterminer la cause réelle de perte des grossesses. Ainsi, en utilisant la méthode d'estimation indirecte en deux étapes, nous avons estimé le nombre de femmes traitées pour des complications d'une fausse couche ou d'un avortement provoqué.

Les données des études cliniques—les seules avec les informations détaillées dont nous avons besoin—ont été utilisées pour estimer le nombre de femmes enceintes qui auraient subi une fausse couche tardive entre la treizième et la vingt-et-unième semaine de gestation, car probablement seules les femmes avec des fausses couches

tardives auraient besoin de soins dans un hôpital ou un établissement de santé; les fausses couches tardives représentent 3,41% de toutes les naissances vivantes enregistrées.^{2,3}

Considérant que seulement une part des femmes ayant besoin de traitement à cause d'une fausse couche tardive aura accès aux soins formels, nous avons supposé que la proportion de celles qui pourront recevoir ce traitement est la même que la proportion de femmes qui accouchent dans un établissement de santé au Rwanda. Nous avons estimé cette proportion en 2009 en faisant l'interpolation entre les valeurs obtenues lors de l'EDSR de 2008 et celle de 2010. Ainsi, pour l'année de notre étude, 65% des accouchements se sont passés dans les établissements de santé. Cette proportion variait selon les provinces, de 52% dans la province de l'Est à 82% dans la Ville de Kigali. D'après l'application de toutes ces hypothèses, nous avons estimé qu'à peu près 9 000 femmes (35% de tous les cas de soins après avortement) ont reçu les soins médicaux pour des complications liées aux avortements spontanés en 2009.

En soustrayant ce nombre de l'effectif total de cas, nous avons calculé le nombre de femmes qui ont reçu un traitement suite aux complications liées exclusivement aux avortements provoqués. Ces estimations ont été calculées pour tout le pays, ainsi que pour chaque province. Les estimations par province reflètent les lieux où les femmes sont traitées, mais pas nécessairement leurs provinces de résidence. Dans la mesure où les femmes se déplacent d'une province à une autre pour chercher les soins médicaux, les données des provinces d'origine de ces femmes seraient sous-estimées, alors que celles des provinces qui les reçoivent seraient surestimées. En conséquence, au Rwanda, les estimations de l'incidence et traitement pour avortement provoqué paraissent être surestimées dans la Ville de Kigali, et sous-estimées dans les trois provinces environnantes de la Ville de Kigali (le Sud, le Nord et l'Est).

La seconde mesure—la proportion estimée de toutes les femmes ayant subi un avortement provoqué qui ont reçu des soins après avortement dans un établissement de santé—provient de l'Enquête des Professionnels de Santé (EPS). Ces informations collectées lors des entretiens avec 56 professionnels rwandais ont été utilisées pour calculer un multiplicateur—ou facteur d'ajustement—pour tenir compte des femmes qui auraient subi un avortement provoqué mais n'auraient pas bénéficié de soins dans un établissement de santé soit: parce qu'elles n'avaient pas développé de complications assez graves nécessitant un traitement; qu'elles avaient reçu les soins dans un établissement informel; qu'elles n'avaient pas réussi à avoir accès aux soins nécessaires; ou qu'elles mourraient avant d'obtenir les soins. Le multiplicateur tient aussi compte des différentes probabilités de complications pouvant survenir avec différents types de prestataires. En multipliant le nombre de femmes traitées pour complications liées aux avortements provoqués par le facteur d'ajustement, nous avons pu estimer le nombre total d'avortements provoqués.

Etant donné que les conditions de santé diffèrent largement selon la situation socio-économique et le milieu de résidence, l'estimation du multiplicateur tient compte de ces facteurs importants—si une femme est pauvre ou non pauvre,* et si elle vit dans une zone urbaine ou rurale.

Ces données ont été utilisées pour calculer les facteurs de pondération pour les proportions de femmes dans chacun des quatre sous-groupes—les pauvres et les non-pauvres du milieu rural, et les pauvres et les non-pauvres du milieu urbain—pour chacune des provinces et au niveau national.

Sur la base des réponses de l'EPS, il est estimé que 27,8% de femmes qui avaient subi un avortement provoqué vont très probablement recevoir un traitement dans un établissement de santé. Le multiplicateur au niveau national est l'inverse de cette proportion, $100/27,8 = 3,60$. Ceci montre qu'au Rwanda, moins d'une femme sur quatre ayant subi un avortement provoqué est traitée dans les établissements de santé pour des complications. (Comme on estime que 20,4% des avortements provoqués dans la Ville de Kigali entraînent des complications qui sont traitées dans les établissements de santé, le multiplicateur de la province capitale est 4,9; pour le reste du pays, on estime que 31,3% de tous les avortements provoqués sont traités, résultant à un multiplicateur de 3,2.) Compte tenu de l'incertitude dans l'estimation indirecte d'un acte fortement condamné, la méthodologie produit une gamme d'estimations en utilisant les multiplicateurs d'une unité au-dessus et une unité en dessous du multiplicateur au niveau national (le point milieu) de 3,6. Ainsi, appliquer le multiplicateur inférieur (2,6) et supérieur (4,6) aboutit à un éventail de 44 000 à 77 000 avortements provoqués chaque année au Rwanda.⁴

Dès que nous avons une estimation des avortements à partir du multiplicateur au milieu de la gamme (le plus probable), nous pouvons produire des informations qui sont autrement inconnues—les estimations du nombre total de grossesses chaque année. Nous arrivons à cet effectif total en additionnant les naissances, les fausses couches et les avortements. Pour estimer le nombre de naissances, nous appliquons les taux de fécondité par âge (à partir de l'EDSR) au nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans dans chaque tranche d'âge de cinq ans en 2009. Pour estimer le nombre de fausses couches, nous nous appuyons sur les études cliniques montrant que les pertes spontanées des grossesses équivalent à peu près à 20% des naissances plus 10% des avortements.²

L'AICM nous permet de calculer les taux de grossesses non planifiées en regroupant nos estimations de grossesses selon leur situation de planification. Ceci se réalise par l'application des proportions de naissances planifiées et non planifiées (à partir de l'EDSR de 2008) aux grossesses (en supposant que la situation de la planification de naissances s'applique également à celle de la planification de grossesses). Pour obtenir le nombre de fausses couches qui résultent de grossesses planifiées et non planifiées, nous appliquons la formule susmentionnée en nous basant sur deux hypothèses: que les grossesses planifiées et non planifiées aboutissent aux fausses couches au même taux; et que seules les grossesses non planifiées conduisent aux avortements. Ainsi, pour calculer les fausses couches résultant des grossesses qui autrement aboutiraient aux avortements et aux naissances non planifiées, nous multiplions les naissances non planifiées par 20% et nous y ajoutons 10% d'avortements. Les fausses couches de grossesses planifiées sont calculées comme 20% des naissances planifiées.

Les valeurs pour chaque province ont d'abord été calculées séparément, puis elles ont été additionnées pour donner le total au niveau

national. Les étapes ci-dessus ont été suivies en utilisant les 433 697 naissances vivantes en 2009 afin de produire le nombre non arrondi de grossesses pour 2009 suivant:

173 297 naissances non planifiées + 60 276 avortements provoqués + 40 687 fausses couches (qui étaient non planifiées au moment de la conception) + 260 400 naissances planifiées + 52 080 fausses couches (qui auraient été naissances planifiées) = 586 740 grossesses.

LIMITES

L'approche méthodologique et les données résultantes présentent certaines limites. Le calcul du nombre de femmes traitées dans les établissements de santé au Rwanda à cause de fausses couches tardives (à 13–21 semaines) se base sur les hypothèses à partir des études cliniques menées dans les pays développés, car des données spécifiques aux pays en développement en général, et au Rwanda en particulier, ne sont pas disponibles. De plus, ces études cliniques datent des années 1980. Même si ces modèles biologiques sont stables, il y a probablement quelques différences au Rwanda et il peut y avoir des changements au cours des 25 dernières années.

D'autres facteurs prédominants dans les pays en développement, et donc qui ne figurent pas dans les études citées ci-dessus, peuvent influencer sur le risque d'avortement spontané avant la 22^{ème} semaine de la gestation. Il a été prouvé que le paludisme, par exemple, a généralement un impact sur le taux global de fausses couches, bien que les données relatives au moment exact de ces fausses couches ne soient pas disponibles.⁵ Cependant, la prévalence du paludisme chez les femmes rwandaises âgées de 15–49 ans est trop faible—0,7% en 2010⁶— pour que cette association ait un impact sur nos estimations du taux de fausses couches tardives au Rwanda. (En plus, nos estimations de fausses couches tardives au Rwanda n'ont aucune relation avec la preuve de l'association du paludisme avec le risque des mort-nés,^{7,8} car nos données se rapportent uniquement aux pertes spontanées jusqu'à la 22^{ème} semaine, et l'OMS définit les mort-nés comme se produisant à 28 semaines ou plus.⁹)

Bien entendu, il n'est peut-être pas possible d'appliquer universellement notre hypothèse générale selon laquelle les femmes qui subissent des fausses couches au cours d'une période avancée de leur grossesse (pas au début) sont susceptibles de recevoir les soins dans les établissements de santé—et au même taux que celles qui cherchent les soins d'accouchement dans les établissements de santé. En effet, le Rwanda peut être une exception à cause de la mise en place récente du financement basé sur la performance au niveau de la communauté.¹⁰ Ce système facilite le paiement des agents de santé communautaire féminins pour s'assurer que les femmes reçoivent des soins prénatals et d'accouchement. Cependant, même si les encouragements pour les accouchements consistaient en quelque sorte à motiver les agents de santé à amener les femmes subissant des fausses couches aux établissements de santé, au moment de notre travail sur le terrain, la mise en œuvre du programme était encore tellement faible (unique-

ment dans une phase pilote) qu'il ne pouvait pas avoir un impact sur nos données.¹¹

En effet, les preuves provenant d'autres pays africains subsahariens où la méthodologie a été appliquée suggèrent que le Rwanda n'est pas une exception en termes de la proportion de cas de soins après avortement qui correspondent aux fausses couches tardives. La proportion au Rwanda (35%) est presque la même que celle observée au Malawi et au Burkina Faso (37% et 40%, respectivement),^{12,13} mais la proportion rwandaise est plus élevée que celle observée en Ouganda (23%) et en Ethiopie (9%).^{14,15} Il est évident que des recherches plus poussées s'avèrent nécessaires pour améliorer notre compréhension de l'ampleur des fausses couches tardives et leur probabilité d'être traitées dans les établissements de santé.

En plus, étant donné le manque d'informations empiriques, les données principales utilisées dans l'analyse sont basées sur les perceptions des informateurs clés. Parmi ces données sont les conditions de la pratique des avortements dans le pays, les proportions de femmes ayant un avortement qui ont besoin de soins dans les établissements de santé, et la probabilité qu'elles bénéficieraient de tels soins. De même, les données relatives aux établissements de santé contiennent une marge d'erreur, car elles reposent sur des estimations et sur une enquête d'échantillon.

Plus important encore, dans un petit pays densément peuplé comme le Rwanda, l'utilisation de données de *traitement* au niveau de la province pour produire des données sur les *procédures d'avortement* au niveau de la province peut aboutir à des problèmes. Dans le cas spécifique de la province capitale, comme elle est la destination pour beaucoup de femmes en quête d'anonymat et de soins de qualité (pour un avortement provoqué même ou pour le traitement des complications y afférant), les données provinciales sont susceptibles de surestimation dans la province d'accueil (la Ville de Kigali) et de sous-estimation dans les provinces d'origine (principalement les provinces accessibles du Nord, du Sud et de l'Est qui avoisinent la province capitale). Le problème est plus visible lorsque l'on rapproche les avortements au nombre de femmes en âge de procréer vivant dans la province (c'est à dire, le taux d'avortement, exprimé par le nombre d'avortements pour 1 000 habitants de la province). D'autres mesures au niveau de la province relatives à l'avortement—comme les ratios d'avortement (le nombre d'avortements pour 100 naissances vivantes dans chaque province)—sont également touchées, bien que dans une moindre mesure. Et comme nous appliquons les nombres d'avortements et de naissances estimés dans chaque province afin de déterminer les taux de grossesses et les proportions qui sont planifiées, ces dernières mesures sont également affectées par la sous-estimation et la surestimation du nombre d'avortements dans les provinces, même si à un moindre degré par rapport aux mesures d'avortement elles-mêmes.

*Nous avons utilisé les données relatives aux revenus tirées de *l'Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des Ménages de 2005–2006*—qui a rééchelonné le seuil de pauvreté de 2001 aux prix de 2006 pour obtenir un seuil de pauvreté de 90 000 francs rwandais par adulte et par an. (Source: Institut National de la Statistique du Rwanda [INSR], *Rapport Préliminaire Actuel sur la Pauvreté: Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des Ménages*, Kigali, Rwanda: INSR, 2006.) Ceci équivaut à 250 francs rwandais par jour, ou 0,45 dollar américain par jour, en utilisant le taux de change moyen de 558 francs pour un dollar en 2006 (voir référence 4 du texte principal).

les proportions d'avortements provoqués par les femmes elles-mêmes (13–23%). Les facteurs qui pourraient expliquer l'existence des avortements auto-provoqués (typiquement pratiqués en utilisant des herbes ou plantes trouvées, telles que *Umuhoko* ou racine du manioc, ou des produits hormonaux non prescrits) sont une forte motivation de garder le secret, un manque d'argent pour payer le frais relatif à l'avortement sans risque, et le manque de personnel qualifié dans les établissements de santé.

Quel est le coût d'un avortement?

Les répondants de l'EPS ont été interrogés sur le coût typique d'un avortement d'une grossesse au premier trimestre; considérant les grandes disparités économiques, les coûts ont été estimés différemment pour les zones urbaines et les zones rurales. Ce n'est pas étonnant que la tentative d'interrompre une grossesse la moins chère, dans les milieux tant urbains que ruraux, est la moins sûre: provoquer un avortement soi-même. Ces attentifs coûtent approximativement 3 500 francs rwandais, ou FRw (US\$6*). Les répondants ont estimé que les femmes urbaines payent 29 000 FRw (US\$51) à un tradipraticien. Par contre, elles peuvent payer 73 000 FRw (US\$128) à un médecin. Les coûts d'avortements effectués par les prestataires de niveau intermédiaire dans les zones urbaines se sont estimés entre 43 000 et 61 000 FRw (US\$76–107).

Les coûts dans les zones rurales couvrent une gamme plus restreinte, à partir de 21 000 FRw (US\$37) estimés pour un avortement réalisé par un tradipraticien, à 54 000 FRw (US\$95) pour celui effectué par un médecin. Les prestataires de niveau intermédiaire fixent leurs prix entre 24 500 et 38 000 FRw (US\$43–67). Il est important de placer les prix ci-dessus en perspective. Considérant que le revenu mensuel brut par habitant en 2010 était de 26 000 FRw (US\$45),⁴ le paiement d'un avortement sans risque peut être exorbitant et causer de graves difficultés financières. En plus, les coûts déclarés ci-dessus sont pour l'avortement seulement et, par conséquent, ne tiennent pas compte des dépenses supplémentaires comme les dépenses de déplacement ou des soins pour cause de complications, si elles seraient entraînées.

*Calculé à partir du taux de change annuel moyen de 568 francs rwandais par rapport au dollar des États-Unis en 2009 (source: référence 4).



Les conséquences de l'avortement à risque sur la santé

Il n'y a pas de données fiables spécifiques au Rwanda sur la conséquence la plus désastreuse d'un avortement à risque, la mort d'une femme. Ceci est dû au fait que l'événement ne se produit que rarement, est extrêmement difficile (et coûteux) à mesurer, et souvent n'est pas rapporté. De plus, les données sur les causes de mortalité sont souvent imprécises, surtout lorsque la cause est fortement stigmatisée (et très limitée par la loi), comme est le cas de l'avortement provoqué. Ainsi, nous devons nous appuyer sur les données internationales au niveau sous-régional pour estimer le nombre de femmes rwandaises qui meurent chaque année suite aux complications liées à l'avortement.

En 2008, l'OMS a estimé que 18% des décès maternels en Afrique de l'Est—la sous-région où se situe le Rwanda—ont été causés par l'avortement à risque.²⁵ Cette proportion est la plus élevée de toutes les sous-régions du monde. En appliquant cette proportion aux deux estimations de décès maternels les plus largement acceptées au Rwanda en 2008,^{33,34} nous estimons que quelques 300 à 400 femmes rwandaises meurent chaque année suite à des complications liées à l'avortement à risque, l'une des causes les plus évitables de la mortalité maternelle.

Le Rwanda travaille consciencieusement pour atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) de réduire de 75% la mortalité maternelle de 1990 à 2015. Les tendances dans les estimations de la mortalité, plutôt que leurs valeurs absolues, calculées à partir des deux sources les plus fiables de données, montrent un progrès net: le Rwanda a réduit la mortalité maternelle d'environ la moitié entre 1990 et 2008.^{33,34} (Nous devons compter sur les tendances au sein de la même série de données, parce que dans le cas contraire, les changements au fil du temps peuvent refléter des différentes techniques de

mesure au lieu des changements réels.) Le pays avance vers la réalisation de l'OMD relatif à la santé maternelle, et il faudra maintenir le rythme de réduction actuel dans les années qui restent pour atteindre cet objectif.

Au Rwanda, les avortements clandestins aboutissent souvent à des complications graves

Bien que les progrès soient actuellement encourageants, la baisse de la mortalité maternelle au Rwanda serait encore plus importante si les femmes pouvaient éviter les grossesses non planifiées, qui sont la cause principale des avortements provoqués. Dans les pays où l'avortement est dépénalisé, les procédures qui sont réalisées par les professionnels formés et dans des conditions hygiéniques sont extrêmement sûres.^{25,35} La situation est très différente au Rwanda où, comme dans les autres pays dans l'Afrique de l'Est, les dispositions juridiques restrictives à l'égard de l'avortement conduisent les femmes à chercher les services d'avortement en dehors du système formel de santé où la sûreté ne peut pas être garantie. La poursuite judiciaire des femmes^{27,36-38} et des prestataires au Rwanda^{27,39} renvoie davantage la pratique dans la clandestinité, ce qui la rend encore plus dangereuse.

La conséquence d'avortements à risque qui est plus mesurable que la mortalité, est le nombre de femmes qui sollicitent un traitement dans un établissement de santé à cause de complications; ce nombre constitue la base de notre méthodologie d'estimation. L'incidence de traitement lié à l'avortement provoqué dans les établissements de santé est une bonne mesure du fardeau que représente l'avortement à risque sur le système de santé, mais elle n'est pas aussi bonne pour mesurer le danger que l'avortement à risque pèse aux femmes, car elle ne couvre que les femmes qui ont reçu un traitement. Beaucoup

d'autres femmes solliciteront les traitements informels en dehors des établissements de santé, d'autres ne se feront pas soigner ou seront incapables de recevoir les soins.

Comme décrit dans le chapitre précédent, notre méthodologie mesure d'abord les fausses couches tardives traitées dans les établissements de santé, puis les soustrait de tous les cas de soins après avortement pour ne laisser que les cas de complications dérivées des avortements provoqués. Parmi les avortements provoqués, quelques 40% sont supposés aboutir à des complications nécessitant les soins au niveau d'établissements de santé (Figure 3.1).¹⁷ Ainsi, un total général de 24 000 femmes développent annuellement des complications après un avortement provoqué au Rwanda. Malheureusement, comme seules 17 000 femmes se rendent aux établissements de santé, approximativement 7 000 femmes rwandaises (soit presque un tiers de celles qui ont besoin de traitement pour ces complications) n'ont pas reçu les services dont elles ont besoin.

Puisque la probabilité de développer des complications est fortement influencée par le milieu de résidence de la femme et sa capacité d'accéder aux services d'avortement d'un prestataire formé, certaines catégories de femmes sont beaucoup plus susceptibles que d'autres de subir les avortements à risque et, par conséquent, ont une plus grande probabilité de souffrir de complications. Par exemple, 20% des avortements chez les femmes non pauvres

du milieu urbain et 38% de ceux chez les femmes non pauvres du milieu rural sont susceptibles d'entraîner des complications qui nécessitent un traitement. D'autre part, un peu plus de la moitié de tous les avortements chez les femmes pauvres (54–55%) entraînent des complications nécessitant un traitement dans un établissement de santé.

La plus grande probabilité de complications chez les femmes pauvres est principalement associée à leur probabilité élevée de tenter elles-mêmes de provoquer l'avortement. Les avortements provoqués par les femmes elles-mêmes (comprenant ceux provoqués par leurs ami[e]s, leurs membres de famille ou voisin[e]s) ont la probabilité estimée de complications la plus forte—67% (Figure 3.2), suivis de ceux effectués par les tradipraticiens (61%). Au Rwanda, environ un tiers (34%) des avortements réalisés par les sages-femmes formées sont susceptibles d'entraîner des complications, alors que ceux effectués par les médecins sont considérés comme les moins susceptibles (9%).³²

Qui est susceptible de bénéficier d'un traitement?

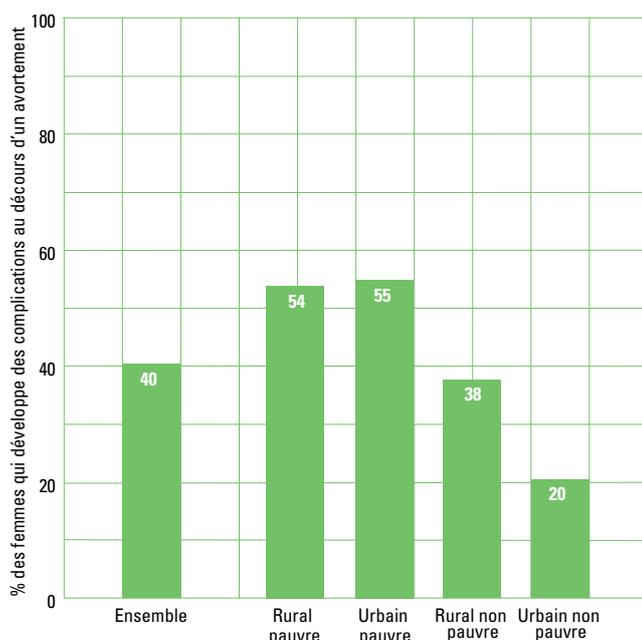
Les recherches menées dans les pays ayant des lois restrictives, y compris le Rwanda, ont relevé plusieurs raisons pour lesquelles toutes les femmes qui souffrent de complications liées à l'avortement ne reçoivent pas des soins médicaux formels dont elles ont besoin.^{28,40,41} Parmi ces raisons on peut citer l'ignorance de la nécessité de soins, la préférence pour les soins administrés par les tradipraticiens, une très longue distance séparant le lieu de résidence et les services de santé formels, l'incapacité de payer les frais médicaux, la nécessité d'un consentement préalable du mari ou partenaire pour se rendre à l'établissement où elles peuvent se faire soigner, et la crainte de poursuites judiciaires. En effet, l'acte de recours aux soins a déjà entraîné des poursuites judiciaires et des peines de prison de 5–10 ans au Rwanda.^{27,36–39} Pour cette raison, les femmes rwandaises peuvent être particulièrement motivées à ne pas chercher les soins formels.

A partir des interviews lors de l'EPS, nous savons qu'au Rwanda, les femmes pauvres sont plus exposées à souffrir de complications et à ne pas bénéficier des soins dont elles ont besoin que leurs pairs non pauvres. La proportion estimée de cas d'avortements non traités chez les femmes pauvres est de 43% dans les zones urbaines et 38% en milieux ruraux.³² Malgré des progrès remarquables accomplis par les Mutuelles de Santé en rendant l'accès aux services de soins de santé plus équitable, les pauvres sont toujours désavantagés par rapport aux riches, qui peuvent accéder aux services de santé de meilleure qualité et sont plus susceptibles de les utiliser (seulement 15–16% des femmes non pauvres sont supposées ne pas se rendre aux soins de santé au cas où elles souffrent de complications liées à l'avortement).

Qu'en est-il des femmes qui bénéficient de soins de santé? Au Rwanda, le nombre total de femmes traitées suite à des complications se traduit par un taux annuel de sept cas

FIGURE 3.1

Les femmes pauvres sont plus susceptibles de développer les complications liées à l'avortement provoqué que les femmes non pauvres.



Source Référence 32.

pour 1 000 femmes en âge de procréer (Tableau 3.1, page 22).¹⁷ Le taux de traitement est le plus élevé dans la Ville de Kigali—18 cas pour 1 000 femmes. Ce taux si important de soins après l'avortement provoqué constitue une part importante des services de santé maternelle dans la capitale. En comparaison, le taux de traitement dans l'Ouest est la moitié de celui de la capitale (neuf pour 1 000 femmes), et les taux dans le Sud, le Nord et l'Est en sont le tiers (4–5 pour 1 000).

Comme mentionné dans la discussion précédente sur les différences régionales (voir chapitre 2), plusieurs facteurs expliquent les raisons pour lesquelles la Ville de Kigali, où les avortements sont considérés les plus sûrs, a paradoxalement le taux le plus élevé de traitement des complications dérivées de l'avortement. En premier lieu, cette situation reflète la concentration disproportionnée des services médicaux dans la capitale, qui dispose de presque tous les services privés au pays. Ainsi, les femmes habitant dans la Ville de Kigali qui développent des complications ont plus de chance que toutes les autres femmes de chercher et bénéficier d'un traitement. En second lieu, un grand nombre de femmes vivant dans les provinces voisines qui y ont subi un avortement à risque probablement se déplacent à Kigali pour raison à la fois d'anonymat et de la recherche de soins de meilleure qualité.

Où les femmes reçoivent-elles les soins après avortement?

Lorsque les complications liées aux avortements provoqués et spontanés surviennent, les femmes doivent chercher à se faire soigner sans tarder. Selon les résultats d'EES, 92% des 466 établissements de santé (comprenant des hôpitaux, cliniques et centres de santé) ayant la capacité d'offrir les soins après avortement ont confirmé fournir ces services en 2009. Parmi les établissements de santé qui n'ont pas offert les soins après avortement, la plupart était du secteur privé. En plus, près d'un quart (22%) d'établissements de santé qui ont soigné des femmes souffrant de complications au cours de l'année susmentionnée, n'ont reçu que peu de cas (moins de 12).⁴² Les centres de santé, type prédominant des établissements de santé les plus accessibles aux femmes rwandaises, ont fourni les soins après avortement à 56% de 26 000 femmes traitées; 32% ont été traitées dans les hôpitaux de district et 6% dans les hôpitaux et cliniques privés.

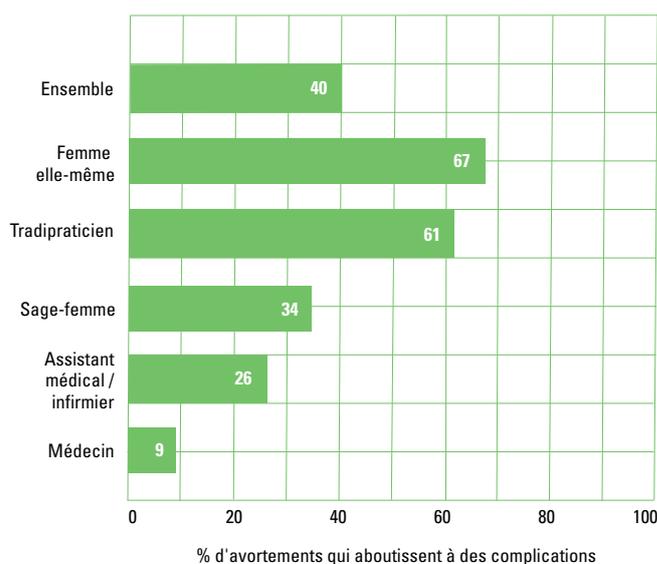
La charge annuelle moyenne des cas varie selon le type d'établissement de santé, allant de 37 cas dans les centres de santé à 484 cas dans les hôpitaux de référence capables d'offrir les soins après avortement. La charge beaucoup plus importante dans les établissements du niveau plus élevé reflète probablement les besoins en soins complexes qui ne pouvaient pas être satisfaits par les établissements du niveau inférieur. (Il convient de rappeler que notre enquête a expressément exclu la contribution des cabinets médicaux privés aux soins après avortement, compte tenu

des nombreuses difficultés que présente leur inclusion dans une enquête de ce genre.)

Le secteur auquel appartiennent les établissements de santé est un autre indicateur important de l'accessibilité et de la qualité des soins. Soixante pour cent des femmes qui bénéficient des soins après avortement au Rwanda les reçoivent dans les établissements publics, 33% dans les établissements agréés et 6% dans les établissements privés.⁴² La catégorie agréée est une caractéristique unique du système médical rwandais qui se rapporte aux accords en vertu desquels les organisations religieuses et les organisations non gouvernementales (ONG) possèdent et gèrent certains établissements de santé qui, néanmoins, demeurent sous l'égide du Ministère de la Santé. Par conséquent, tous les règlements et directives du dit Ministère s'appliquent aux services offerts. Donc, cette participation constante des établissements de santé agréés, qui ne sont ni publics ni privés, démontre que les institutions affiliées dans le cadre religieux contribuent à la prestation de soins après avortement dans le pays.

FIGURE 3.2

La probabilité des complications liées à l'avortement est plus élevée parmi les femmes qui provoquent l'avortement elles-mêmes ou qui le sollicitent chez un tradipraticien.



N.B. La catégorie «femme elle-même» comprend les avortements provoqués par un(e) ami(e), un membre de famille ou un(e) voisin(e).

Source Référence 32.

La plus grande probabilité de complications chez les femmes pauvres est principalement associée à leur probabilité élevée de tenter elles-mêmes de provoquer l'avortement.

Les méthodes spécifiques utilisées pour traiter les complications liées à l'avortement varient selon le niveau d'établissement de santé. Les données EES indiquent que les centres de santé du Rwanda—qui fournissent plus de la moitié des tous les services de soins après avortement—traitent le plus souvent un avortement incomplet par curetage digital, c'est-à-dire, le prestataire introduit ses doigts dans l'utérus de la femme pour évacuer son contenu. La technique la plus couramment utilisée par les hôpitaux est la méthode chirurgicale D&C, malgré qu'elle soit beaucoup plus coûteuse et invasive que l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), la technique recommandée par l'OMS pour les cas d'avortement incomplet survenu au premier trimestre.⁴³

Au moment de l'enquête (entre mai et août 2010), seul 10% de tous les établissements de santé au Rwanda disposaient du matériel pour appliquer l'AMIU. Cependant, de cette petite proportion qui possédait l'équipement nécessaire, près de 40% manquaient de personnel formé sur son utilisation. Ainsi, dans l'ensemble, seuls 6% de tous les établissements de santé du pays avaient à la fois l'équipement et le personnel formé pour offrir les soins après avortement en utilisant l'AMIU. Seuls deux des trois hôpitaux de référence éligibles étaient capables d'offrir le service d'AMIU au moment de l'enquête. De plus, 40% des hôpitaux de district pouvaient aussi le faire. Les hôpitaux de district publics étaient aussi susceptibles que les agréés d'avoir la formation adéquate et les instruments pour offrir le service d'AMIU.

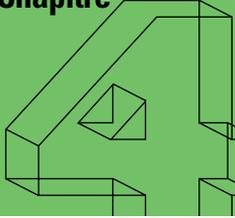
Les résultats ci-dessus montrent clairement qu'au moment de l'enquête, les femmes rwandaises souffraient de complications liées à l'avortement, et des ressources médicales limitées étaient dépensées pour traiter les complications d'une procédure qui est presque totalement prévisible en évitant en premier lieu les grossesses non planifiées.

TABLEAU 3.1

Les nombres et taux de femmes traitées dans les établissements de santé pour complications d'avortement provoqué, par province, 2009

Province	Nombre traité	Taux de traitement*
National	16 748	7,0
Ville de Kigali	4 219	17,8
Sud	2 978	4,7
Ouest	5 251	9,3
Nord	1 959	4,7
Est	2 342	4,3

*Nombre traité par 1 000 femmes âgées de 15–44 ans.
Source Référence 17.



La cause profonde de l'avortement provoqué: la grossesse non planifiée

Hormis les rares situations où l'on est contraint de mettre fin à une grossesse désirée en vue de sauver la vie ou la santé d'une femme, ou du fait que le fœtus ne peut survivre en dehors de l'utérus, la grande majorité des avortements provoqués visent à interrompre des grossesses non planifiées. Une grossesse peut être non planifiée pour plusieurs raisons: parce que la grossesse est le résultat de rapports sexuels forcés et incestueux; ou parce qu'une femme manque de moyens pour élever un enfant, n'a pas encore fini l'école, se trouve dans une relation instable, est encore célibataire, a un partenaire qui ne peut pas prendre un enfant en charge, veut un intervalle inter-général suffisant, ou a atteint la taille de famille qu'elle désire.^{28,44} La plupart de ces grossesses pourraient être évitées grâce à l'utilisation des contraceptifs, y compris la contraception d'urgence.

La grossesse non planifiée est courante au Rwanda

Comme signalé précédemment, le fait d'avoir une estimation du nombre d'avortements provoqués au Rwanda nous permet de calculer le nombre de grossesses qui surviennent chaque année. En plus, l'EDSR 2010 indique que 37% de toutes les naissances sont non planifiées (par province, 34% sont non planifiées à l'Ouest et au Nord, et 37% à 40% dans la Ville de Kigali, le Sud et l'Est). En utilisant cette information, nous estimons que de toutes les grossesses—planifiées et non planifiées—44% se terminent par des naissances planifiées, 30% par des naissances non planifiées, 16% par des fausses couches et 10% aboutissent à des avortements provoqués (Figure 4.1, page 24).¹⁷

En plus, 47% de toutes les grossesses au Rwanda sont non planifiées—le même niveau que pour l'ensemble de l'Afrique de l'Est.²⁸ C'est-à-dire, presque la moitié des toutes les grossesses dans le pays se terminent par

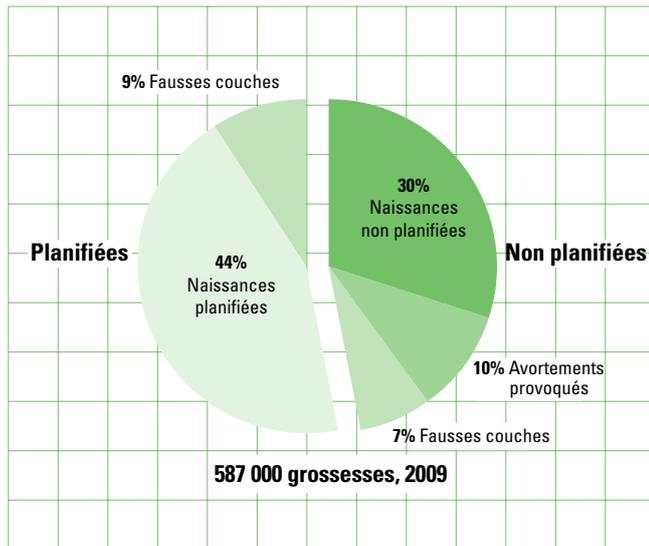
des naissances non planifiées, avortements et fausses couches de conceptions non planifiées. Ainsi, les femmes rwandaises sont obligées de faire face aux quelques 276 000 grossesses non planifiées chaque année, ce qui donne un taux de 114 pour 1 000 femmes âgées de 15–44 ans.¹⁷ Ce taux n'est pas très différent de celui de l'Afrique de l'Est en général (118 pour 1 000 en 2008).²⁸

Probablement à cause du niveau élevé d'éducation chez les femmes de la Ville de Kigali (Annexe tableau 2)¹³ et leur détermination soutenue pour éviter une naissance non planifiée (avec son impact négatif potentiel sur l'éducation ou les objectifs liés au travail), la province capitale contribue un nombre disproportionné des grossesses non planifiées par rapport à sa population. C'est-à-dire, 15% des grossesses non planifiées du pays se produisent dans ladite province, qui compte moins de 10% de la population des femmes âgées de 15–49 ans (Annexe tableau 1).^{2,17} Une autre raison probable est la proportion relativement élevée de femmes célibataires âgées de 15–29 ans dans la province capitale qui sont sexuellement actives (9% contre 5–7% dans les autres provinces; Annexe tableau 2).¹³ Considérant les nombreux tabous forts contre l'activité sexuelle et la procréation en dehors du mariage, les grossesses de ces jeunes femmes sont susceptibles d'être non planifiées.

Comment réagissent les femmes rwandaises lorsqu'elles sont confrontées à une grossesse non planifiée? Au total, plus d'un cinquième (22%) des grossesses non planifiées dans le pays s'achèvent par un avortement provoqué (Annexe tableau 1).¹⁷ Malheureusement, puisque les avortements chez les femmes venant d'autres provinces contribuent un nombre important, mais inconnu, au total dans la Ville de Kigali, nous ne pouvons pas savoir avec précision l'incidence des avortements provoqués

FIGURE 4.1

Chaque année, presque la moitié des grossesses au Rwanda sont non planifiées.



N.B. Les naissances non planifiées comprennent celles qui n'étaient pas désirées du tout et celles qui l'étaient mais pour plus tard.

Source Référence 17.

par les femmes de Kigali seules. Malgré cette incertitude, les différences dans les taux d'avortement (le nombre d'avortements pour 1 000 femmes en âge de procréer résidant dans chaque province) sont tellement grandes que nous pouvons affirmer avec confiance que la proportion de grossesses se terminant par un avortement est la plus élevée parmi celles habitant dans la Ville de Kigali, et au deuxième rang parmi celles habitant dans l'Ouest.

Comme démontré ailleurs,⁴¹ la proportion de femmes rwandaises qui tentent d'interrompre une grossesse non planifiée est sans doute plus grande que celle de femmes qui subissent un avortement, étant donné que certaines tentatives échouent. Par conséquent, beaucoup de femmes finissent par donner naissance à des enfants pour lesquels elles ne sont pas préparées et qu'elles ne voulaient pas avoir.

Qu'est-ce qui explique les niveaux élevés de grossesses non planifiées au Rwanda?

■ *Les préférences croissantes pour moins d'enfants.* Tel que mentionné précédemment, lorsque les désirs des femmes pour des familles moins nombreuses augmentent plus vite que l'adoption et l'utilisation effective des contraceptifs modernes, le résultat inévitable est une hausse des grossesses non planifiées, qui à son tour augmente les nombres des naissances non planifiées et des avortements provoqués. Le nombre moyen d'enfants désirés* a diminué au Rwanda tout au long de la dernière décennie, à un taux annuel de 3,4% (partant de 4,7 enfants

en 2000 à 3,7 en 2008 et à 3,1 en 2010; Figure 4.2).^{10,14,45} Malheureusement, le nombre moyen d'enfants qu'ont les femmes a diminué à un rythme plus lent, seulement 2,1% chaque année (de 5,8 enfants en 2000 à 5,5 en 2008 et à 4,6 en 2010). Le résultat est que les femmes continuent à avoir plus d'enfants qu'elles ne désirent; ce qui indique que l'utilisation de contraceptifs n'est pas assez élevée ou assez efficace pour prévenir toutes les naissances non planifiées.

Un groupe de femmes—les plus instruites—est plus capable que d'autres d'avoir uniquement les enfants qu'elles désirent. La différence entre la taille de la famille voulue et la taille réelle de famille diminue systématiquement au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente;^{9,14,45} ceci est une indication claire de l'impact d'un plus haut niveau d'éducation. Selon l'EDSR la plus récente, les femmes sans instruction ont une moyenne de 1,6 enfants de plus que ceux qu'elles désirent, tandis que les femmes ayant au moins un niveau secondaire d'instruction ont 0,8 enfant de plus.¹⁰

De plus, les résultats de l'enquête susmentionnée indiquent que le nombre d'enfants désirés par les femmes continuera à diminuer, étant donné que plus la femme est jeune, plus petite est la taille de sa famille idéale. En moyenne, les femmes âgées de 15 à 19 ans ont signalé que leur famille idéale aura moins de trois enfants (2,7), mais les femmes de 45 à 49 ans ont déclaré qu'il serait idéal d'avoir plus de quatre (4,3) enfants.¹⁰ En effet, le désir croissant pour les familles moins nombreuses se reflète dans la proportion sans cesse grandissante des femmes mariées qui ne veulent plus d'enfants—de 33% en 2000¹⁴ à 52% en 2010.¹⁰

■ *La pratique contraceptive a rapidement augmenté, mais les obstacles à son utilisation existent encore.* La cause immédiate d'une grossesse non planifiée est la non-utilisation des contraceptifs, l'utilisation abusive ou l'échec d'une méthode contraceptive. Pour agir sur leurs préférences d'avoir moins d'enfants, les femmes ont besoin d'obtenir et d'utiliser avec succès les contraceptifs modernes. Le Rwanda a accompli des progrès remarquables dans ce domaine: en 2000, seulement 4% des femmes mariées du pays utilisaient une méthode moderne,[†] tandis qu'en 2010, 44% l'utilisaient (Annexe tableau 2).¹³ Le niveau actuel d'utilisation des méthodes modernes au Rwanda est l'un de plus élevés dans l'Afrique de l'Est.⁴⁶ Les injectables représentent les trois cinquièmes de la pratique de la contraception moderne (26% des femmes en union les utilisent). Pour l'usage moderne qui reste, la pilule et l'implant occupent des places importantes (les

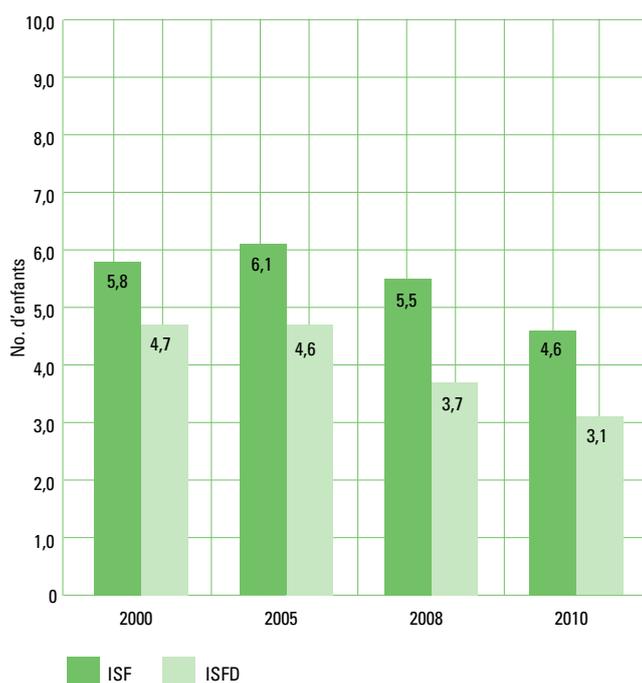
*Le taux de fécondité désirée mesure combien d'enfants une femme aurait si elle pouvait éviter les naissances non planifiées. Une naissance est considérée non planifiée si au moment de concevoir, la femme ne voulait pas avoir d'autres enfants.

†Les méthodes modernes comprennent la pilule, la stérilisation (masculine et féminine), le DIU, les injectables, les implants et le condom masculin.

Bien que l'on pourrait s'attendre à une différence dans l'utilisation de contraceptifs modernes entre les milieux ruraux et urbains du Rwanda, aucune différence significative n'a été trouvée...

FIGURE 4.2

La taille de la famille désirée diminue plus rapidement que la taille réelle de la famille.



N.B. ISF = Indice Synthétique de Fécondité, ou le nombre de naissances durant la vie de la femme. ISFD = Indice Synthétique de Fécondité Désirée, ou le nombre de naissances qu'une femme pourrait avoir si elle évitait toutes les naissances non planifiées, qui sont définies comme celles conçues après avoir atteint la taille de la famille voulue.

Sources Références 9, 10, 14 et 45.

méthodes sont utilisées par 7% et 6% des femmes en union, respectivement). L'utilisation de la stérilisation est minime: moins de 1% des femmes mariées ont subi une ligature des trompes, et l'usage de la vasectomie est indétectable. Le recours à des méthodes traditionnelles*—dont le taux d'échec est plus élevé que celui des méthodes modernes⁴⁷ et qui présentent un risque plus élevé de grossesse non planifiée—a peu changé au cours de la dernière décennie. En 2010, 8% des femmes en union utilisaient une méthode traditionnelle.

Bien que l'on pourrait s'attendre à une différence dans l'utilisation de contraceptifs modernes entre les milieux ruraux et urbains du Rwanda, aucune différence significative n'a été trouvée (44% contre 45%; Annexe tableau 2).¹³ Ce résultat donne une preuve claire des progrès qu'a réalisés le pays en assurant un accès équitable aux services de soins de santé, y compris les services de contraception. Une couverture d'assurance maladie communautaire répandue et la nouvelle approche de financement basé sur la performance—celle de corréler le financement aux résultats—a sans doute contribué à élargir l'accès aux soins de santé parmi les populations traditionnellement peu couvertes.^{48,49} En accord avec cette uniformité anormale dans l'utilisation des méthodes modernes dans les milieux urbains et ruraux, la prévalence de la contraception moderne est la même dans la Ville de Kigali qu'au niveau national. La seule exception importante à cette uniformité par région est le faible niveau d'utilisation des méthodes modernes dans la province de l'Ouest, 34%, comparé à 45–52% dans les quatre autres provinces.¹⁰ Plus de détails sur la situation

*Les méthodes traditionnelles comprennent la continence périodique, le retrait, la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) et la Méthode des Jours Fixes (MJF).

défavorisée en matière de la contraception moderne dans la province de l'Ouest sont présentés ci-dessous.

■ *Les besoins non satisfaits en matière de contraception sont en baisse, mais restent toujours élevés.* Les femmes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive, malgré leur désir de ne plus avoir d'enfants ou d'attendre au moins deux ans pour avoir un enfant, sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits de contraception. Ces femmes sont particulièrement vulnérables à avoir une grossesse non planifiée et, par conséquent, subir un avortement provoqué. En 2010, il a été estimé que 19% des femmes mariées au Rwanda,¹⁰ ou 250 000 femmes en appliquant cette proportion à la population,⁴ avaient des besoins non satisfaits de contraception. D'une manière globale, la moitié des ces femmes voulaient espacer les naissances d'au moins deux ans et l'autre moitié ne voulaient plus d'enfants (9,7% et 9,2%, respectivement). La proportion globale de 19% représente une baisse encourageante de 36% mesuré au cours de l'enquête de 2000.¹⁴

Le niveau actuel des besoins non satisfaits de contraception n'est pas le même à travers le pays. Par exemple, la proportion de femmes mariées ayant des besoins non satisfaits augmente systématiquement avec la diminution des revenus, passant de 15% chez les femmes dans le quintile le plus riche à 24% chez celles dans le quintile le plus pauvre.¹⁰ En plus, le niveau des besoins non satisfaits

augmente au fur et à mesure que le niveau d'instruction diminue: 12% des femmes mariées ayant atteint au moins le niveau d'école secondaire ont des besoins non satisfaits de contraception contre 19% des femmes du niveau primaire et 24% de celles qui n'ont aucune instruction.¹⁰ Ces différences au sein du pays mettent en évidence les besoins accrus de services de contraception éprouvés par les femmes les plus défavorisées.

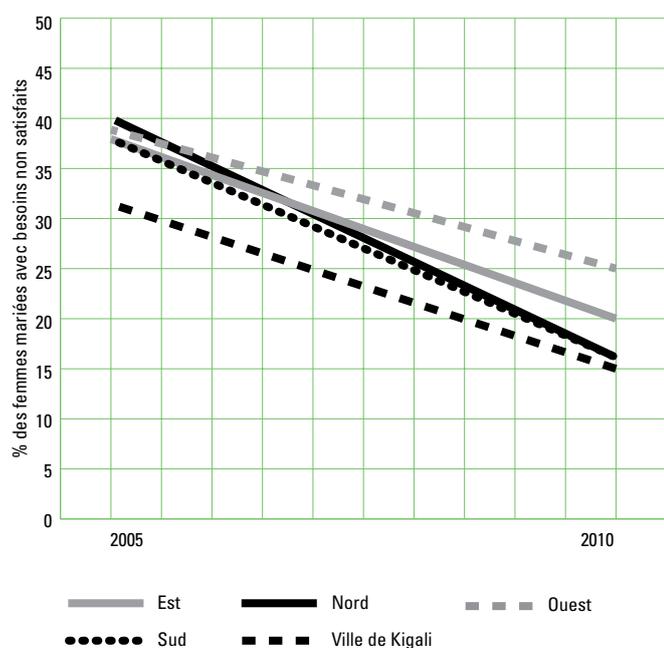
A l'échelle nationale, la baisse générale admirable dans le niveau des besoins non satisfaits (par presque la moitié entre 2000 et 2010) reflète les augmentations importantes et durables de l'utilisation des contraceptifs réalisées sur une courte durée. Malheureusement, le niveau des besoins non couverts n'a pas baissé de la même façon dans toutes les provinces. Comme la définition de province a changé après l'enquête de 2000 (voir l'encadré, page 12), des données comparables sont disponibles pour les deux dernières enquêtes seulement. Entre 2005 et 2010, l'Ouest a connu une moindre baisse des besoins non satisfaits que les autres provinces (35% contre 48–61%; Figure 4.3).^{9,10} Actuellement, le niveau des besoins non satisfaits dans l'Ouest s'élève à 25% de femmes mariées, ce qui est plus élevé que 15–20% dans les quatre autres provinces. Les raisons pour lesquelles les femmes de la province de l'Ouest qui désirent prévenir une grossesse n'ont pas adopté une méthode au même rythme que les autres femmes du pays ne sont pas bien connues, compte tenu de l'absence de différences dans l'accès aux services de santé au niveau de la province.^{10,29,50} Des recherches plus poussées sont nécessaires pour faire des recommandations sur la façon de mieux satisfaire les besoins en contraception des femmes de l'Ouest.

Comme mentionné ci-haut, au Rwanda, la mesure de besoins non satisfaits est actuellement distribuée à parts égales entre les femmes qui souhaitent espacer les naissances et celles qui désirent les limiter. Cette situation représente un changement par rapport à 2000 et 2005, quand les deux tiers des besoins correspondaient aux méthodes pour espacer les naissances.^{9,14} Un tel changement orienté vers une majeure représentation des besoins pour arrêter d'avoir des enfants tend à accompagner une préférence pour des familles moins nombreuses et entraîne des implications sur le programme national de planification familiale, comme celle d'assurer la disponibilité des méthodes à long terme et permanentes pour répondre à une augmentation de leur demande.

Quels sont les obstacles à l'utilisation des contraceptifs modernes qui peuvent expliquer la persistance des besoins non satisfaits? Il est encourageant de constater que moins en moins de femmes citent les obstacles d'accès aux méthodes et aux services comme raisons de non-utilisation. Selon les données disponibles sur les raisons pour lesquelles les femmes n'utilisaient pas une méthode en 2005 et 2008, presque les mêmes proportions ont cité des raisons culturellement définies (comme l'opposition

FIGURE 4.3

Les besoins non satisfaits en contraception ont baissé par moitié dans toutes les provinces sauf dans la province de l'Ouest; néanmoins, le niveau demeure encore élevé.



Sources Références 9 et 10.



personnelle ou religieuse) que des raisons liées aux méthodes elles-mêmes (telles que, entre autres, la peur des effets secondaires ou les inquiétudes pour la santé).^{45,51}

Une enquête de 2006 d'environ 6 000 femmes qui a évalué la motivation pour la pratique de la contraception moderne a constaté que la plupart des non-utilisatrices interrogées croyaient qu'il y avait beaucoup d'histoires qui se racontent à propos des méthodes qui empêchaient les femmes de pratiquer la contraception.⁵² Une mesure un peu différente—les raisons pour lesquelles les femmes ont cessé d'utiliser leur méthode pour des causes qui n'ont rien à voir avec la grossesse—montre qu'à partir de 2010, les effets secondaires étaient le facteur le plus couramment cité (par 67% des répondantes), et le désir de passer à une méthode plus efficace était le motif suivant (21%).¹³

Contrairement aux objections culturelles évoquées pour la non-utilisation, on peut aborder les raisons liées aux effets secondaires ou aux histoires autour des méthodes en faisant recours à une meilleure prestation de conseils et services. Une autre barrière qui peut être résolue par des meilleurs conseils est la croyance commune selon laquelle les femmes doivent d'abord reprendre les menstruations après une grossesse avant de redémarrer la pratique contraceptive.⁵³

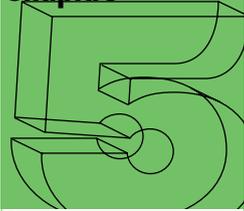
Certains des obstacles structurels profondément ancrés contre l'utilisation des contraceptifs à grande échelle comprennent les problèmes habituels de financement insuffisant, la pénurie de ressources humaines et le manque de formation adéquate chez le personnel de santé.^{52,54} Le fait que 40% des établissements de santé ont une affiliation religieuse peut empêcher quelques femmes d'y obtenir les services de contraception moderne.⁵³ Pourtant, sous le système agréé, les établissements de santé catholiques doivent transférer les femmes qui cherchent des méthodes modernes vers les sites proches qui offrent ces méthodes. Dans les cas où il n'y avait pas d'établissements approvisionnés à proximité, le gouvernement a créé des postes de santé proches des établissements agréés pour répondre aux besoins de contraception moderne. Ceci a atténué le problème dans une certaine mesure, mais ne l'a pas complètement éradiqué.

■ *La population de femmes célibataires sexuellement actives augmente.* La proportion de femmes célibataires de 15 à 29 ans au Rwanda qui sont sexuellement actives, bien qu'encore faible en chiffres absolus, a augmenté entre 2005 et 2010 dans les cinq provinces (Annexe tableau 2).¹³ Malheureusement, deux tiers de ces femmes au niveau national—et presque trois-quarts dans la province de l'Ouest—n'utilisent pas une méthode contraceptive, malgré les graves conséquences sociales et économiques qu'apporte la grossesse en dehors du mariage dans le pays.

Le niveau des besoins non satisfaits de contraception est le plus élevé au sein de ce sous-groupe de femmes: se basant sur les données de 2010, 56% des femmes célibataires sexuellement actives de 15–29 ans ont des besoins

non satisfaits—un niveau environ trois fois plus élevé que celui des femmes mariées (19%). Et dans l'Ouest, la province avec le niveau le plus élevé de besoins non satisfaits parmi toutes les femmes, le niveau chez les jeunes célibataires atteint 69%. Tout cela signifie qu'au niveau de la population nationale, quelques 40 000 célibataires de 15 à 29 ans ont été exposées à une grossesse non planifiée en 2010 parce qu'elles avaient des besoins non satisfaits de contraception.²

Une raison justifiant le niveau très élevé des besoins non satisfaits chez les femmes célibataires est que la stigmatisation sociale contre l'activité sexuelle en dehors du mariage décourage les femmes de solliciter et de recevoir les services de contraception. Tant que cette situation perdure, les jeunes femmes célibataires seront à risque élevé de grossesses non planifiées et, par extension, très exposées aux dangers de l'avortement à risque.



Conclusions et implications

Le Rwanda a récemment réalisé des progrès exceptionnels dans l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes. Le gouvernement mérite d'être félicité d'avoir entrepris des actions directes à l'échelle nationale pour mettre en œuvre les objectifs internationaux. Le résultat en est l'accouchement à moindre risque, avec ses avantages en matière de santé pour les mères et leurs nouveau-nés. Les actions ont également permis aux couples d'avoir des familles moins nombreuses et plus saines. Néanmoins, ces améliorations dans la santé des femmes n'ont pas encore éliminé le besoin que ressentent ces dernières de recourir à l'avortement à risque pour éviter une naissance non planifiée. Cependant, jusqu'à présent, il n'y avait aucun moyen d'évaluer l'ampleur de cette pratique, car il n'existait pas de données collectées à ce propos.

Nous estimons qu'il se pratique environ 60 000 avortements au Rwanda chaque année. La restriction légale des avortements provoqués ne veut pas dire que ceux-ci ne se réalisent pas. Concrètement, aucun avortement qui s'était réalisé n'avait probablement répondu aux critères juridiques stricts sous lesquels l'avortement était autorisé au Rwanda. Ces résultats sont similaires aux résultats trouvés dans le monde entier qui montrent que les restrictions juridiques contribuent peu à éradiquer l'avortement provoqué, mais font beaucoup pour forcer la pratique à la clandestinité, ce qui la rend plus dangereuse.^{25,28}

Il est estimé que deux femmes rwandaises sur cinq qui ont subi un avortement provoqué développent des complications nécessitant un traitement médical. Hélas, près d'un tiers de ces femmes ne reçoivent pas les soins formels dont elles ont besoin. On ne sait pas beaucoup sur ces femmes; néanmoins, on peut émettre l'hypothèse que dans un pays où il y a un accès généralisé aux soins de santé et une assurance maladie avec un enrôlement presque

universel, beaucoup de femmes, surtout les jeunes femmes, peuvent s'abstenir de se faire soigner pour plusieurs raisons liées à la forte stigmatisation que porte l'avortement. Parmi ces raisons, il y a d'abord la crainte de réactions des parents, les attitudes moralisatrices des prestataires de soins, ainsi que la peur d'encourir des peines en prison.

Le nombre disproportionné d'avortements qui se produisent dans la province capitale—le milieu le plus susceptible de garantir l'anonymat des femmes à l'égard de leurs familles et amis—donne une preuve de l'ampleur de la stigmatisation qui couvre l'avortement. Le fait que des jeunes femmes en particulier purgent à l'heure actuelle des peines de prison après avoir sollicité des soins après avortement montre qu'elles ont des motifs valables pour craindre la poursuite judiciaire: en 2011, parmi 114 femmes dans une prison dans la province du Sud du Rwanda, près de 20% purgeaient des peines de prison de plusieurs années pour le crime d'avoir interrompu une grossesse non planifiée.²⁷

Des pistes prometteuses pour améliorer la santé reproductive

L'engagement politique du Rwanda pour améliorer les soins de santé en général—et les soins de santé de la reproduction en particulier—est évident à travers les succès rapides obtenus dans l'utilisation des services de santé maternelle et de contraception. Les données nouvelles pour 2010–2011 montrent que la mortalité maternelle a baissé encore plus depuis 2008, jusqu'à 335–340 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.^{55,56}

Ce progrès est encourageant et donne de l'espoir que des succès similaires seront bientôt réalisés dans le domaine

de soins de l'avortement et dans la prévention des grossesses non planifiées qui entraînent les avortements à risque. A cette fin, nous proposons une série de recommandations ci-dessous.

■ *Renforcer des services de contraception.* La forte augmentation récente de l'utilisation de contraceptifs est une preuve de l'amélioration de l'accès aux services de la planification familiale et de la forte motivation chez les femmes et les couples de déterminer le moment et le nombre de naissances. Mais pour combler les actuels besoins non satisfaits de contraception et pour aider les femmes à changer de méthode si elles n'en sont pas satisfaites, les femmes doivent être présentées une gamme plus large de méthodes modernes pour un plus large choix. En reconnaissance de la demande accrue pour l'injectable (qui représente 60% de la totalité de la contraception moderne utilisée¹⁰), la politique de la planification familiale de 2011-2015 du Ministère de la Santé suggère un changement fondamental dans sa philosophie: la politique fait meilleur usage des agents de santé communautaire—la base du système de santé pyramidal du pays—pour fournir les contraceptifs injectables au niveau de la communauté.⁵⁷

Il faut souligner la quasi absence de la méthode de la stérilisation au Rwanda, étant donné que 52-54% des femmes et des hommes affirmaient qu'ils ne désirent avoir plus d'enfants.¹⁰ Une utilisation augmentée des méthodes permanentes pourrait satisfaire la grande partie de cette demande. En effet, la moitié des actuels besoins non satisfaits de contraception correspond aux besoins de limiter les naissances. La promotion de la vasectomie, une méthode beaucoup moins invasive et moins dépendante des ressources comparée à la ligature des trompes, pourrait augmenter la participation des hommes dans la pratique de la contraception et réduirait les besoins non satisfaits pour limiter les naissances au Rwanda. Un programme pilote récent de formation des prestataires sur la vasectomie sans bistouri est parvenu à démontrer que les tabous traditionnels peuvent être surmontés avec des conseils et services appropriés.⁵⁸ Ce projet pilote a assuré la formation des prestataires sur la technique sans bistouri dans tous les hôpitaux de district du pays.⁵⁹

Les prestataires peuvent être formés afin de mieux aider les couples à améliorer l'utilisation de leur méthode contraceptive choisie en les conseillant sur l'importance de l'utilisation correcte et régulière. En plus, c'est important que les prestataires aident les couples à passer de méthodes traditionnelles aux méthodes modernes plus efficaces, et à changer de méthode s'ils ne sont pas satisfaits avec celle actuellement utilisée. Les conseils et les campagnes de sensibilisation du public pourraient donner aux femmes des informations précises, de sorte qu'elles peuvent reconnaître et rejeter les mythes et les rumeurs. Pour éviter les grossesses non planifiées peu après une grossesse ou un accouchement, les prestataires peuvent explicitement avvertir les femmes du moment du retour de la fertilité pour

qu'elles puissent recommencer l'utilisation des contraceptifs.⁵³ Le soutien et la coopération des partenaires masculins doivent être également encouragés.

■ *L'accès à la contraception d'urgence devrait être élargi.* L'utilisation de la contraception d'urgence après un rapport sexuel non protégé peut réduire les grossesses non planifiées et les avortements provoqués qui s'ensuivent. Bien que la méthode est fournie dans le paquet minimum des services cliniques de la planification familiale du pays,⁵⁷ elle est encore la méthode la moins connue (moins d'un quart des femmes, et de deux cinquièmes des hommes, n'avaient pas encore entendu parler de la contraception d'urgence en 2010).¹⁰ De plus, la contraception d'urgence demeure la moins disponible dans les établissements de santé offrant les méthodes temporaires.⁵⁰ La méthode est cruciale pour prévenir la grossesse après le viol et devrait donc être offerte aux victimes de violence sexuelle comme une pratique courante, comme se fait actuellement au centre Isange One Stop à l'hôpital de la police à Kacyiru, dans la Ville de Kigali.⁶⁰

■ *Des interventions ciblées sont essentielles pour atteindre des populations à haut risque.* Les services de contraception, qui comprennent l'éducation sur la matière, doivent être orientés vers les femmes qui n'utilisent pas de contraceptifs malgré leur désir de ne pas tomber enceintes—les 19% de toutes les femmes mariées qui ont des besoins non satisfaits de contraception. Une attention particulière doit être accordée aux populations qui ont les niveaux de besoins non satisfaits les plus élevés—les 24% de femmes les plus pauvres et les moins instruites, et les 25% de femmes vivant dans la province de l'Ouest.

Etant donné que les taux d'échec des méthodes traditionnelles sont plus élevés que ceux des méthodes modernes, les 8% des femmes mariées qui utilisent les méthodes traditionnelles doivent être encouragées à passer à une méthode moderne pour mieux se protéger contre une grossesse non planifiée. Une autre population importante, les femmes vivant avec le VIH (actuellement 3,7% de femmes âgées de 15 à 49 ans⁶¹ et 5,1% des femmes enceintes de 15 à 19 ans⁶²) ont besoin de conseils spéciaux et de services de contraception intégrés dans leurs soins de santé. Il a été démontré que les femmes VIH positives sont plus susceptibles que les femmes VIH négatives à ne plus vouloir d'enfants.⁶³ Ces femmes ont le droit d'agir sur leurs préférences en matière de fécondité sans transmettre le virus à la prochaine génération.

Plus important, la proportion de jeunes femmes célibataires qui sont sexuellement actives augmente, et en 2010, leurs besoins non satisfaits de contraception ont atteint 56% dans l'ensemble du pays, et 69% dans l'Ouest. Etant donné que la stigmatisation attachée aux relations sexuelles avant le mariage empêche probablement beaucoup de jeunes célibataires à rechercher les services de contraception dont elles ont besoin, les autorités de santé devraient intervenir pour améliorer la connaissance

Les services de contraception, qui comprennent l'éducation sur la matière, doivent être orientés vers les femmes qui n'utilisent pas de contraceptifs malgré leur désir de ne pas tomber enceintes...

des jeunes sur la contraception et créer des programmes et services qui sont confidentiels, non moralisateurs et accueillants aux jeunes.

■ *Améliorer les services de soins après avortement.* Pendant l'année 2009, environ un tiers des femmes avec des complications liées à l'avortement n'ont reçu aucun traitement. Les soins après avortement devraient être complètement intégrés dans d'autres services de santé maternelle disponibles, et le gouvernement devrait poursuivre ses efforts visant à accroître la disponibilité des soins après avortement de qualité au plus bas niveau du système de santé. Par exemple, les agents de santé communautaire—qui constituent la base de la structure pyramidale du système de santé du pays—sont actuellement en formation sur l'accompagnement des femmes à l'établissement de santé le plus proche pour les soins après avortement sans tarder. Les efforts pour élargir l'accès devraient inclure ceux d'assurer la disposition de l'équipement nécessaire et la formation du personnel de niveau intermédiaire et des auxiliaires de santé, pour qu'ils aient les compétences et techniques appropriées pour effectuer la technique recommandée par l'OMS, celle de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU). Il est également important que le personnel identifie correctement les cas dans lesquels il faut transférer les patientes vers les établissements de santé du niveau supérieur. S'assurer que les femmes reçoivent un traitement confidentiel et respectueux est un paramètre clé dont il faut tenir compte pour surmonter la stigmatisation et la crainte de poursuites judiciaires qui découragent certaines femmes de chercher les soins après avortement essentiels.

La qualité des soins après avortement devrait être améliorée aussi. Au moment de l'EPS, la prédisposition

et la capacité des prestataires à traiter un avortement incomplet par AMIU était extrêmement limitée: seuls 6% de tous les établissements de santé constituant notre échantillon étaient dotés à la fois de l'équipement et du personnel formé pour offrir ce service. Au cours des deux dernières années, l'importante implication du Ministère de la Santé dans l'approvisionnement des kits d'AMIU et dans l'intensification de la formation est en train d'améliorer la qualité de soins après avortement.⁶⁴ L'élan doit être maintenu pour étendre ces avantages.

En mars 2012, le Rwanda a publié son premier protocole de soins après avortement, le National Comprehensive Treatment Protocol for Postabortion Care Services.⁶⁵ Ce protocole indispensable destiné aux prestataires de soins de santé exige que les avortements incomplets soient traités uniquement en suivant les procédures recommandées (c'est-à-dire, en utilisant les comprimés de misoprostol dans tous les niveaux des établissements de santé et l'AMIU en cas d'urgence dans les hôpitaux et les centres de santé). Ce protocole doit être immédiatement mis en pratique. Pour éviter les avortements provoqués répétés, et assurer que les femmes se soient complètement remises d'une fausse couche avant une autre grossesse, le protocole recommande aux prestataires de mettre à la disposition des femmes une méthode contraceptive très efficace de leur choix. Ceci est un changement opportun, étant donné qu'une évaluation des soins après avortement en 2010 n'a trouvé aucune preuve de patientes quittant l'hôpital avec une méthode de planification familiale.⁴⁰ Dans des autres pays d'Afrique de l'Est, il a été démontré que lorsque les modèles des soins après avortement de haute qualité sont adoptés, le délai du traitement et la durée de séjour de la patiente, ainsi que les coûts au système de santé par patiente, diminuent.⁶⁶



■ *Eduquer la population sur les dispositions relatives à l'avortement légal.* En mai 2012, le Rwanda a levé la réserve à l'article 14 du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (Protocole de Maputo).⁶⁷ L'article demande clairement aux pays qui ont signé ladite charte de «protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus». ⁶⁸ Au cours du même mois, le pays a adopté un nouveau code pénal¹⁶ qui a révisé les motifs et les sanctions contre l'avortement, conduisant à un débat très répandu dans la société rwandaise.

Les campagnes de sensibilisation de la population sont nécessaires pour informer les femmes sur les nouveaux critères selon lesquels l'avortement est dit légal. Le système de santé doit s'assurer que les prestataires sont bien formés pour offrir ce service légal. Les autorités judiciaires et policières chargées de la mise en œuvre et de l'application des nouveaux critères sont appelées à émettre des ordonnances à bref délai, pour empêcher que les femmes subissent des avortements tardifs. Les études mesurant le niveau des connaissances de la population sur les nouveaux critères permettrait d'orienter de telles campagnes de sensibilisation là où elles sont plus nécessaires. Pour s'assurer que les femmes ayant droit à un avortement légal reçoivent un service assuré, le pays pourrait envisager d'adopter des directives pour aider les prestataires, qui peuvent ne pas être familiers avec la réalisation d'un avortement légal, à utiliser uniquement les procédures recommandées. Pour cela, le Rwanda peut suivre l'exemple d'autres pays qui ont adapté *l'Avortement sans Risque: Directives Techniques et de Politique pour les systèmes de santé* de l'OMS⁴³ aux besoins spécifiques de leurs pays.⁶⁹

Étapes suivantes

Le Rwanda a réalisé des progrès indéniables en donnant aux femmes et aux couples les moyens de planifier efficacement leurs familles. Ces progrès sont évidents avec l'augmentation récente et rapide de la prévalence de contraceptifs modernes et dans la réduction de la taille des familles qui en découle. Toutefois, il existe encore d'importants écarts persistants qui nécessitent l'attention du gouvernement.

La différence persistante entre la taille de la famille désirée et la taille réelle—même avec l'amélioration rapide de l'utilisation de contraceptifs—implique que les femmes n'adoptent pas des méthodes efficaces de contraception au même rythme que baisse leur nombre désiré d'enfants. La situation actuelle, où près de la moitié des grossesses sont non planifiées, nécessite une attention immédiate. Pour que le pays résolve le problème de santé publique relatif à l'avortement à risque et fasse de nouveaux progrès vers l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le

Développement concernant la santé maternelle, un grand nombre de partenaires doivent fournir des efforts concertés. Ces efforts comprendraient les éléments suivants:

- Les établissements de santé devraient adopter le nouveau protocole des soins après avortement et mettre en priorité la formation des prestataires dans les techniques de soins recommandées. Lesdits établissements incluent les centres de santé jusqu'aux hôpitaux de référence, gérés par le gouvernement ou les organisations religieuses, les organisations non gouvernementales (ONG) ou le secteur privé.
- Les prestataires—notamment les médecins, les sages-femmes, les infirmiers et les assistants médicaux—doivent être mieux formés afin d'améliorer la qualité des services essentiels de contraception et de soins après avortement.
- Le Ministère de la Santé et le programme national de planification familiale doivent assurer la disponibilité constante des produits contraceptifs, des fournitures médicales et les équipements nécessaires pour les services de contraception et de soins après avortement de qualité.
- Le Ministère de l'Éducation et les responsables des écoles privées et publiques devraient fournir aux jeunes les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour protéger leur santé reproductive en évitant les grossesses non désirées.
- Les organismes gouvernementaux, les ONG et les parlementaires doivent veiller à l'application des dispositions actuelles en matière d'avortement légal pour garantir l'accès et assurer que les femmes et les prestataires sont correctement informés des nouveaux critères pour l'avortement légal.

Toutes ces forces doivent s'accorder pour faire des progrès significatifs dans la réduction des grossesses non planifiées, l'amélioration de la prestation de soins après avortement et l'accès à l'avortement légal. Les effets concrets de ces efforts seront moins de grossesses non planifiées qui conduisent aux avortements à risque, un système de santé moins surchargé, et une meilleure santé des femmes afin qu'elles puissent mieux contribuer à une société plus productive.

ANNEXE TABLEAU 1.

Mesures d'avortement et de grossesse parmi les femmes en âge de procréer au Rwanda, par province, 2009

Mesure	Ensemble	Province				
		Ville de Kigali	Sud	Ouest	Nord	Est
AVORTEMENT						
No. de femmes traitées dans les établissements de santé pour complications liées aux avortements spontanés et provoqués	25 728	5 096	5 173	7 522	3 386	4 550
No. de femmes traitées dans les établissements de santé pour complications liées aux avortements provoqués seuls	16 748	4 219	2 978	5 251	1 959	2 342
No. d'avortements provoqués	60 276	20 560	9 439	16 645	6 210	7 422
Répartition (en %) des avortements	100,0	34,1	15,7	27,6	10,3	12,3
Répartition (en %) de femmes âgées de 15–49 ans	100,0	9,5	26,5	23,7	17,3	23,0
Taux d'avortement (avortements pour 1 000 femmes âgées de 15–44 ans)	25,0	85,7	14,8	29,4	15,0	13,5
Ratio d'avortements (no. d'avortements pour 100 naissances vivantes)	13,9	60,3	8,4	15,6	8,6	15,6
Taux de traitement pour complications liées aux avortements provoqués (no. de femmes traitées pour 1 000 femmes âgées de 15–44 ans)	6,96	17,79	4,66	9,28	4,72	4,26
GROSSESSE						
No. total de grossesses	586 740	63 538	144 874	146 289	93 562	138 476
No. de grossesses non planifiées	275 768	40 664	59 398	61 441	47 717	63 699
Répartition (en %) de grossesses non planifiées	100,0	14,7	21,5	22,3	17,3	23,1
REPARTITIONS (EN %)						
Toutes les grossesses						
Non planifiées	47,0	64,0	41,0	42,0	51,0	46,0
% aboutissant aux naissances	29,5	23,7	28,2	24,9	36,6	33,7
% aboutissant aux avortements provoqués	10,3	32,4	6,5	11,4	6,6	5,4
% aboutissant aux fausses couches	6,9	8,0	6,3	6,1	8,0	7,3
Planifiées	53,3	35,9	59,0	57,6	48,8	53,6
% aboutissant aux naissances	44,4	29,9	49,2	48,0	40,6	44,7
% aboutissant aux fausses couches	8,9	6,0	9,8	9,6	8,1	8,9
Grossesses non planifiées seules						
% aboutissant aux avortements provoqués	22,0	50,5	15,9	26,8	13,0	11,6
% aboutissant aux naissances	63,2	37,0	68,8	58,8	71,5	72,7
% aboutissant aux fausses couches	14,8	12,5	15,3	14,4	15,6	15,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

N.B. Les valeurs peuvent ne pas donner les totaux exacts car elles ont été arrondies.

Sources Pour les données de population—référence 2; pour toutes les autres données—référence 17.

ANNEXE TABLEAU 2.

Caractéristiques sociales, démographiques et de fécondité des femmes en âge de procréer au Rwanda, par province et par milieux de résidence, 2000, 2005, 2007–2008 et 2010

Caractéristique	Ensemble	Province					Milieu de résidence		
		Ville de Kigali	Sud	Ouest	Nord	Est	Urbain	Rural	
TOUTES LES FEMMES									
Caractéristiques sociales et démographiques									
% de femmes vivant en milieux ruraux									
2000	82,8	0,0	92,9	85,0	85,7	85,5	na	na	
2005	83,0	14,6	86,1	92,1	90,2	94,8	na	na	
2008	83,1	12,8	86,1	90,9	91,9	93,5	na	na	
2010	84,9	19,3	88,8	95,7	94,4	95,8	na	na	
% de femmes ayant reçu instruction au niveau secondaire ou plus									
2000	10,6	38,0	7,7	10,5	7,8	10,2	35,6	5,4	
2005	9,6	30,1	8,3	6,2	9,4	5,5	27,6	5,9	
2008	11,6	33,6	8,9	8,9	11,1	8,8	28,4	8,1	
2010	16,2	42,0	13,7	12,1	12,5	12,8	37,5	12,4	
% de femmes vivant dans la pauvreté*									
2000/2001	58,9	22,7	65,5	62,3	64,2	59,3	nd	nd	
2005/2006	56,7	20,8	66,7	60,4	60,5	52,1	nd	nd	
2010/2011	44,9	16,8	56,5	48,4	42,8	42,6	28,5	61,9	
Fécondité									
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)									
2000	5,8	4,9	5,1	6,4	6,6	5,5	5,2	5,9	
2005	6,1	4,3	5,6	6,6	6,4	6,5	4,9	6,3	
2008	5,5	4,4	5,5	5,8	5,4	5,8	4,7	5,7	
2010	4,6	3,5	4,6	5,0	4,1	4,9	3,4	4,8	
Indice synthétique de fécondité désiré (enfants par femme)†									
2000	4,7	nd	nd	nd	nd	nd	4,1	4,8	
2005	4,6	3,4	4,4	4,9	4,8	4,8	3,6	4,8	
2008	3,7	3,1	3,8	4,1	3,2	3,8	3,3	3,8	
2010	3,1	2,6	3,2	3,4	2,7	3,4	2,6	3,2	
Situation de planification de la dernière naissance‡									
% inopportune									
2000	21,7	24,5	20,4	21,2	20,3	24,4	21,6	21,8	
2005	23,0	18,5	23,0	22,6	21,2	26,3	22,1	23,1	
2008	14,5	16,9	13,6	15,0	14,3	14,4	13,2	14,7	
2010	24,6	26,6	25,5	24,1	21,6	25,3	26,8	24,3	
% non désirée									
2000	12,4	13,7	12,3	13,3	11,4	12,2	12,9	12,3	
2005	15,7	27,7	13,5	15,3	14,9	15,3	23,9	14,4	
2008	25,4	27,3	22,8	19,2	33,1	28,6	28,8	24,9	
2010	12,2	10,2	14,1	10,1	12,6	12,9	10,8	12,4	
Soins prénatals et soins de l'accouchement pour les naissances ayant survenant dans 5 ans avant l'étude									
% de femmes ayant reçu des soins prénatals professionnels§									
2000	92,3	92,0	92,2	89,7	94,8	93,2	94,8	91,9	
2005	94,3	92,5	94,9	92,9	96,7	93,9	92,6	94,6	
2008	95,8	95,8	95,3	96,6	96,6	94,9	95,9	95,8	
2010	98,0	99,1	97,7	97,9	98,3	98,0	98,3	98,0	

Caractéristique	Ensemble	Province					Milieu de résidence		
		Ville de Kigali	Sud	Ouest	Nord	Est	Urbain	Rural	
% ayant accouché dans un établissement de santé (les naissances les plus récentes dans 5 dernières années)									
2000	25,7	68,2	22,6	27,7	20,8	24,2	64,7	19,0	
2005	29,3	58,1	29,2	25,7	30,2	22,4	55,0	25,0	
2008	49,6	66,9	45,1	50,0	47,9	48,6	68,1	46,4	
2010	71,9	85,7	70,4	72,2	67,3	70,6	82,9	70,3	
Utilisation des méthodes contraceptives, besoins non satisfaits en contraception et préférences en matière de fécondité chez les femmes mariées									
% de femmes mariées utilisant méthode contraceptive quelconque									
2000	13,2	31,9	12,5	11,1	10,5	15,7	26,9	10,9	
2005	17,4	35,5	14,8	14,5	16,0	19,0	31,6	15,2	
2008	36,4	41,7	33,5	33,8	43,9	34,2	44,6	35,0	
2010	51,6	53,6	55,3	42,7	56,9	52,3	53,1	51,3	
% de femmes mariées utilisant méthode moderne**									
2000	4,3	13,6	2,9	4,6	2,4	5,5	14,0	2,6	
2005	9,0	19,7	7,1	8,5	9,5	7,8	18,4	7,5	
2008	26,0	33,3	21,2	24,8	32,9	24,7	34,7	24,6	
2010	44,0	44,9	47,0	33,8	51,7	45,6	44,9	43,9	
% de femmes mariées utilisant méthode traditionnelle††									
2000	9,0	18,0	9,6	6,5	8,0	10,2	12,8	8,3	
2005	8,4	16,0	7,7	6,0	6,4	11,2	13,2	7,6	
2008	10,3	8,4	12,3	9,0	11,0	9,5	9,9	10,4	
2010	7,6	8,7	8,2	9,0	5,2	6,7	8,1	7,5	
% de femmes mariées ayant des besoins non satisfaits en contraception‡‡									
2000	35,6	34,5	34,7	36,2	34,5	36,9	33,9	35,9	
2005	37,9	31,0	37,6	38,7	40,1	37,8	34,4	38,4	
2008	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	
2010	18,9	15,0	16,1	25,0	15,6	19,6	15,4	19,5	
% de femmes désirant avoir un enfant plus tard§§									
2000	50,3	47,6	48,1	55,3	52,0	46,0	47,9	50,7	
2005	42,4	35,1	44,4	44,0	42,9	40,1	37,4	43,1	
2008	37,7	38,5	35,7	44,0	31,5	38,1	35,9	38,0	
2010	37,8	36,6	35,3	42,1	39,2	35,4	36,8	37,9	
% de femmes ne désirant plus d'enfants***									
2000	33,7	35,0	35,0	30,0	34,0	36,2	36,7	33,2	
2005	42,7	52,0	40,7	39,5	44,0	44,6	49,3	41,7	
2008	49,2	47,6	50,2	43,6	56,1	49,0	50,4	49,0	
2010	52,9	48,6	55,4	48,7	52,2	56,8	49,8	53,4	
FEMMES ADOLESCENTES ET JEUNES ADULTES (15–24 ANS)									
% de naissances qui sont non planifiées au courant de 5 dernières années									
2000	25,3	35,1	22,6	25,9	24,2	25,5	30,0	24,1	
2005	31,7	46,2	31,3	31,0	28,1	30,6	44,9	29,5	
2008	28,1	40,8	27,1	21,8	28,6	30,4	34,5	26,8	
2010	29,7	38,0	36,0	26,3	24,3	28,2	38,1	28,4	
% de adolescentes de 15–19 ans qui sont déjà mères ou actuellement enceintes									
2000	6,8	6,9	4,0	7,6	10,6	6,1	6,8	6,8	
2005	4,1	6,9	3,7	4,1	1,8	5,2	5,1	3,9	
2008	5,7	9,0	5,7	5,3	6,0	4,5	5,5	5,8	
2010	6,1	6,6	5,0	5,4	5,8	7,9	5,4	6,2	

Caractéristique	Ensemble	Province					Milieu de résidence		
		Ville de Kigali	Sud	Ouest	Nord	Est	Urbain	Rural	
Âges médians (parmi les femmes de 25–29 ans)									
Au premier rapport sexuel									
	2000	20,3	20,7	21,2	19,9	19,5	20,3	20,4	20,3
	2005	20,0	20,5	21,1	19,5	19,6	19,5	20,3	19,9
	2008	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
	2010	21,3	21,7	21,8	21,4	21,4	20,5	21,5	21,3
Au premier mariage									
	2000	21,0	22,3	21,7	20,7	20,0	20,9	21,6	20,9
	2005	20,6	22,6	21,9	20,0	19,9	19,8	22,0	20,3
	2008	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
	2010	22,3	24,5	22,9	22,3	21,9	21,2	24,3	21,0
A la première naissance									
	2000	22,0	22,7	22,8	21,6	20,9	20,7	22,0	22,0
	2005	21,7	22,4	22,9	21,2	21,2	21,0	22,2	21,6
	2008	22,2	22,8	23,3	22,3	21,6	21,4	22,6	22,2
	2010	22,9	24,3	23,3	23,2	22,7	22,0	24,0	22,8
Parmi les femmes célibataires âgées de 15–29 ans									
% qui sont sexuellement actives†††									
	2000	4,2	5,8	4,0	4,2	4,1	3,9	6,3	3,5
	2005	4,1	7,1	3,3	3,2	4,8	4,0	6,4	3,5
	2008	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
	2010	6,5	8,9	6,6	5,2	5,0	7,3	10,4	5,7
Parmi les femmes célibataires sexuellement actives âgées de 15–29 ans									
% utilisant méthode contraceptive quelconque									
	2000	17,8	44,4	7,3†††	11,1†††	§§§	15†††	34,5	9,4
	2005	14,4	35,0	5,4†††	8,3†††	11,4†††	9,1†††	29,8	7,3
	2008	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
	2010	34,0	30,2	40,5	26,5	31,8†††	37,9	37,6	32,8
% utilisant méthode moderne**									
	2000	14,8	38,9	2,5†††	8,6†††	§§§	12,2†††	32,7	5,7
	2005	12,2	27,5	5,4†††	8,3†††	8,6†††	9,1†††	24,6	6,5
	2008	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
	2010	33,1	28,6	39,2	26,5	29,5†††	37,2	37,2	31,6
% ayant des besoins non satisfaits en contraception****									
	2000	64,0	47,1	70,7†††	85,7†††	nd	58,5†††	49,1	72,4
	2005	61,3	57,5	63,2†††	60,0†††	67,6†††	57,6†††	57,9	62,6
	2008	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
	2010	55,8	61,9	43,8	69,1	60,5†††	50,0	51,1	57,7
<p>*Pour 2000/2001, défini comme 64 000 francs rwandais (FRw) par adulte par an—le coût estimé en janvier 2001 d'un panier d'aliments nécessaires à la survie quotidienne fournissant suffisamment de calories pour permettre à un Rwandais d'accomplir une activité physiquement exigeante, avec une provision d'articles non alimentaires. Pour assurer la comparabilité avec les deux dernières enquêtes, ce seuil de pauvreté a été réajusté à 90 000 FRw pour 2005/2006 et 118 000 FRw pour 2010/2011. †La fécondité désirée est le nombre de naissances qu'une femme aurait si elle évitait toutes les naissances non désirées, définies comme celles survenues après que la femme a atteint sa taille de famille idéale. ‡Les naissances inopportunes sont celles qui se produisent plus tôt que la femme n'en désire; les naissances non désirées sont celles qui surviennent quand la femme ne désire plus d'enfants. §Les soins professionnels prénatals sont ceux fournis par un médecin ou un infirmier; les données se rapportent aux soins prénatals pour la naissance la plus récente parmi les femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête. **Comprend la pilule, le DIU, les injectables, la stérilisation (féminine et masculine), l'implant et le condom masculin. †† Comprend la continence périodique et le retrait (coût interrompu), la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée et la Méthode des Jours Fixes. †††Une femme a des besoins non satisfaits en contraception si elle est mariée, fertile (et n'est pas enceinte ou en aménorrhée), et ne désire pas d'enfant dans les deux prochaines années ou veut arrêter d'avoir des enfants, mais n'utilise aucune méthode contraceptive. §§Comprend les femmes qui ont déclaré vouloir un enfant plus tard ou qui n'étaient pas certaines du moment / indéterminées. ***Comprend les femmes stérilisées et celles dont les partenaires sont stérilisés. †††Défini comme ayant eu des rapports sexuels au cours des trois derniers mois. ††††Basé sur un échantillon non pondéré de 25–49 observations, de sorte que les résultats devraient être interprétés avec prudence. §§§Données non disponibles à cause d'un échantillon non pondéré de moins de 25 observations. ****Une jeune femme a des besoins non satisfaits de contraception si elle est sexuellement active, fertile (et n'est pas enceinte ou en aménorrhée), et ne désire pas d'enfant dans les deux prochaines années ou veut arrêter d'avoir des enfants, mais n'utilise aucune méthode contraceptive.</p>									
<p>N.B. na=non applicable. nd=non disponible. Pour toutes les données provinciales de 2000—voir l'encadré des sources de données pour le regroupement d'anciennes provinces aux nouvelles (page 12). Par souci de brièveté, l'EIDSR de 2007–2008 est désignée comme ayant été menée en 2008, car il n'y a eu que deux semaines de collecte des données en 2007.</p>									
<p>Sources Pour les données sur la pauvreté—référence 29; pour toutes les autres données—références 9, 10, 11, 12, 13, 14 et 45, et Guttmacher Institute, calculs spéciaux de données de l'Enquête Démographique et de Santé, Rwanda 2005.</p>									

Références

1. Kigali Memorial Centre, Genocide, sans date, <<http://www.kigalimemorialcentre.org/old/genocide/index.html>>, site consulté le 9 mai, 2012.
2. National Institute of Statistics of Rwanda (NISR), *National Population Projections 2007–2022*, Kigali, Rwanda: NISR, 2009.
3. Inter-Parliamentary Union, Women in national parliaments: status as of November 30, 2011, <<http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm>>, site consulté le 11 février, 2012.
4. NISR, *Statistical Yearbook, 2011 Edition*, Kigali, Rwanda: NISR, 2011.
5. Saksena P et al., Mutual health insurance in Rwanda: evidence on access to care and financial risk protection, *Health Policy*, 2011, 99(3):203–209.
6. Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies, United Nations Population Division, Population density by major area, region and country, 2010, <http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_population.htm>, site consulté le 29 février, 2012.
7. Ministère des Finances et de la Planification Economique, *Vision 2020 du Rwanda*, Kigali, Rwanda: Ministère des Finances et de la Planification Economique, 2000.
8. Ministère des Finances et de la Planification Economique, *Economic Development and Poverty Reduction Strategy, 2008–2012*, Kigali, Rwanda: Ministère des Finances et de la Planification Economique, 2007.
9. Institut National de la Statistique du Rwanda (INSR) et ORC Macro, *Enquête Démographique et de Santé, Rwanda 2005*, Kigali, Rwanda: INSR; et Calverton, MD, Etats-Unis: ORC Macro, 2006.
10. INSR, Ministère de la Santé et ICF Macro, *Rwanda Demographic and Health Survey, 2010*, Kigali, Rwanda: INSR et Ministère de la Santé; et Calverton, MD, Etats-Unis: ICF Macro, 2011.
11. Guttmacher Institute, calculs spéciaux de données de l'Enquête Démographique et de Santé, Rwanda 2000.
12. Guttmacher Institute, calculs spéciaux de données de l'Enquête Intermédiaire sur les Indicateurs Démographiques et de Santé, Rwanda 2007–2008.
13. Guttmacher Institute, calculs spéciaux de données de 2010 Rwanda Demographic and Health Survey.
14. Ministère de la Santé, Office National de la Population et ORC Macro, *Enquête Démographique et de Santé, Rwanda, 2000*, Kigali, Rwanda: Ministère de la Santé et Office National de la Population; et Calverton, MD, Etats-Unis: ORC Macro, 2001.
15. Codes et lois du Rwanda: Décret-Loi N° 21/77 Code Pénal, 18 août 1977 (1980).
16. République du Rwanda, Loi Organique portant code pénal, No 01/2012/OL du 2/5/2012, *Official Gazette*, No. spécial de 14 juin 2012.
17. Basinga P et al., Abortion incidence and postabortion care in Rwanda, *Studies in Family Planning*, 2012, 43(1):11–20.
18. Ministère de la Santé, *Human Resources for Health Policy*, Kigali, Rwanda: Ministère de la Santé, 2012.
19. Levandowski BA et al., Estimating the incidence of abortion in Malawi, article non publié, Chapel Hill, NC, Etats-Unis: Ipas, 2012.
20. Sedgh G et al., Estimating abortion incidence in Burkina Faso using two methodologies, *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):147–154.
21. Singh S et al., The incidence of induced abortion in Uganda, *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31(4):183–191.
22. Singh S et al., The estimated incidence of induced abortion in Ethiopia, 2008, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2010, 36(1):16–25.
23. Harlap S, Shinon PH et Ramcharan S, A life table of spontaneous abortions and the effects of age, parity and other variables, dans: Porter IH et Hook EB, eds., *Human Embryonic and Fetal Death*, New York: Academic Press, 1980, pp. 145–158.
24. Bongaarts J et Potter RG, *Fertility, Biology and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*, New York: Academic Press, 1983.
25. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, Genève: OMS, 2011.
26. Vyankandondera J et Nsanzabera J, Clinical presentations and management of complications of unsafe abortion in Kigali in Rwanda University Teaching Hospital, communication non publiée, sans date.
27. Association Rwandaise pour le Bien-être Familial (ARBEF), *Abortion and Young People in Rwanda: A Booklet of Personal Stories About Abortion*, Kigali, Rwanda: ARBEF, 2011.

28. Singh S et al., *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, New York: Guttmacher Institute, 2009.
29. NISR, *Third Integrated Household Living Conditions Survey: Main Indicators Report*, Kigali, Rwanda: NISR, 2012.
30. Babalola S, Perceived peer behavior and the timing of sexual debut in Rwanda: a survival analysis of youth data, *Journal of Youth and Adolescence*, 2004, 33(4): 353–363.
31. Petroze RT et al., Comprehensive national analysis of emergency and essential surgical capacity in Rwanda, *British Journal of Surgery*, 2012, 99(3):436–443.
32. Données non publiées de l'Enquête des Professionnels de Santé de 2010, Rwanda, Guttmacher Institute.
33. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *Building Momentum: Global Progress Toward Reducing Maternal and Child Mortality*, Seattle, WA, Etats-Unis: IHME, 2008.
34. OMS et al., *Trends in Maternal Mortality 1990 to 2008: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, Genève: OMS, 2010.
35. Cohen S, Facts and consequences: legality, incidence and safety of abortion worldwide, *Guttmacher Policy Review*, 2009, 12(4):2–6.
36. Mukombozi B, Teenager charged with abortion, *The New Times*, 13 de juillet, 2011.
37. Mukombozi B, Three teenage girls jailed over abortion, *The New Times*, 11 de novembre, 2011.
38. Nkurunziza S, Two arrested for illegal abortions, *The New Times*, 23 d'avril, 2011.
39. Kanyesigye F, Clinic closed over abortion, *The New Times*, 23 de juillet, 2011.
40. Maternal and Child Health Integrated Program, Health facility and community readiness to offer post abortion care: assessment in Rwanda, draft report, Kigali, Rwanda: Maternal and Child Health Integrated Program, sans date.
41. Jagwe-Wadda G, Moore AM et Woog V, Abortion morbidity in Uganda: evidence from two communities, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 26.
42. Données non publiées de l'Enquête des Etablissements de Santé de 2010, Rwanda, Guttmacher Institute.
43. OMS, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, second edition, Genève: OMS, 2012.
44. Bankole A, Singh S et Haas T, Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(3):117–127 & 152.
45. Ministère de la Santé, INSR et ICF Macro, *Enquête Intermédiaire sur les indicateurs Démographiques et de Santé, Rwanda 2007–2008*, Kigali, Rwanda: Ministère de la Santé et INSR; et Calverton, MD, Etats-Unis: ICF Macro, 2009.
46. Measure DHS, Modern contraceptive use, 14 Eastern Africa countries, June 2012, <<http://statcompiler.com/>>, site consulté le 20 décembre, 2011.
47. Trussell J, Contraceptive efficacy, dans: Hatcher RA et al., eds., *Contraceptive Technology*, 19th revised edition, New York: Ardent Media, 2007, pp. 747–826.
48. Basinga P, Impact of performance-based financing on the quantity and quality of maternal health services in Rwanda, thèse non publiée, New Orleans, LA, Etats-Unis: Tulane University, 2009.
49. Basinga P et al., Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation, *Lancet*, 2011, 377(9775):1421–1428.
50. INSR, Ministère de la Santé et Macro International, *Enquête sur la prestation des services de soins de santé, Rwanda, 2007*, Kigali, Rwanda: INSR et Ministère de la Santé; et Calverton, MD, Etats-Unis: Macro International, 2008.
51. Sedgh G et al., Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 37.
52. Population Services International (PSI), *Rwanda (2006): Planification Familiale Enquête TRaC pour Evaluer l'Utilisation des Méthodes Contraceptives Modernes, Premier Passage*, Washington, DC: PSI, 2006.
53. Family Health International (FHI), *Expanding Contraceptive Use in Rwanda*, Research Triangle Park, NC, Etats-Unis: FHI, 2010.
54. Ministère de la Santé, *National Family Planning Policy and Its Five-Year Strategies (2006–2010)*, Kigali, Rwanda: Ministère de la Santé, 2006.
55. IHME, Maternal mortality estimates and MDG 5 attainment by country, 1990–2011, Sept. 23, 2011, <<http://www.healthmetricsandevaluation.org/ghdx/record/maternal-mortality-estimates-and-mdg-5-attainment-country-1990-2011>>, site consulté le 21 juin, 2012.
56. OMS et al., *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010, WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank Estimates*, Genève: OMS, 2012.

57. Ministère de la Santé, *Family Planning Policy, 2011–2015*, Kigali, Rwanda: Ministère de la Santé, 2011.

58. Davis D, Hurley L et Stratton S, *Technical Brief: Successful No-Scalpel Vasectomy Pilot Program in Rwanda*, Chapel Hill, NC, Etats-Unis: IntraHealth International, sans date, <http://www.intrahealth.org/files/media/rwandas-commitment-to-making-family-planning-services-available-to-all/Tech_Brief_No_Scalpel_Vasectomy_web.pdf>, site consulté le 15 mai, 2012.

59. Ministère de la Santé et FHI 360, *Rwanda Takes No-Scalpel Vasectomy Training Nationwide*, FHI360: Durham, NC, Etats-Unis, 2011, <<http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/e76g4ttp5eqplvftq77k22nkfoun2tns4rdu7e6dovlz4jfxiraj23zodjzdwckobrmye2dgcxnh/VasectomybriefDakar.pdf>>, site consulté le 15 mai, 2012.

60. Xavier HF, Isange Center: Holistic care to survivors of SGBV, présentation PowerPoint, Mombasa, Kenya, 25 de février, 2010.

61. U.S. Agency for International Development (USAID), *HIV/AIDS Health Profile: Rwanda, 2010*, <http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/africa/rwanda.pdf>, site consulté le 15 mai, 2012.

62. USAID, *HIV/AIDS Health Profile: Sub-Saharan Africa, 2011*, <http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/africa/hiv_summary_africa.pdf>, site consulté le 15 mai, 2012.

63. Bankole A, Biddlecom A et Dzekedzeke K, Women's and men's fertility preferences and contraceptive behaviors by HIV status in 10 Sub-Saharan African Countries, *AIDS Education and Prevention*, 2011, 23(4):313–328.

64. Mukakabanda S, Women saved, births planned, présentation PowerPoint faite à la dissémination de *Abortion incidence and postabortion care in Rwanda*, Kigali, Rwanda, 20 de mars, 2012.

65. Ministère de la Santé, *National Comprehensive Treatment Protocol for Postabortion Care Services*, Kigali, Rwanda: Ministère de la Santé, 2012.

66. Benson J, Responding to unsafe abortion in Africa: what have we learned from intervention research? présentation Powerpoint, Linking Research to Action to Reduce Unsafe Abortion in Sub-Saharan Africa: A Regional Consultation, Addis-Abeba, Ethiopie, 22 de mars, 2006.

67. République du Rwanda, Arrêté présidentiel n°05/01 du 03/05/2012 portant levée de la réserve émise par la République du Rwanda à l'article 14.2. c) du Protocole à la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, *Official Gazette*, No. spécial, 4 de mai, 2012, pp. 32–35.

68. Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, Protocole à la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des femmes en Afrique, 11 juillet, 2003, <<http://old.achpr.org/francais/women/Protocolwomen.pdf>>, site consulté le 15 mai, 2012.

69. Prada E et al., *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Colombia: Causes and Consequences*, New York: Guttmacher Institute, 2011.

ENCADRE SUR LES DONNEES

1. Singh S, Prada E et Juarez F, The Abortion Incidence Complications Method: a quantitative technique, dans: Singh S, Remez L et Tartaglione A, eds., *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, New York: Guttmacher Institute; et Paris: Union Internationale pour l'Etude Scientifique de la Population, 2010, pp. 71–98.

2. Ministère de la Santé, Office National de la Population et ORC Macro, *Enquête Démographique et de Santé, Rwanda, 2000*, Kigali, Rwanda: Ministère de la Santé et Office National de la Population; et Calverton, MD, Etats-Unis: ORC Macro, 2001.

3. Institut National de la Statistique du Rwanda (INSR) et ORC Macro, *Enquête Démographique et de Santé, Rwanda 2005*, Kigali, Rwanda: INSR; et Calverton, MD, Etats-Unis: ORC Macro, 2006.

4. Ministère de la Santé, INSR et ICF Macro, *Enquête Intermédiaire sur les indicateurs Démographiques et de Santé, Rwanda 2007–2008*, Kigali, Rwanda: Ministère de la Santé et INSR; et Calverton, MD, Etats-Unis: ICF Macro, 2009.

5. INSR, Ministère de la Santé et ICF Macro, *Rwanda Demographic and Health Survey, 2010*, Kigali, Rwanda: INSR et Ministère de la Santé; et Calverton, MD, Etats-Unis: ICF Macro, 2011.

6. Trussell J, Contraceptive efficacy, dans: Hatcher RA et al., eds., *Contraceptive Technology*, 19th revised edition, New York: Ardent Media, 2007, pp. 747–826.

7. National Institute of Statistics of Rwanda (NISR), *National Population Projections 2007–2022*, Kigali, Rwanda: NISR, 2009.

ENCADRE METHODOLOGIQUE

1. Singh S, Prada E et Juarez F, The Abortion Incidence Complications Method: a quantitative technique, dans: Singh S, Remez L et Tartaglione A, eds., *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, New York: Guttmacher Institute; et Paris: Union Internationale pour l'Etude Scientifique de la Population, 2010, pp. 71–98.

2. Bongaarts J et Potter RG, Fertility, *Biology and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*, New York: Academic Press, 1983.
3. Harlap S, Shinon PH et Ramcharan S, A life table of spontaneous abortions and the effects of age, parity and other variables, dans: Porter IH et Hook EB, eds., *Human Embryonic and Fetal Death*, New York: Academic Press, 1980.
4. Basinga P et al., Abortion incidence and postabortion care in Rwanda, *Studies in Family Planning*, 2012, 43(1):11–20.
5. McGready R et al., Adverse effects of falciparum and vivax malaria and the safety of antimalarial treatment in early pregnancy: a population-based study, *Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12(5):388–396.
6. National Institute of Statistics of Rwanda (NISR) et ICF Macro, *Rwanda Demographic and Health Survey*, 2010, Calverton, MD, Etats-Unis: NISR, Ministry of Health et ICF Macro, 2011.
7. Wort UU et al., The impact of endemic and epidemic malaria on the risk of stillbirth in two areas of Tanzania with different malaria transmission patterns, *Malaria Journal*, 2006, 5(89), <<http://www.malariajournal.com/content/5/1/89>>, site consulté le 23 mai, 2012.
8. Van Geertruyden J et al., The contribution of malaria in pregnancy to perinatal mortality, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2004, 71(2 Supplement): 35–40, <http://www.ajtmh.org/content/71/2_suppl/35.full.pdf+html>, site consulté le 23 mai, 2012.
9. Maternal, newborn and adolescent health: Stillbirths, Definition, <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/>, site consulté le 23 mai, 2012.
10. Basinga P et al., Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation, *Lancet*, 2011, 377(9775):1421–1428.
11. Mugeni C, Ngabo F et James H, *Community Performance-Based Financing in Health: Incentivizing Mothers and Community Health Workers to Improve Maternal Health Outcomes in Rwanda*, Kigali: Ministry of Health, 2011.
12. Levandowski BA et al., Estimating the incidence of abortion in Malawi, article non publié, Chapel Hill, NC, Etats-Unis: Ipas, 2012.
13. Sedgh G et al., Estimating abortion incidence in Burkina Faso using two methodologies, *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):147–154.
14. Singh S et al., The incidence of induced abortion in Uganda, *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31(4):183–191.
15. Singh S et al., The estimated incidence of induced abortion in Ethiopia, 2008, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2010, 36(1):16–25.

Grossesse non désirée et avortement provoqué au Rwanda: causes et conséquences est disponible en ligne. Des exemplaires imprimés sont disponibles gratuitement pour les lecteurs dans les pays en développement, et peuvent être achetés à \$25 aux États-Unis et autres pays développés. Les frais de préparation et d'envoi sont supplémentaires. Des rabais pour grandes quantités sont disponibles sur demande. Pour télécharger ou acheter des exemplaires imprimés, veuillez visiter www.gutmacher.org.

©2012 Guttmacher Institute, une association à but non lucratif qui a pour mission de faire progresser la santé et les droits sexuels et reproductifs à travers un programme interconnecté de recherche, d'analyse politique et d'éducation publique visant à susciter de nouvelles idées, encourager un débat public éclairé, et promouvoir le développement de politiques et de programmes solides. Tous droits, y compris de traduction en d'autres langues, sont réservés sous la Convention universelle sur le droit d'auteur, la Convention de Berne pour la protection des œuvres littéraires et artistiques, et les Conventions inter- et panaméricaines sur le droit d'auteur (Mexico et Buenos Aires). Les droits de traduction de l'information contenue dans ce rapport peuvent être dérogés.

ISBN: 978-1-934387-11-5

Citation suggérée: Basinga P et al., *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Rwanda: causes et conséquences*, New York: Guttmacher Institute, 2012.

Conception graphique: © Emerson, Wajdowicz Studios / NYC / www.designEWS.com
Photo de couverture: © Guenter Guni/iStockphoto 2008

Guttmacher Institute
125 Maiden Lane, 7th Floor
New York, NY 10038 USA
Telephone: +1-212-248-1111
Fax: +1-212-248-1951
Email: info@gutmacher.org
www.gutmacher.org

Université Nationale du Rwanda/
Ecole de Santé Publique
B.P. 5229
Kigali, Rwanda
Téléphone: +250 (0) 252 500 014
Fax: +250 (0) 252 530 121
Email: info@nursph.org
www.sph.nur.ac.rw



National
University of
Rwanda



School of Public Health