PN-AAH 115
6 17 46
62

= French version of
PN-AAK-124

RAPPORT DE MISSION
SUR
L'ASSISTANCE NECESSAIRE
A LA
REALISATION D'UN PROGRAMME NATIONAL
DE
PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE
ET DE
PLANNING FAMILIAL AU RWANDA

PREPARE PAR:

WILLIAM H. BOYNTON, M.D.,M.P.H.

RICHARD E. DOWNS, PH.D.

YOLANDE JEMAI, I.D.P.

SHELLEY E. ROSS LARSON, M.P.H.

EQUIPE DE:

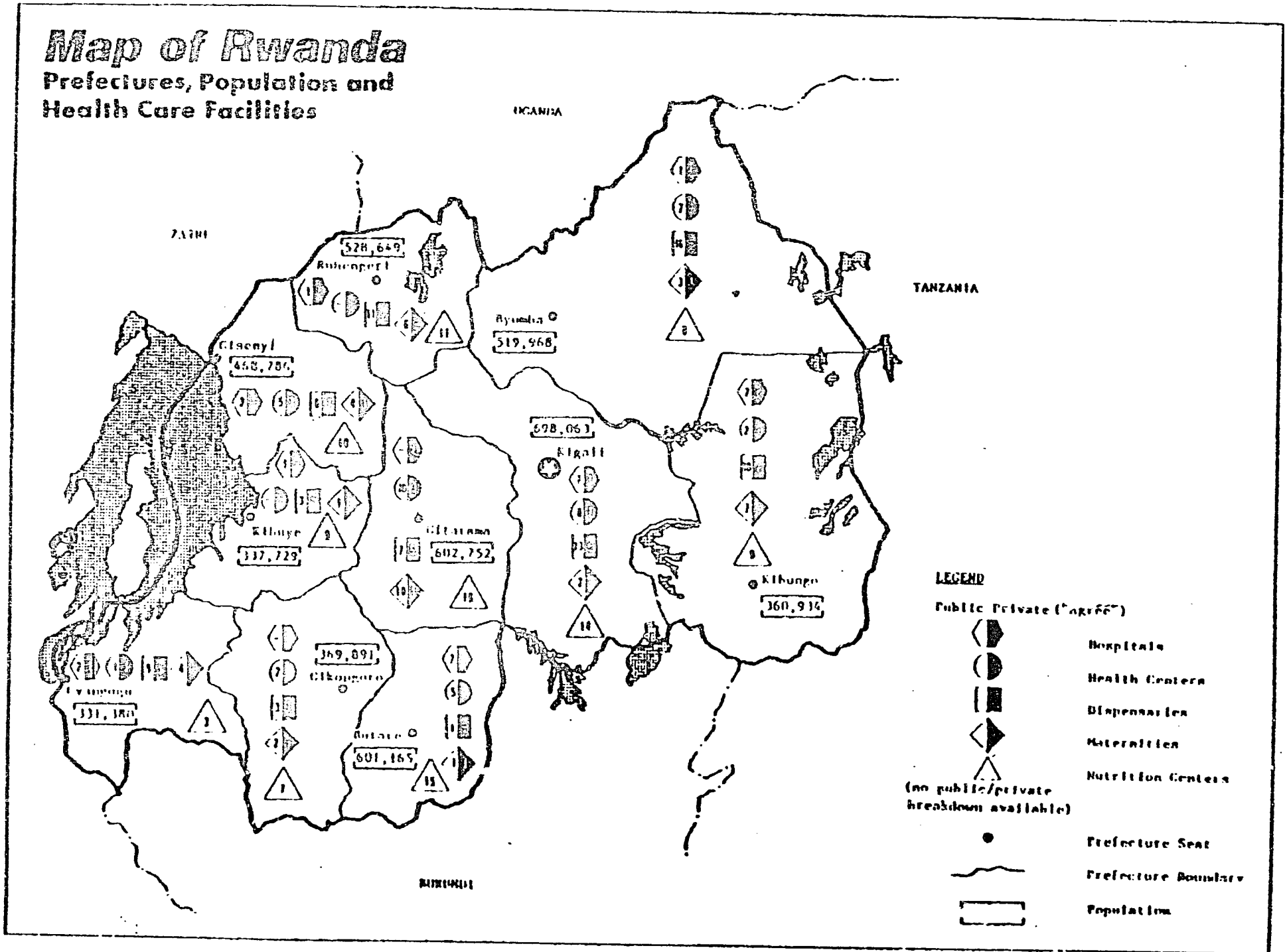
AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION

PENDANT LA PERIODE:

18 JUIN 1981 - 13 AOUT 1981

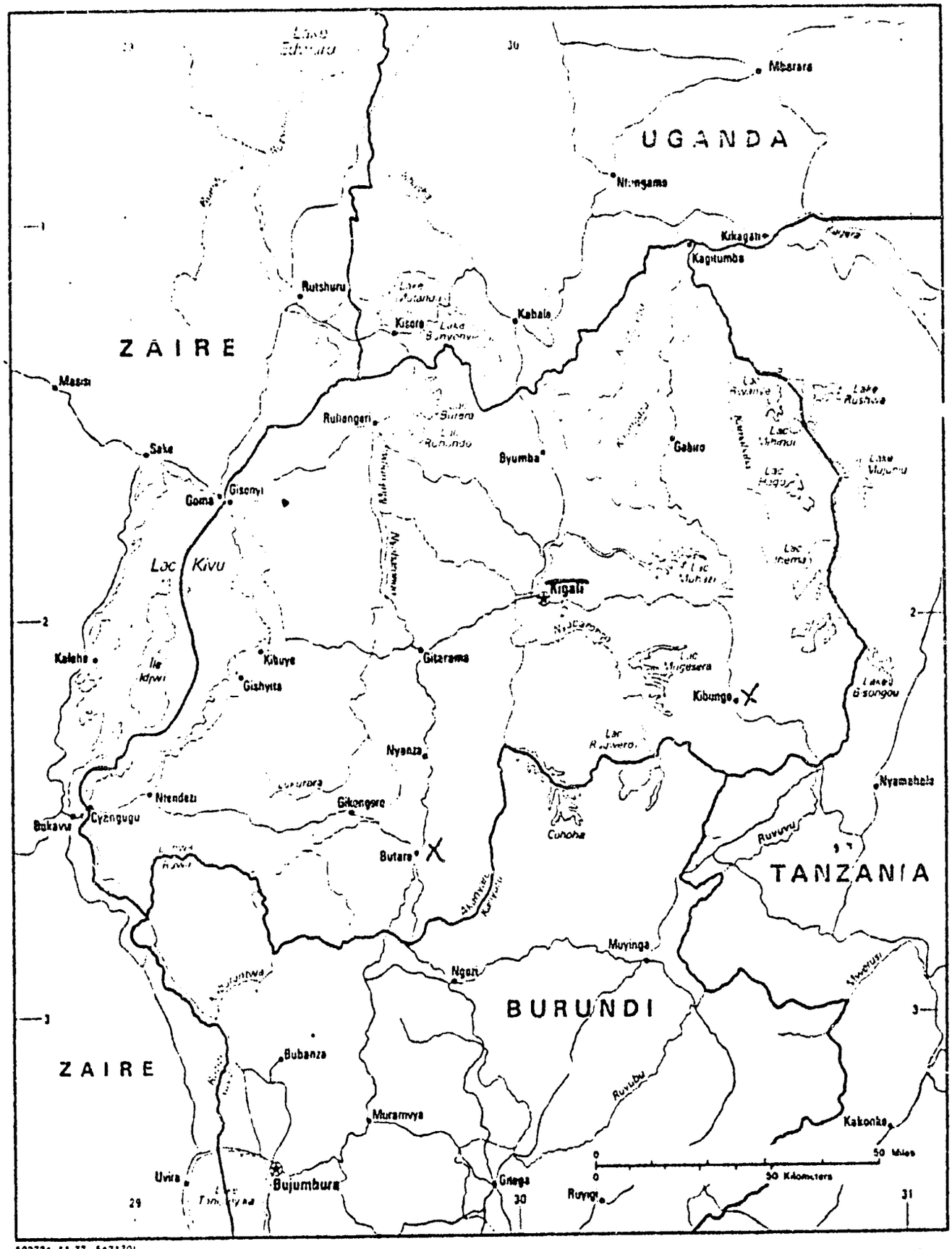
Map of Rwanda

Prefectures, Population and Health Care Facilities



University Research Corporation/81

Rwanda



502734 11-77 542170i
Mercator Projection
Scale 1:1,600,000

Road
Airport

REMERCIEMENTS

Ce rapport a pu être réalisé grâce au support de l'Association Américaine de Santé Publique (American Public Health Association - APHA) et de l'Agence pour le Développement International (AID) qui prit en charge les frais de l'Etude de Projet. L'information fondamentale et la vue d'ensemble sur la situation de la santé au Rwanda, furent obtenues par de petits entretiens dirigés par le personnel d'APHA, de l'AID et de l'USAID/Kigali, ainsi que par la lecture de documents soigneusement sélectionnés.

La coopération et le support de nombreux Rwandais et des membres du personnel de l'USAID ont rendu cette mission à la fois agréable et productive. L'équipe voudrait remercier, en plus de ces personnes, la Coopération Technique Allemande, pour sa coopération et son assistance en menant l'enquête "Projet Agro-Pastoral/Nyabisindu", sur les attitudes de la population de ce groupe particulier.

Des remerciements particuliers sont adressés à Rob et Elisabeth Robertson pour leur hospitalité et leur continuel support.

TABLE DES MATIERES

	Page
CARTES DU RWANDA	i, ii
RECONNAISSANCE - REMERCIEMENTS	iii
PREAMBULE	xiii
I. INTRODUCTION	1
II. CADRE HISTORIQUE DU RWANDA	2
III. LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE AU RWANDA	5
Caractéristiques de la Population	5
A. Statistiques sur la Santé	11
1. Généralités	11
2. Immunisation	13
3. Santé de la Mère et de l'Enfant et Planning Familial	14
B. Informations Fondamentales sur la Population	19
1. Statistiques Fondamentales et Systèmes d'Enregistrement de l'Etat Civil	19
2. Recensements et Enquêtes	20
C. Recherches sur les Dynamiques de la Population	22
1. Institut Africain et Mauricien des Statistiques et d'Economie Appliquée	23
2. Office National de la Population	24
Politique en Matière de Population au Rwanda	25
Réalisation d'un Programme de PMI/PF	26
A. Impact Démographique d'un Programme de PMI/PF	26
B. Statistiques Relatives au Programme de Planning Familial	41
1. Phase Préparatoire (1981)	41
2. Phase Expérimentale (1982)	42
3. Application (1983-1986)	48
C. Programme sur la Recherche	48

Page

1. Evaluation et Recherche du Programme de PF 49
2. Recherche sur les Dynamiques de la Population 51

Enquête Nationale sur la Fécondité 52
Recommandations 53

A. Politique en Matière de Population 53
B. Statistiques du PF 53
C. Recherche et Evaluation du Programme de PF 54

1. 1981 54
2. 1982 55
3. 1984 55

D. Recherche sur les Dynamiques de la Population 55

1. 1981 55
2. 1982 56
3. 1983-1984 56

IV. ANALYSE SOCIALE 57

Objet de l'Etude 57
Méthodologie 57
Objectifs et Catégorie Sociale Choisie 57
Structure Sociale Traditionnelle 58
Effets Causés par le Colonialisme 61
Le Rwanda Aujourd'hui 62
Attitudes Vis-à-vis du Planning Familial 64
Obstacles au Contrôle des Naissances 66
Nécessité de Mise en Oeuvre du Programme de PF 68
Propositions Relatives à la Recherche Sociale et à la Formation 69

V. SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE ET DE PLANNING FAMILIAL 71

Généralités 71
Situation Sanitaire 71
Ressources Sanitaires et de Planning au Rwanda 73

A. Services Institutionnels 73
B. Centres de Santé 77
C. Dispensaires 77
D. Postes Sanitaires 77
E. Pharmacies 78
F. Besoins 78

Personnel 78

Page

A. Docteurs 78
B. Infirmières A-1 (ESSI) 80
C. Assistants-Médicaux A-2 80
D. Infirmières Sages-Femmes A-2
E. Infirmières Auxiliaires Sages-Femmes 80
F. Aides Infirmières Sages-Femmes 80
G. Autre Personnel 80
H. Répartition du Personnel au MINISANTE 81
I. Répartition du Personnel dans les Centres de Santé 81
J. Besoins 81

Santé de la Mère et de l'Enfant 81
Programme de Vaccination 87
Centres Nutritionnels 87
Autres Activités Sanitaires 90
Conclusions 92

VI. STRATEGIE POUR LA MISE EN OEUVRE D'UN PROGRAMME NATIONAL DE PMI/PF 93

Généralités: Etablissement de l'ONAPO 93
Politique en Matière de Contrôle des Naissances 94
Distribution des Services 94
Mise en Oeuvre et Développement du Programme National 95

A. Hôpitaux Pilotes de Référence: Services et Statistiques 95
B. Equipement et Approvisionnement 95
C. Formation 96
D. Evaluation et Planifications de l'Avenir 96

Méthodes Contraceptives 97
Conditions Requises pour Supporter les Services PMI/PF 98

A. Formation 98
1. Visites d'Observation (12 Mois/Personne, $100.000) 99
2. Formation à Long Terme (14 Ans/Personne, $280.000) 99
3. Formation à Court Terme de trois mois (21 Mois/Personne, $75.000) 100
4. Formation à Court Terme d'un mois (25 Mois/Personne, $100.000) 100
5. Instruction Locale d'une Semaine (500 Semaines/Personnes, $50.000) 100
6. Séminaires d'Evaluation des Progrès de PMI/PF, d'une Semaine (100 Semaines/Personne, $100.000) 101

B. Besoins en Contraceptifs 101

Page

C. Autres Besoins 102
D. Infrastructure 104
E. Transport 104

VII PROGRAMME D'INFORMATION, D'EDUCATION ET DE COMMUNICATION 105

Formation 106
Instruction en Groupe pour des Publics Spécifiques 106

A. Centres de Formation Communaux, Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif 106
B. Centres Nutritionnels 107
C. Centres de Santé et Dispensaires 108
D. Hôpitaux 109

Développement de l'Utilisation de Matériel Educatif Audiovisuel 110

A. Commodités pour le Développement et la Production de Matériels Educatifs sur la Santé 110

1. Ministère de la Santé, Bureau de l'Education Sanitaire, Section Artistique, Kigali 110
2. Centres de Santé 110
3. Université Radiophonique de Gitarama 110
4. Centre de Formation Nutritionnelle, Ruhengeri 110
5. Centre Universitaire de Santé Publique, Université Nationale du Rwanda 111
6. ORINFOR 111
7. Institut Pédagogique National, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique 111
8. Atelier de Production de Supports Visuels, BUFMAR, Kigali 111
9. Atelier, Projet Agricole de Kibuye 112
10. Atelier, Frères des Hommes, Séminaire St. Paul, Kigali 112
11. Projet-Pilote, Centre de Santé PMI, Kibirizi 112

B. Commodités Relatives à l'Imprimerie 112

1. Imprimerie de Kabgayi 112
2. Université Radiophonique de Gitarama 112
3. Imprimerie de Kigali 113
4. Imprimerie de l'Education Nationale, Kicukiro 113
5. ORINFOR 113

C. Services de Distribution 113

1. Centre de Documentation, Kigali 113
2. "Catholic Relief Service", Kigali 113
3. Agence de Communication Internationale des Etats-Unis 114

Page

4. Bureau d'Education Sanitaire Ministère de la Santé, Kigali 114
5. Cinémathèque, ORINFOR 114

Utilisation des Mass Media 114

A. Radio 114
B. Journaux 116

Développement d'un Programme d'Enseigneme 116

Stratégie Concernant l'IEC 118

VIII FORMATION 126

IX CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 136

BIBLIOGRAPHIE 136

APPENDICES

Appendice A: Liste des Contacts

Appendice B: Liste des Sites Visités

Appendice C: Liste des Documents Consultés

Appendice D: Fiche de Planning Familial, Clinique de Butare

Appendice E: Organisation des Services de Santé au Rwanda

Appendice F: Organigramme du Ministère de la Santé Publique

Appendice G: Organigramme de l'Office National de la Population

Appendice H: Infrastructure de la Santé au Rwanda, 1980

Appendice I: Organigramme et Programmes d'Enseignement de l'Institut Pédagogique National

Appendice J: Programme de Formation (quatre mois) des Monitrices

Appendice K: Fiches Modèles Concernant le Contrôle de la Santé

Appendice L: Essai d'Estimation de la Quantité des Nouvelles Acceptantes

Appendice M: Besoins en Assistance Technique en Démographie et Informatique

Appendice N: Formation

Appendice O: Proposition du Projet de Formation en Statistiques de Planning Familial

Appendice P: Indices Démographiques Sélectionnés pour le Rwanda

Appendice Q: Liste des Médicaments Essentiels.

LISTE DES TABLEAUX

Numéro	Titre	Pag
Tableau III-1	Population, Surface et Densité de la Population, par Préfectures, 15 août 1978	6
Tableau III-2	Médecine Préventive: Consultations Prénatales dans les Hôpitaux Publics et Agrées, 1979	17
Tableau III-3	Médecine Préventive: Consultations des Nourrissons dans les Hôpitaux	18
Tableau III-4	Nombre de Naissances à éviter par le Programme de PF	33
Tableau III-5	Prévisions du Nombre de Femmes Protégées par le PF au 1er Octobre	34
Tableau III-6	Taux de Continuation à la Pilule et au Stérilet	36
Tableau III-7	Femmes Protégées,au 1er Octobre par Méthode de PF, Modèle A	37
Tableau III-8	Nombre de Nouvelles Acceptantes par Méthode de PF, Modèle A	38
Tableau III-9	Femmes Protégées, au 1er Octobre, par Méthode de PF, Modèle B	39
Tableau III-10	Nombre de Nouvelles Acceptantes par Méthodes de PF, Modèle B	40
Tableau V-1	Statistiques Démographiques, Rwanda 1980	72
Tableau V-2	Estimations Démographiques	74
Tableau V-3	Dix Causes Principales de Décès des Malades Hospitalisés, 1974-1978	75
Tableau V-4	Maladies Contagieuses Enregistrées au Rwanda en 1979	76
Tableau V-5	Besoins en Centres de Santé	79
Tableau V-6	Distribution du Nombre de Personnel Médical et Paramédical, par Catégorie et par Préfecture, 1979	82
Talbeau V-7	Besoins Annuels en Personnel Médical et Paramédical de 1980 à 1986	83

Page

Tableau V-8	Besoins Théorique Global actuel en Personnel Médical et Paramédical dans les Hôpitaux (SIT 1980)	84
Tableau V-9	Inscriptions Nouvelles aux Consultations Prénatales et de Nourrissons, par Type d'Infrastructure Sanitaire et par Préfecture, 1979	85
Tableau V-10	Consultations Nouvelles dans les Formations Sanitaires en 1979, par Préfecture	86
Tableau V-11	Incidence et Distribution des Principales Maladies Transmissibles au Rwanda, 1979	88
Tableau V-12	Nombre de Primovaccinations Préventives, par Préfecture, Réalisé en 1980	89
Tableau V-13	Densité du Réseau des Centres Nutritionnels, par Préfecture, 1979	91
Tableau VI-1	Besoins en Contraceptifs	103

LISTE DES AUTRES ILLUSTRATIONS

Numéro	Titre	Page
Diagramme III-1	Pyramide des Ages de la Population du Rwanda, 1978	8
Diagramme III-2	Croissance de la Population en Fonction des Prévisions de la Fécondité, 1977-2027	28
Diagramme III-3	Prévisions des Naissances à Eviter pendant le Troisième Plan	30
Diagramme III-4	Nombre de Nouvelles Acceptantes par Année	32
Modèle III-1a	Fiche Individuelle	43
Modèle III-1b	Consultations Ultérieures	44
Modèle III-1c	Fiche de Maternité Abrégée	45
Modèle III-2	Registre d'Activité de Planning Familial	46
Modèle III-3	Fiche Statistique	47
Document VII-1	Besoins d'Aide Spécifique en Matière de IEC	122
Document VIII-1	Formation de Fonctionnaires Responsables et de Spécialistes en Soins Médicaux de PMI/PF	127
Document VIII-2	Formation pour l'IEC	130
Document VIII-3	Formation des Démographes et des Statisticiens	132
Document VIII-4	Etablissements d'Enseignement Médical et Paramédical au Rwanda	134

PREAMBULE

A la demande de l'Office de la Population du Gouvernement Rwandais (GOR) et de l'USAID/Kigali, l'Association de Santé Publique Américaine (APHA), réunit une équipe de travail composée d'un médecin spécialiste en Santé publique, un anthropologue, un professeur spécialiste de la santé et un démographe pour participer à la réalisation d'un projet concernant un programme national de la Protection Maternelle et Infantile et de Planning Familial (PMI/PF) et à la préparation d'une Etude de Projet. Chaque membre de l'équipe avait eu une expérience outre-mer étendue et une connaissance professionnelle du PMI/PF relative à sa spécialité. Ils passèrent à peu près une semaine à visiter les services médicaux et de développement social représentatifs et à prendre contact avec le personnel réparti dans les différentes régions du Rwanda. L'équipe interviewa de nombreux officiels du Bureau National de la Population (ONAPO), du Ministère de la Santé (MINISANTE), du Ministère des Affaires Sociales et du Développement Communautaire (MINASODECO), du Ministère du Plan (MINIPLAN), du Ministère de l'Education (MINEDUC), et du Bureau de Recensement, des représentants d'Organisations Internationales, telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement (BIRD) ainsi que des citoyens privés bien informés sur ces problèmes. L'équipe prit connaissance de nombreux documents spécifiques fournis par l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID) et le GOR.

Bien qu'il ne soit pas possible de comprendre un pays, les Consultants ont éstimé avoir ressemblé suffisamment d'informations,pour pouvoir se faire une opinion et remplir leur tâche assignée. Les quelques dernières semaines de la mission furent consacrées à la préparation des rapports nécessaires à la réalisation du projet, concernant le Programme National PMI/PF de l'Etude de Projet.

Le Rwanda est un petit pays équatorial enclavé. Avec une nation d'approximativement 5 millions d'habitants, le Rwanda est un pays archétype des pays en voie de développement et principalement traditionnels avec 95% de sa population dans l'agriculture. La population est une population caractéristique bien définie comme rurale/pauvre. Les revenus et le niveau d'éducation du pays sont parmi les plus faibles . Le caractéristique prédominant du pays, problème crucial, est la supopulation, en particulier quand il est question de la rareté de la terre arable et de la malnutrition en découlant. Le Rwanda est un des pays de densité élevée avec plus de 200 habitants au Km2. Le gouvernement est conscient du besoin de développer son potentiel, les échanges se font dans un language commun et le pays a un système de transport relativement bon. Ces conditions favorisent tous les projets.

Le but du MINISANTE est d'offrir un Service Médical de Base (SMB) à tous en l'an 2000. Cet objectif est en accord avec la politique de l'OMS et le désir de l'AID d'atteindre les pauvres ruraux. Bien que le Ministère de la Santé veuille construire encore plus d'hôpitaux qu'il n'est vraisemblablement pas possible de maintenir efficacement, il porte un intérêt tout particulier au développement des services préventifs et de santé pour la mère et l'enfant, tels que la vaccination et les soins prénatals.

Il suit également une politique rationnelle: par exemple, il concentre son attention sur l'approvisionnement de quelques uns des médicaments de base recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé et autorise l'emploi d'un grand nombre d'assistants comme personnel des services de santé là où il manque des professionnels de formation complète. Il devrait réaliser (ou presque) ses objectifs avec au moins un hôpital dans chacune des 10 préfectures et un centre de santé dans chacune des 143 communes au cours des cinq prochaines années.

Le programme de PMI reçoit une assistance technique principalement de l'OMS et une aide matérielle du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) (United Nations International Children's Emergency Fund). Le projet AID proposé fournira une assistance au programme de PMI pour lui permettre de s'agrandir et d'ajouter des services de planning familial.

Etant donné les conditions présentes du Rwanda--surpopulation, malnutrition, taux élevé de naissance et mortalité excessive des mères et des enfants--l'absence de services de planning familial constitue une sérieuse carence au Programme de PMI. Cependant, après sept années d'étude, de recherche et d'examen laborieux du problème de la population, le GOR semble être prêt à instituer un programme efficace de contrôle de la population et de planning familial.

Le Bureau National de la Population fut officiellement institué en janvier 1981 A la suite d'importantes discussions internes, le Président confirma que la politique de l'ONAPO sera d'offrir toutes les méthodes artificielles reversibles techniquement approuvées par les autorités médicales en plus des méthodes naturelles. La stérilisation et les avortements ne sont pas reconnus légalement et ne seront pas offerts comme moyens de contraception du planning familial, mais ils peuvent être pratiqués pour des raisons médicales. Bien que le GOR soit conscient du besoin urgent de contrôler la croissance de la population et de la relation entre le développement économique et social, et la population, le planning familial intensifiera d'abord ses services uniquement dans le domaine de l'espacement des naissances, considéré comme mesure de protection maternelle et infantile. Les services du planning familial seront offerts uniquement par un personnel de santé éduqué à des clients bien informés qui seront libres de choisir, sans contrainte ni persuasion, une des méthodes ou toutes les méthodes.

A l'époque de la visite de l'équipe APHA, plusieurs centres de santé offraient, mais uniquement sur demande, des services de planning familial. Quelques unes de quarante personnes ayant été formées à l'étranger par l'AID ou qui étaient des expatriés offraient ces services. Les contraceptifs ont été approvisionnés irrégulièrement et ad hoc. Les informations ne sont généralement pas conservées car les directives du GOR n'ont pas encore atteint le niveau du travailleur. L'équipe estime qu'environ 2000 personnes ont utilisé les services du planning familial, avec Depo Provera qui est la méthode la mieux acceptée à la fois par le personnel et par les clients; suivent les contraceptifs oraux (COs) et les dispositifs intra-utérins (stérilets). Les préservatifs masculins et les spermicides ne sont généralement pas utilisés, et les ventes en pharmacie sont minimales.

L'équipe pense que le Rwanda est prêt à mettre en oeuvre un programme national de planning familial, le considérant comme un des élements du programme de PMI. Elle pense aussi que l'AID devrait supporter un tel programme en lui assurant les ressources nécessaires, par le projet proposé de $6 millions, pendant 5 ans. Cependant, avant que le projet puisse commencer, on a besoin de garantir l'approvisionnement de contraceptifs et de trousses médicales, soit par le "Pathfinder", soit par l'Assistance Internationale en Planning Familial (AIPF) (Family Planning International Assistance).

Le projet offrira une assistance technique à l'ONAPO et une formation à la fois à l'étranger et locale, pour ceux qui distribuent les services de PMI/PF pour le personnel impliqué dans les activités d'information, d'éducation et de communication du MINISANTE et du MINASODECO pour le personnel des statistiques et démographique et pour le personnel de Recherche en sciences sociales.

On limitera la construction à un centre de formation, quatre centres de santé et deux centres nutritionnels. La construction de ces services représente seulement une petite portion de ce qui est demandé aux donneurs. On doit encourager le GOR à réaliser ses objectifs relatifs aux services de santé. On fournira des véhicules pour la supervision, l'équipement et l'approvisionnement des services de PMI/PF aussi bien que des services d'information. On créera un système administratif d'information statistique et on entreprendra une recherche démographique et en sciences sociales.

On pense qu'en 1981 les trois hôpitaux choisis en référence offriront les services de planning familial. On s'attend à ce que les dix hôpitaux préfectoraux assurent ces services au cours de 1982. Chacune des 143 communes devra offrir un service de planning familial dans ces centres de santé respectifs vers la fin du programme de 5 ans. On peut penser qu'au cours de cette période une plus grande expérience amènera l'ONAPO à libéraliser par la suite sa politique en matière d'approvisionnement des services et de genres de contraceptifs. L'équipe estime que le Programme de planning familial pourra accroître le nombre de nouvelles acceptantes, du chiffre actuel de 2000 à celui de 10.000 en 1982, et à 70.000 en 1987. L'augmentation du nombre de nouvelles acceptantes pourra permettre d'éviter environ 50.000 naissances pendant les cinq années du projet. On a basé ces estimations d'après une expérience incomplète et insuffisamment documentée faite au Rwanda, et d'après une expérience mieux documentée de pays en voie de développement similaires. On doit considérer ces estimations grossièrement, et les réviser au fur et à mesure que le projet progresse.

Le projet pourvoira au nécessaire pour le regroupement et l'analyse des donnés relatives à l'évaluation. Il pourvoira également au nécessaire pour la réalisation d'études spéciales et la recherche en démographie et sur les facteurs socio-économiques qui influencent la réceptivité du planning familial et les décisions à prendre sur le programme.

L'information actuelle sur les attitudes vis-à-vis du planning familial est souvent contradictoire: par conséquent, on prévoit de faire des enquêtes spéciales, telles que des études sur la connaissance, les attitudes et la pratique du planning familial (KAP).

L'équipe s'étant faite une opinion bien fondée, considère que le Rwanda est prêt à mettre en oeuvre un programme de planning familial et qu'on devrait l'encourager et le soutenir dans ses efforts. Le Rwanda a la possibilité de développer un des meilleurs programmes africains. Le pays a un gouvernement solide, orienté sur le développement, qui reconnait le besoin de contrôler l'accroissement de la population. Il y a une très grande différence d'opinion dans le pays concernant la réceptivité du planning familial par la société traditionaliste, semi-catholique, qui favorise les grandes familles. Cependant, la société est en train de changer, et dans tous les lieux où les services du planning familial ont été offerts, les femmes les ont acceptés dans des conditions parfois moins qu'idéales. Le besoin du contrôle de la population dû au manque de terres est largement reconnu à la fois par les hauts fonctionnaires et par la population en général. En tant que pays africain en voie de développement, le Rwanda a un système de PMI adéquat bien développé et bien dirigé, avec 80% de la totalité des femmes recevant des soins prénatals. Le Rwanda est relativement uni et ses routes satisfaisantes rendent le transport et les approvisionnements possibles. La politique du MINISANTE est rationnelle. Le MINASODECO a un réseau d'information bien développé dans les centres nutritionnels et est en train d'agrandir ses centres de développement communautaire. L'ONAPO peut coordonner la mise en oeuvre d'études démographiques, économiques, statistiques et sociologiques nécessaires à un management bien informé, si celui-ci reçoit l'assistance proposée.

I. INTRODUCTION

L'objectif principal de cette étude fut d'assister le Gouvernement Rwandais (GOR) et l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) dans la réalisation d'un programme national de Planning Familial pour la Protection Maternelle et Infantile, (PMI/PF). Le second but fut d'aider l'USAID/Kigali à préparer une étude de projet nécessaire à l'obtention des fonds indispensables à la réalisation de l'assistance proposée. Cette assistance devrait permettre au Gouvernement d'élargir son programme de PMI et d'introduire le planning familial comme un de ses importants services.

Après avoir reçu une orientation aux bureaux de l'AID de Washington, l'équipe vint à Kigali Rwanda, où l'Ambassadeur des Etats Unis, le Directeur de l'USAID le Chef du Développement de la Santé et de la Population, et les fonctionnaires du Bureau National de la Population du Rwanda (ONAPO) lui donnèrent des informations supplémentaires. Malheureusement, la directrice de l'ONAPO était à l'étranger durant le premier mois des travaux de recherche de l'équipe; cependant, elle lui fut de grande assistance quand elle revint.

Le premier mois fut consacré à interviewer les fonctionnaires et à visiter les services de santé représentatifs dans tout le pays. (Voir Annxe A). Partant de Kigali, l'équipe se déplaça jusqu'aux frontières Est, Nord et Sud du pays. L'équipe interviewa les officiels du Ministère de la Santé (MINISANTE) du Ministère des Affaires Sociales et du Développement Communautaire (MINASODECO), du Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire (MINEPRISEC), du Ministère du Plan (MINIPLAN), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de la Banque Internationale pour la Reconstruction et le développement (BIRD -également connu sous le nom de Banque Mondiale), de l'Eglise Catholique, de l'Eglise Adventiste du 7 ème jour (SAWS), du "Catholic Relief Services" (CRS), et des personnalités familiarisées avec ces problèmes. Dans un but de protocole et d'orientation, les membres de l'équipe se réunirent avec des officiels, puis rencontrèrent individuellement ceux de leur spécialité.

II. CADRE HISTORIQUE DU RWANDA

Le Rwanda est un pays homogène du point de vue linguistique. Il a trois groupes ethniques principaux. Les Hutu sont principalement agricoles et représentent 90% de la population. Les Tutsi étaient orginellement des nomades pastoraux, mais eux aussi sont devenus fermiers. Ils représentent approximativement 9% de la population. Les Twa, un groupe pygmoide étaient traditionnellement des chasseurs et des cueilleurs. Aujourd'hui, ils composent moins d'un pour cent de la population. Un quatrième groupe, les Hima, constitue un nombre encore plus petit de nomades-bergers. On trouve cette tribu dans certaines régions au Nord du Rwanda.

On pense que les Twa sont les autochtones du Rwanda. On suppose qu'ils ont été petit repoussés par les Hutu de langue Bantoue, qui ont progressivement défriché une grande partie de la forêt vierge. Au cours du douzième siècle, les Tutsi, qui peuvent être d'origine hamitique, ont peu à peu étendu leur pouvoir sur presque tout le pays, adoptant le language et certaines des institutions politiques des Hutu.

Bien que jamais tout à fait les seuls dirigeants du Rwanda, les Tutsi ont exercé leur domination avec l'assistance des autorités coloniales allemande et belge. Grâce à eux, les Tutsi étendirent leur contrôle et dirigèrent indirectement le pays. Une structure sociopolitique extrêmement centralisée et compliquée se développa sous l'autorité religieusement sacrée de la personne du Mwami. Cette forme de Gouvernement persista jusq'à la prise du pouvoir des Hutu à la suite d'une révolution sanglante qui dura de 1959 à 1962. Une fois au pouvoir, les Hutu établiront une république.

Des désaccords parmi les groupes éthniques du Rwanda et un gouvernement inefficace entraînèrent un coup d'état militaire en 1973 et contribuèrent à la fondation en 1975 du Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement. Les objectifs de cette organisation politique étaient de réconcilier les groupes éthniques et de promouvoir le développement économique et social du pays.

Malgré la politique du gouvernement et la fuite des milliers des Tutsi dans les pays avoisinants, des tensions éthmiques persistent, et à l'occasion seulement peuvent elles s'exprimer politiquement! Un système de quota restreint l'emploi des Tutsi. Beaucoup d'entre eux ont été déplacés pour s'établir dans les régions moins accueillantes du pays. Pendant le recensement de 1978, on dit que les Tutsi avaient été inscrits dans les registres, afin qu'ils puissent être déportés, pour alléger les problèmes démographiques du Rwanda.

Les relations entre les Hutu et les Tutsi varient considérablement, et ce n'est pas toujours possible de les distinguer d'après leurs caractères physiques et leurs manières de vivre. En outre, l'élément dominant Hutu de la population n'est complètement homogène. Il y a des différences régionales significatives, particulièrement entre les régions du Centre et du Sud et celles du Nord qui ne furent jamais assujetties au même degré que le Sud à la domination Tutsi. La région du Sud-Est a aussi des traditions historiques particulières. Récemment elle a reçu un grand nombre de personnes d'autres régions surpeuplées du Rwanda.

En plus des différences traditionnelles etthniques, on peut aussi observer des différences religieuses. Environ la moitié de la population au moins est nominalement chrétienne, avec 95% de catholiques. Les Présbytériens, les Anglicans, les Adventistes du 7éme Jour, les témoins de Jehova, les Baptistes conservateurs représentent les autres dénominations chrétiennes. Il y a un petit nombre, mais grossissant, de musulmans, en particulier dans les villes et parmi les marchands et les commerçants. Le reste de la population pratique des religions traditionnelles, basées sur le culte de l'ancêtre et sur des cultes comme celui du Kubandwa au Centre et au Sud et du Nyabingi au Nord. Des devins et des sorciers sont encore actifs, en particulier dans la région de Gisaka.

Presque tous les terrains arables sont cultivés au Rwanda et 95% du pays dépendent de l'agriculture pour leur subsistance. Par conséquent, le développement est limité.

Pour résoudre ce problème, le Conseil Consultatif Scientifique pour les Problèmes Socio-Démographiques fut crée en 1974. Le Bureau National de la Population, connu aussi sous le nom d'ONAPO, lui succède en Janvier 1981. Les objectifs majeurs de l'ONAPO sont la sensibilisation de la population aux problèmes socio-démographiques et la coordination des programmes de planning familial dans le pays.

Le Rwanda est divisé en 10 préfectures, qui comprennent chacune un nombre varié de sous-préfectures, 143 communes, 1.600 secteurs, et en plusieurs milliers de cellules. Tous les fonctionnaires, des ministres aux préfets et bourgmestres, qui sont les maires des communes, sont nommés. Les conseillers qui assistent les bourgmestres sont élus, comme le sont les délégués des secteurs et des cellules. Les bourgmestres gèrent leurs propres ressources financières provenant des impôts sur les personnes et sur les animaux, afin de promouvoir un développement économique et social local.

La densité de la population varie. elle peut être aussi minime que 85 personnes au Km2 dans les régions de l'Est et du Sud et s'élever à 500 personnes au Km2 dans une partie du Sud et dans les régions du Centre et du Nord. Les Rwandais vivent répartis dans des lieux familiaux, chacun d'entre eux atteint une moyenne de 4,8 personnes. A une certaine époque, la propriété de la terre et le mariage étaient dirigés par un système de descendance patrilinéaire composé de clans (ubwoko) et de 2 types de lignée (umulyango et inzu). Cependant le manque de terres, l'administration centralisée due à la fois aux dirigeants Tutsi et aux coloniaux, l'éducation, et une économie monétaire ont supprimé la raison d'être de ce système. Le noyau familial est devenu largement autonome depuis.

Bien que les chiffres exacts ne soient pas disponibles, le Gouvernement estime que plus de 56% de la population de plus de 7 ans sont analphabètes. Le pourcentage est considérablement plus bas parmi les groupes plus jeunes d'âge. On prétend que 50% d'enfants d'âge scolaire vont à l'école, mais le pourcentage d'enfants qui finissent les 6 années d'école primaire est naturellement beaucoup plus bas.

Le Rwanda prévoit la révision de son système d'éducation en fixant la durée de l'éducation primaire à 8 ans et en instituant un programme de disciplines pratiques. Cet effort sera particulièrement difficile à réaliser, étant donné le manque de personnel et de services adéquats.

III. LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE AU RWANDA

Caractéristiques de la Population

Le Rwanda est une nation enclavée, au centre de l'Afrique. Les caractéristiques de sa population sont étonnamment semblables à celles de nombreux pays asiatiques. La densité de la population, qui est une des plus élevées du monde, fut estimée à 183 habitants au Km2 en 1978, donc en augmentation par rapport au moins de 80 personnes au kilomètre carré, trois décennies plus tôt seulement. Bien que la densité varie d'une façon considérable entre les dix préfectures du pays, pas une région du Rwanda ne peut être qualifiée de sous-peuplée, du moins selon les normes africaines (voir tableau III-1). Le rapport entre la population et les terres cultivées est beaucoup plus élevé- environ 524 personnes au km2 en 1978.[1] Ce rapport est particulièrement important parce que la population du Rwanda est de façon prédominante agricole. En effet, on estime en 1974 que la population rurale globale constituait environ 96,5 pour cent de la population.

Le Rwanda, à l'exemple de nombreux pays africains, est plus disposé à adopter une politique malthusienne de la population. Cependant, à cause de la rareté des terres arables, le Gouvernement a dû instituer une politique de contrôle démographique, pour assurer un développement socio-économique, bien que cette politique aille à l'encontre des traditions fortement pronatalistes.

Bien qu'une pléthore des données sur la population soit disponible, l'exactitude de l'information varie tellement qu'il est difficile d'établir des paramètres démographiques. Certaines personnes affirment qu'il n' y a aucune donnée crédible ou exacte au Rwanda; d'autres prétendent que le milieu statistique est meilleur au Rwanda que dans n'importe quel autre pays africain. Bien qu'on ait une estimation de la population grâce à une enquête des Nations Unies (ONU)[2], une évaluation démographique en 1970, et un recensement administratif en 1976, la seule source de données valables est le premier recensement qui fut réalisé en 1978 avec l'assistance du Fonds des Nations Unies pour les Activités de la Population (FNUAP).

On espère que les données du recensement serviront de point de départ aux prévisions du Gouvernement pour le troisième plan (1982-1986) et qu'elles

---

[1] UNFPA, Rapport de Mission sur l'Evaluation de l'Aide en Matière de Population: Rwanda No. 26, Juin 1979, p.138

[2] ONU. Annuaire Démographique 1970, New York 1971, p. 107 et 114.

TABLEAU III-1

Population, Surface et Densité de la Population, par Préfectures
15 août 1978

Préfectures	Population	Superficie au Recensement[2] (km2)	Surface Agricole Utile Théorique	Pourcentage de la SAUT[3] par rapport à la superficie au Recensement	Densité de la Population (Population au Recensement	Densité Agricole (Population au km2 de la SAUT[3])
Butare	601.165	1.830,0	1.703	93,1	328,5	353,0
Byumba	519.968	3.315,3	2.251	67,9	156,8	231,0
Cyangugu	331.380	2.044,8	1.056	51,6	162,1	31[illegible],8
Gikongoro	369.891	2.192,7	1.515	69,1	168,7	244,2
Gisenyi	468.786	1.847,5	1.290	69,8	253,7	363,4
Gitarama	602.752	2.248,0	2.054	91,4	268,1	293,5
Kibungo	360.934	3.025,5	2.573	85,0	119,3	140,3
Kibuye	337.729	1.004,5	1.296	129,0	336,2	260,6
Kigali	698.063	3.301,7	2.631	79,7	211,4	265,3
Ruhengeri	528.649	1.762,0	1.389	78,8	300,0	380,6
TOTAL	4.819.317	22.572,0	17.758	78.7	213,5	271,4

1 Evaluations préliminaires, Bureau National de Recensement.

2 Les superficies officielles au Recensement excluent la région du Lac Kivu du Parc National.

3 SAUT, ou Surface Agricole Utile Théorique, Source: Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif.

4 La superficie du Lac Kivu et du Parc National totalise 3765 km2 (14,3 pour cent des 26.338 km2 superficie totale du pays). La densité de la population au moment du Recensement était de 183. (population au km2 de la superficie géographique totale).

5 La superficie estimée de la terre arable, terre à cultures permanentes, aussi bien que prairies et pâturages, était de 15.160 km2 en 1975. La densité de la population par km2 de cette surface agricole exploitée était de 317,9.

fourniront un système d'échantillonnage pour les enquêtes nationales. Les résultats préliminaires [1] indiquent une population de 4.819.317, le chiffre projeté par les Nations Unies pour 1980. Si le chiffre est correct, les estimations avançées pour l'année 2000 [2] doivent être révisées pour être augmentées. Si aucune action n'est entreprise, on peut s'attendre à ce que la population atteigne 10 millions, et non 9 millions, en l'an 2000 . [2]

On est peu informé sur la croissance de la population avant le recensement, si ce n'est que le taux de croissance était probablement d'ordre de 3,0 pour cent à 3,3 pour cent. Ce taux est un des plus élevés du monde et est plus élevé que celui de 2,6 pour cent figurant au second plan (1976-1981). En utilisant le pourcentage le plus communément accepté de 3,1%, la population du Rwanda s'éleverait à environ 5.281.550 en 1981; la densité serait de 206 personnes au kilomètre carré.

On utilise un échantillon au dixième de recensement pour élaborer une pyramide des âges échelonnés tous les cinq ans, au graphique III. [3] Cette pyramide démontre la répartition de la population en 1978 par âge et par sexe. La population était jeune avec 45,6% de jeunes de moins de 15 ans; 49,5% représentaient des adultes de 15 à 59 ans et 4,9 pour cent avaient plus de 59 ans. Le rapport entre la population dépendante et la population active était de 0,98, [4] pour cette année. Il est dû à une mortalité importante, surtout parmi les nouveaux-nés et les enfants, et à une fertilité élevée.

L'âge est un élément imprécis qui modifie la crédibilité des autres indications démographiques. L'accroissement de l'âge n'est pas particulièrement gênant (l'index "MYERS" est de 14,4 pour les femmes et de 10,6 pour les hommes); cependant, le déplacement d'un groupe à un autre modifie l'exactitude des estimations démographiques. Il est évident que, d'après l'index des Nations Unies (25,6 pour 1978) et l'enquête démographique de 1970 (81.7), les enfants de 5 à 10 ans sont dans les groupes adjacents de 0 à 4 ans et de 10 à 15 ans et que les adultes de 25 à 35 ans sont dans les groupes adjacents de 13 à 25 et de 35 à 40 ans.

---

[1] Bureau National de Recensement, Recensement 1978: Résultats Préliminaires, P. 62.

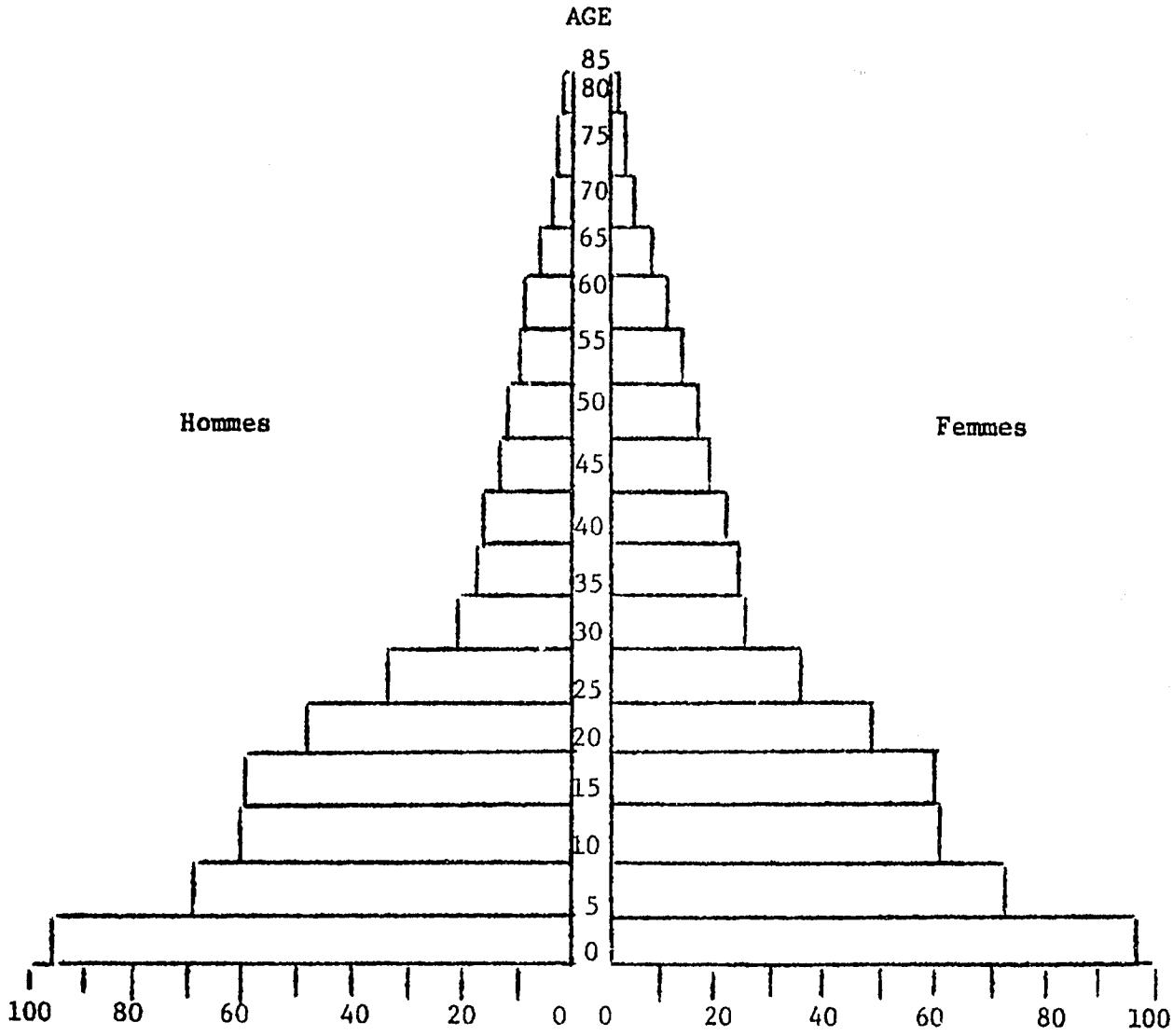
[2] O.N.U. Elément démographiques séléctionnés par pays dans le monde 1950-2000, Division Population-New York- 1975 - et Estimations et Projections démographiques des pays et régions du monde évaluées en 1978, New York 1979.

[3] Population de moins de 15 ans plus population de plus de 60 ans.

[4] Carlos Da costa, Analyse des Données de l'Echantillon du Recensement Général de la Population, 1978, Rwanda, Bureau National du Recensement, Juillet 1981, p. 84.

Diagramme III-1

PYRAMIDE DES AGES DE LA POPULATION DU RWANDA, 1978



Affectifs par groupe d'âges pour 1,000 individus au total

La réduction du groupe des 25 à 50 ans est frappante. Elle est due en partie aux déplacements d'un groupe à l'autre, mais elle peut aussi être la conséquence d'omission, d'émigrations et d'une mortalité différentielle due à la famine des années 1940. Le déficit masculin, qui est particulièrement important, est peut-être le résultat, d'après certaines rumeurs, de la manière dont a été conduit le recensement, en comptant les jeunes hommes dans les statistiques puis en les forçant à émigrer.

Le Rwanda a une population naturelle. On n'a pas beaucoup utilisé de contraceptifs, ni pratiqué d'interventions volontaires. Généralement un changement politique cause une migration vers l'étranger, mais il est difficile d'en déterminer les effets en l'absence d'informations crédibles.

La mortalité est élevée à cause des conditions sanitaires pauvres, des maladies infectieuses endémiques et de la malnutrition. Sans avoir des statistiques crédibles, il est difficile d'évaluer avec exactitude le taux brut de mortalité, en particulier chez les nouveaux-nés et les enfants. En utilisant une question de recensement de 1978 concernant la mortalité évaluée au cours des douze derniers mois, on peut avoir une estimation du taux brut de la mortalité par diverses méthodes indirectes. Le taux estimé est d'environ 21 pour 1000 personnes, le taux infantile varie de 137 à 157 pour 1000. Ce chiffre est plus élevé que les 127 pour 1000 évalués en 1970[1]. On s'attend à voir une amélioration puisque plus de Rwandais se font immuniser grâce au Programme Elargi de Vaccination (PEV). Déjà, moins d'enfants meurent de la rougeole. La longévité à la naissance est estimée à 41,7 ans pour les hommes, 47,9 ans pour les femmes, et 45 ans pour la totalité de la population. Elle était de 39 ans en 1970.

Le taux de natalité brut, environ 52 pour 1000, démontre une fécondité élevée. Plusieurs indicateurs démographiques confirment que la fécondité est élevée. Le taux général de Fécondité (TGF) est de 237 pour 1000 pour les femmes de 15 à 49 ans. Une famille complète moyenne a 7,4 naissances viables pour les femmes à la fin de leurs années de procréation et une famille spécifique a 8,6 naissances viables. Bien que la différence entre les deux derniers chiffres peut indiquer une fécondité croissante, elle peut aussi entraîner une surestimation. Quelle que soit l'explication, la fécondité au Rwanda est parmi celles qui sont les plus élevées au monde.

Le mariage est presque universel; 0,5% seulement des femmes et 1,5% des hommes ne sont jamais mariés. Cependant, diverses études prouvent d'une manière concluante que le premier mariage survient tard au Rwanda [2]. En 1978, l'âge moyen du premier mariage était de 21,1 ans pour les femmes et de 24,4 pour les hommes, alors qu'en 1970 il était de 20,1 pour les femmes et de 22,6 pour les hommes, 15,2% seulement des femmes de 15 à 19 ans se sont mariés en 1970. Le pourcentage était de 69,2 pour les femmes de 20 à 24 ans.

---

[1] Carlos Da Costa, op. cit. (les chiffres sur la mortalité ne sont pas à mentionner.)

[2] Silas Niyibizi, Etudes des Variations Géographiques de l'Age Moyen au Premier Mariage chez les Femmes et les Hommes Rwandais. Bureau National du Recensement, Juin 1978 et la Fécondité, Ses Facteurs ainsi que les Attitudes des Femmes Rwandaises Face au Planning Familial. Université de Butare, 1975.

En 1978, il était de 74 pour cent pour les femmes de 25 à 29 ans. Le pourcentage de ce groupe était de 98 pour cent en 1970.

L'âge de mariage semble principalement être influencé par les conditions socioéconomiques. Les facteurs particulièrement importants sont la disponibilité limitée des terres et la coutume du inkwano, le paiement d'une dot par le fiancé au père de la fiancée. L'âge de la puberté relativement élevé - 14 ans et 11 mois en 1970 - peut être dû à la malnutrition. [1] La polygamie semble être largement pratiquée au Rwanda, bien qu'elle ne soit pas reconnue officiellement. Il n' y a aucune information crédible au sujet du modèle marital. Il est nécessaire d'entreprendre des études à ce sujet.

La fécondité élevée des couples mariés est une compensation du temps perdu, causé par un mariage tardif. Elle peut être attribuée au manque de contraception et aux attitudes pronatalistes (toute naissance, quel que soit le sexe, est la bienvenue); l'absence de tabous au sujet des rapports sexuels après la naissance et pendant l'allaitement, et l'interdiction d'avorter. La rareté croissante des terres, la transformation des modèles maritaux et la réduction de la mortalité infantile peuvent modifier les attitudes traditionnelles. On ne peut pas encore parler de limiter maintenant le nombre d'enfants ou d'employer des méthodes de contraception irréversibles.

Quelques études ont montré qu'il y eut d'importantes migrations internationales entre 1940 et 1944 et entre 1950 et 1964. Les migrations internes et les émigrations peuvent être des facteurs démographiques significatifs, mais on ne pourra profiter d'une information sur ce sujet que lorsque l'enquête démographique de 1981 aura été terminée et analysée. L'enquête prévue pour 1981, inclut plusieurs questions sur les migrations. Les migrations disponibles, permanentes. La plupart des Rwandais n'aiment pas déménager, et ils ne le font que pour des raisons économiques. [2]

---

[1] C. Delcourt, " Les Aspects et l'Age de Puberté Féminine au Rwanda", Revue Médicale Rwandaise No . 30, Second trimestre, 1975.

N. Petit Maire Heinz, Croissance et Puberté Féminine au Rwanda, ed. J. Dyulot, Belgique, S.A. Gembloux, 1963

[2] Anne S. McCook, Population et Nutrition au Rwanda, au Burundi et au Zaïre: Problèmes et Recommandation, Rapport au Secrétariat Permanent, Communauté Economique des Pays des Grands Lacs, One America Inc., Juillet 1980, p. 74

Ministère des Travaux Publics et de l'Equipement, Rwanda, Enquête Urbaine, Kigali 1977, Février-Avril 1977, p.54 et tableaux.

Systèmes d'Organisation des Données sur la Population et la Santé

Le Rwanda a un bon système de regroupement des données socio-économiques et démographiques. Cependant, on a besoin de perfectionner et d'améliorer la précision des statistiques, et des méthodes de regroupement des données. Une assistance est indispensable, pour mettre en oeuvre une capacité d'analyse, qui faciliterait la planification du développement économique et social.

A. Les Statistiques sur la santé

1. Généralités

Le regroupement des statistiques sur la santé est bien organisé au Rwanda, mais leur publication n'est réalisée que dans un rapport annuel. Le service des statistiques n'a pas les moyens d'entreprendre les études analytiques qui sont nécessaires à la formulation et la mise en oeuvre des politiques sur la santé.

Les données sont receuillies par le Service des Statistiques du Ministère de la Santé. Le service est supervisé par deux experts de l'OMS qui ont beaucoup d'autres responsabilités. Le personnel comprend trois assistants en statistiques, dont un seulement a été formé comme adjoint-statistique, à Yaoundé, Cameroun. Les deux autres ont terminé les 3 années d'études suivant l'école primaire, mais ils n'ont reçu aucune formation sur le regroupement et l'analyse des statistiques.

Les activités sont limitées à la collection des données provenant des 10 préfectures et à l'impression d'un rapport annuel. Des rapports trimestriels sur la morbidité, la mortalité et les services de maternité, et un rapport hebdomadaire des conditions épidémiologiques sont publiés. A cause du manque de disponibilité des informations, le pays n' a pas pu établir une base de données apropriée pour effectuer les études analytiques en collaboration avec les services de santé. En plus du manque de statisticiens formés, peu de fonds sont disponibles pour regrouper, traiter et analyser les données sur la santé. Les appareils et les équipements sont également insatisfaisants.

Il y a un bureau régional dans chacune des dix préfectures. Un responsable est chargé de receuillir les rapports effectués par les institutions offrant des services médicaux, tels que les hôpitaux, les centres de santé et les dispensaires. Pas deux de ces employés ont une qualification similaire. De plus, la supervision et la formation qui sont nécessaires à l'amélioration du système ne sont pas assurées à cause du manque de transport et de l'insuffisance des communications entre le Ministère et les préfectures, et entre les représentants des secteurs médicaux et les communes.

Dans chacune des institutions sanitaires, une personne est responsable de la conservation des statistiques, et de leur envoi à la préfecture. Les qualifications des archivistes-statisticiens sont imprécises, peu d'entre eux comprennent le but de leur tâche. En outre, ils sont souvent impliqués dans d'autres travaux; les retards dans l'envoi des rapports et

des erreurs sont faits courants. L'équipe apprit que, dans un centre de santé, les statistiques du premier trimestre de l'année en cours, n'avaient été inscrites dans les registres qu'à la fin du mois de juillet. Il y a une grande différence de la manière dont les statistiques sont enregistrées, indépendamment de l'importance de l'institution. Généralement le personnel des secteurs privés, formation agrée, à l'exception des hôpitaux de Ruhengeri et de Butare, effectue le meilleur travail.

Dans les hôpitaux et les maternités que l'équipe a visités, on donne un numéro aux patients et on conserve une fiche pour chaque personne. Ces fiches sont généralement classées par année. Le nom, l'âge et le sexe de la personne, les dates d'admission et de la sortie, la cause de l'hospitalisation et, pour les maternités, les caractéristiques des conditions de la grossesse sont inscrits sur la fiche. Aucun fichier n'est conservé dans les dispensaires. On enregistre seulement les nombres de cas, suivant une classification de l'OMS, qui comprend le nombre de consultations par mois, le nombre de consultations prénatales et postnatales, et les examens de laboratoire.

Toutes ces informations sont envoyées au Service des Statistiques du Ministère de la Santé, où les données sont utilisées pour préparer un bulletin épidémiologique hebdomadaire, un rapport trimestriel sur la morbidité et la mortalité par préfecture, par le sexe et par groupe d'âges et un rapport sur le nombre d'accouchements, d'enfants viables à la naissance, de morts-nés, de décès de la mère.

On fait un inventaire chaque année. Les informations suivantes sont receuillies :

--Les dimensions des hôpitaux, des centres de santé, et des dispensaires d'après le nombre de lits et l'importance des installations sanitaires.

--L'importance du personnel médical et paramédical, par région et institution,

--Les conditions épidémiologiques,

--Les statistiques sur la morbidité et la mortalité, et

--Les données sur les services de la maternité, entre autres les accouchements, les soins prénatals et postnatals.

La crédibilité et l'exactitude des statistiques sont douteuses, et on peut considérer que les données elles-mêmes sont médiocres. Il est nécessaire d'effectuer une sérieuse évaluation des conditions sanitaires actuelles au Rwanda. On doit aussi apporter des améliorations dans le système de collecte des données sur les maladies infectieuses et les soins médicaux maternels et infantiles. Les raisons pour lesquelles le système de collecte des statistiques sanitaires et insuffisant sont les suivantes :

- La plupart des personnes responsables des statistiques n'ont pas été formées. Le personnel a souvent d'autres tâches, et il néglige de receuillir les données sanitaires parce qu'il ne comprend pas l'importance de ce travail.

- Il n'y a aucun système standardisé de conservation des informations. En conséquence, la qualité des informations varie avec l'institution.

- Les mêmes statistiques sont enregistrées plusieurs fois. Il en résulte des retards et des erreurs.

- Des données sont souvent enregistrées avant que le docteur ait fait un diagnostic et quelquefois on oublie quelle était l'information. Par exemple, une mère accoucha dans une maternité d'un bébé pesant 1 kilogramme, le bébé mourut, mais le décés ne fut pas enregistré.

2. Immunisation

On devrait receuillir des statistiques spécifiques pour le Programme Elargi de Vaccination, qui commença en 1978. L'objectif de ce Programme est de réduire la morbidité et la mortalité des enfants de 0 à 6 ans et des femmes enceintes. Les causes principales de morbidité et de mortalité parmi ces catégories sociales sont la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la polimyélite et la rougeole.

Le PEV est bien supervisé. Un Assistant-Statisticien est responsable du regroupement des données des 10 préfectures. Les statistiques sont reçues tous les mois des centres de santé. Chaque enfant ou mère enceinte, qui va dans un Centre de Santé pour recevoir une vaccination contre le tétanos, reçoit une fiche sur laquelle on inscrit le nom du patient, le nom des parents, la date de naissance, la commune où il réside et les types de vaccination qu'il a auparavant reçus. Un bulletin de statistiques est publié à ce sujet au Ministère de la Santé, chaque trimestre et à la fin de chaque année. L'expert OMS utilise ce bulletin pour évaluer les progrès du programme.

En février 1981 on évalua le Programme Elargi de Vaccination au cours d'une enquête réalisée sur des échantillons dans neufs régions du Rwanda. Un projet Belge effectue l'évaluation de Kigali. On prit une échantillon de 214 enfants entre 3 et 36 mois pour connaître le champ d'application du Programme. [1]

---

[1] Dr. Molouba et A. Rwigimba, Etude de la Couverture Vaccinale dans les 9 Régions Sanitaires du Rwanda, Ministère de la Santé, 1981.

Les résultats démontrent que le Programme a dépassé ses objectifs la troisième année : atteignant 25% pour le BGG et 15% pour la rougeole. En réalité,53,3% des enfants ont été vaccinés grâce au Programme, pour le BGG et 51,4% contre la rougeole. Une autre évaluation du PEV a été prévue en 1982.

Si le regroupement et l'évaluation des données concernant le PEV sont satisfaisants en comparaison du regroupement et de l'analyse des autres statistiques sanitaires, c'est parce qu'on fait un effort spécial pour obtenir des données crédibles, et parce qu'une meilleure supervision et une meilleure organisation du travail sont assurées. Les qualifications du personnel sont cependant les mêmes.

Recommandations :

On recommande de mettre en oeuvre les actions suivantes pour améliorer la qualité des statistiques sanitaires :

- Une enquête devrait être entreprise pour évaluer la qualité des statistiques sanitaires pour toute la nation, pour déterminer quelles améliorations devraient être apportées (et où), et pour obtenir des données crédibles sur la morbidité et la mortalité.

- Une formation de base relative à la conservation et à la tenue des fichiers de statistiques devrait être donnée à tout le personnel des services de statistiques, afin de lui faire prendre conscience de l'importance de son travail. De plus, un cours de statistiques devrait être introduit dans le programme d'enseignement des étudiants en médecine et des infirmières.

- Les communications entre le Ministère, et les Préfectures, et les services de soins sanitaires pourraient être améliorées en organisant des réunions annuelles au cours desquelles le personnel des statistiques pourrait discuter de ses problèmes.

- Le service des statistiques devrait être réorganisé. Les procédures devraient être simplifiées, et les formulaires standardisés afin que les duplicata puissent être envoyés à la Préfecture et au Ministère.

  Tous les documents devraient être rédigés à la fois en Français et en Kinyarwanda, et on devrait utiliser un format standardisé pour tout le pays.

3. La Santé de la Mère et de l'Enfant et le Planning Familial

Peu de services de Planning Familial fonctionnent au Rwanda, et ceux qui existent ne sont pas officiellement reconnus. Il est donc difficile de trouver des informations sur les activités relatives au Planning Familial.

Trois centres pilotes de planning familial-- un dans chacune des villes de Kigali, Ruhengeri, et Butare-- furent créés au cours du Second Plan (1978-81). A Butare seulement, les femmes peuvent recevoir des informations sur les contraceptifs et certains services (tel que la pilule et le stérilet), à la clinique de Contrôle des Naissances dirigée par l'Institut National de la Santé. A une certaine époque, les femmes rwandaises avaient accès au contraceptifs Depo Provera--la méthode de contraception préférée-- mais, comme il arrive souvent, l'approvisionnement du produit s'est depuis arrêté.

La clinique de Butare possède des informations concernant 700 femmes. Une fiche est remplie pour chaque femme. Le personnel y inscrit le nom de la patiente, la commune où elle réside, le nom et l'occupation du mari de la femme, son âge et sa parité, le nombre d'enfants vivants et décédés, l'âge du dernier enfant, l'histoire gynécologique de la femme et la méthode de contraception acceptée (voir appendice D). Les informations sont envoyées tous les trimestres à l'ONAPO.

L'hôpital de Kigali a rapporté qu'environ 700 femmes ont acceptée de suivre une méthode contraceptive. Le personnel affirme que lorsque Depo Provera devint inaccessible, de nombreuses femmes se tournèrent vers la pilule ou le stérilet. On ne peut pas vérifier ces dires, car l'hôpital n'a aucune information écrite. A Kigali, comme dans le reste du pays, un contraceptif ne peut être donné que si la femme le demande, et uniquement par un docteur.

Il existe des rapports sur les activités du planning familial aux hôpitaux de Ruhengeri, Kigeme, et Gahini. La stérilisation n'est pas une méthode contraceptive autorisée, bien qu'on ait pratiqué discrètement quelques opérations dans ce but.

L'équipe pense qu'environ 2000 rwandaises sont protégées jusqu'à présent par une méthode contraceptive. Les femmes préfèrent Depo Provera, que l'on ne peut pas obtenir facilement (l'ONAPO en a une petite provision). Leur préference pour la pilule et le stérilet varie d'une région à l'autre. On peut s'en procurer en pharmacies, mais il y a peu de ce genre de magasin au Rwanda. De plus, les prix sont trop élevés pour un individu moyen.

Si un programme de planning familial est mis en oeuvre, le Gouvernement voudra en évaluer l'impact démographique et social. Mais pour que ce soit possible, il devra réorganiser le système d'enregistrement et de classement des informations, former le personnel, et standardiser les formulaires des renseignements. Il devra améliorer le traitement et l'analyse des données.

Le Gouvernement a l'intention d'intégrer les activités du planning familial dans les structures déjà existantes de PMI. Les activités de PMI sont inégalement réparties. En 1979, on effectua médicalement ap-promaximativement 77650 accouchements--environ 30% de l'ensemble des naissances [1] estimé. Parmi les accouchements intervenus dans les hôpitaux privés agréés, 12,8% furent rangés dans la catégorie des "accouchements difficiles";

---

[1] Ministère de la Santé Publique, Rapport Annuel 1979.

pour les hôpitaux gouvernementaux, le pourcentage s'élevait à 16%. Le nombre de naissances difficiles est élevé peut être parce qu'il est demandé aux femmes d'aller accoucher à l'hôpital si on prévoit, au cours de leurs visites prénatales, que leur accouchement aura des complications. On rapporte un taux moins élevé dans les maternités et les dispensaires (respectivement 11,7% et 4,9%).

Les taux des bébés mort-nés sont relativement bas : 7,4% dans les hôpitaux gouvernementaux, 6,3% dans les hôpitaux agréés, 5,7% dans les cliniques pour maternité, et 3,4% dans les dispensaires.

Les statistiques indiquent qu'en 1979 la mortalité de la mère atteignait 5,7% dans les hôpitaux publics, elle était de 3,6% dans les hôpitaux privés agréés, et était négligeable dans les maternités et dispensaires. On ne peut pas être sûr de la crédibilité de ces chiffres. Etant donné la valeur des statistiques du pays et la médiocrité des soins médicaux, on peut estimer que ces données ne sont pas exactes, et que les chiffres sont probablement bas.

Le Gouvernement a l'intention de renforcer la distribution, et la qualité des soins médicaux, pour la mère et pour l'enfant, dans ces centres de santé, au cours du prochain plan. On espère qu'avec l'adoption d'un système de conservation standardisé et détaillé des informations, la qualité des statistiques sanitaires s'améliorera. Le système utilisé à l'hôpital de Ruhengeri peut être un modèle pour le reste du pays.

On est en train de mener avec profit une enquête à la maternité de Nyundo, où un formulaire détaillé est rempli lors de chaque accouchement. l'enquête permettra de fournir une information supplémentaire à l'historique de la maternité au Rwanda. Cependant, elle ne peut représenter entièrement le pays à cause de la petitesse de son échantillon. L'enquête devrait s'élargir en y incorporant un échantillonnage des institutions de soins médicaux aux Rwanda.

Il est particulièrement intéressant que la plupart des femmes enceintes vont aux visites prénatales et s'organisent de façon à aller aussi aux visites postnatales. En 1979 on enregistra 437.171 visites prénatales pour 217.287 femmes et 544.834 visites postnatales (40% des naissances) pour 100.635 femmes. Plus de deux tiers de la totalité des naissances eurent lieu dans des dispensaires (voir tableaux III-et III-3).

On peut utiliser, comme information de base, les fiches que de nombreuses institutions médicales conservent sur les femmes enceintes, pour réaliser une enquête sur la qualité des soins médicaux de PMI et sur la façon dont les femmes perçoivent ce service.

Recommandations.

Afin de compléter l'évaluation des activités de PMI, les travaux suivants devront être accomplis :

TABLEAU III-2

MEDECINE PREVENTIVE: CONSULTATIONS PRENATALES DANS LES HOPITAUX PUBLICS ET AGREES, 1979

Secteur Public	Nombre de Femmes Inscrites	Nombre de Consultations	Moyenne Hebdomadaire	Secteur Privé	Nombre de Femmes Inscrites	Nombre de Consultations	Moyenne Hebdomadair
Kigali	3,875	9,942	191	Rutongo	752	1,532	29
Butare	1,127	3,242	62	Gahini	1,760	4,235	81
Nyanza	3,748	5,667	109	Kabgayi	4,449	6,953	134
Gisenyi	2,242	4,243	82	Kibogora	2,794	4,722	91
Byumba	190	3,618	70	Kigeme	3,321	9,960	192
Ruhengeri	2,586	5,198	100	Mibirizi	2,623	7,869	151
Ruramagana	8,835	30,960	595	Mugonero	2,132	4,188	81
Kibungo	948	3,986	77	Remera-Rukoma	1,569	3,605	69
Kibuye	6,614	10,734	206	Kirinda	3,073	6,924	133
Muhororo	2,240	3,715	71	Kiziguro	1,945	3,211	62
Bushenge	3,409	3,512	68	Shyira	2,081	3,981	77
				Rwinkwavu	644	1,252	24
TOTAL	35,814	84,817	1,631	TOTAL	29,044	61,321	1,179

TABLEAU III-3

MEDECINE PREVENTIVE: CONSULTATIONS DES NOURRISSONS DANS LES HOPITAUX

Secteur Public	Nombre D'enfants Inscrits	Nombre de Consultations	Moyenne Hebdomadaire
Kigali	1,469	7,743	149
Butare	-	-	-
Nyanza	237	1,971	38
Byumba	185	3,523	68
Gisenyi	-	-	-
Ruhengeri	1,954	14,343	276
Rwamagana	1,330	3,240	62
Kibungo	1,168	7,051	136
Murororo	237	3,717	71
Bushenge	500	1,701	33
Kibuye	1,914	23,165	445
TOTAL	8,994	66,454	1,278

Secteur Privé	Nombre D'enfants Inscrits	Nombre de Consultations	Moyenne Hebdomadaire
Rutongo	920	1,689	32
Kargayi	1,687	4,351	84
Remera-Rukoma	1,184	4,412	85
Kigeme	749	8,308	160
Mibirizi	720	18,640	358
Kibogora	-		-
Kirinda	839	6,581	127
Mugonero	527	6,324	122
Shyira	225	1,873	36
Nemba	338	601	12
Rwinkwavu			
Gahini	408	6,043	116
Kiziguro	83	4,873	94
TOTAL	7,680	63,695	1,225

- Un inventaire des services actuels devrait être entrepris. On devra déterminer la qualité de ces services, et évaluer la crédibilité des données receuillies.

- Une enquête devra être ménée pour connaître la façon dont les femmes perçoivent les services de PMI.

- On devrait répéter systématiquement l'enquête ménée dans la maternité de Nyundo afin d'avoir un échantillonnage représentatif de tout le pays.

B. Informations Fondamentales sur la Population

Deux Ministères supervisent le regroupement des données sur la population: Le Ministère du Plan et le Ministère de l'Intérieur. Le Bureau Général des Statistiques et le Bureau National du Recensement sont incorporés au premier; le Bureau des Statistiques et des Recensements Administratifs est intégré au deuxième.

Le personnel ayant reçu une formation en démographie et en statistiques est en général insuffisant, un démographe dirige le Bureau National du Recensement, mais il est principalement pris par des questions d'ordre administratif. Un expert a été recruté par l'intérmediaire de l'UNFPA pour analyser les données du recensement.

1. Statistiques Fondamentales et Systèmes d'Enregistrement de l'Etat Civil.

Des lois furent passés en septembre 1963 et en février 1964 qui rendirent obligatoire l'enregistrement de l'état civil. On ne peut pas dire aujourd'hui avec évidence, qu'il soit parfaitement effectué conformément à la loi.

La responsabilité du Bureau des Statistiques et des Recensements Administratifs est d'enregistrer la population de plus de 16 ans, les décès, les naissances, les changements de résidence, et les mariages.

Le personnel du Bureau Central de Kigali n'a reçu aucune formation particulière en statistiques, de plus les locaux et l'équipement sont limités. Un correspondant dans chacune des communes du pays receuille les tableaux mensuels et les envoi à Kigali.

Le service central rédige un résumé à partir des rapports et prépare un document sur les conditions démographiques, qui est incorporé au rapport annuel publié par le Ministère de l'Intérieur, Cette partie du rapport annuel comprend la répartition de la population par sexe, par préfecture, et par commune, au premier et au dernier jour de l'année en cours, et une série de tableaux indiquant le nombre de naissances et de décès et le nombre d'immigrants et d'émigrants par mois et par sexe.

Le Bureau Général des Statistiques faisant partie du Ministère du Plan a plusieurs branches. L'une d'entre elles, le Bureau des Statistiques Démographiques et Sociales, receuille les données sur les conditions et les mouvements de la population qui seront publiées dans le bulletin des statistiques. Il dirige également un réseau régional. Une personne dans chacune des 10 préfectures receuille le même type d'information sur la population des correspondants du Ministère de l'Intérieur.

Le Ministère de la Justice receuille les informations sur les mariages et les divorces.

Le système du regroupement des données sur la population est compliqué car trois ministères y sont impliqués. Cependant, le champ d'application et le caractère complet de l'enregistrement de l'élément statistique sont, d'une manière surprenante, bons au Rwanda, en comparaison avec d'autres pays sub-sahariens, étant donné la supervision limitée, le manque de personnel formé, et l'insuffisance d'équipement.

Il n'y a pratiquement aucune communication entre les ministères, les préfectures et les communes à cause du manque de transport. Il y a peu de fournitures de bureau. Les machines à calculer sont insuffisantes et il n'y a aucune machine à écrire. Les documents ne sont pas standardisés. Le travail est effectué à la main sur papier ordinaire.

Après avoir analysé les résultats du recensement de 1978, le personnel des statistiques estima qu'approximativement 42% des naissances viables et 25% de tous les décès sont enregistrés au Rwanda. Probablement moins de 20% des décès des nouveaux-nés sont enregistrés. Des systèmes supplémentaires d'enregistrement furent mis en place entre 1972 et 1975. Il serait possible d'obtenir des statistiques plus crédibles grâce aux données de ces systèmes.

Des programmes de formation ont été mis en place pour les employés s'occupant de l'enregistrement de l'état civil, qui pourra donner une information importante sur les caractéristiques démographiques, et les tendances de la population dans chaque région, et dans tout le Rwanda. Cette information pourrait être utilisée pour prévoir et mener d'autres enquêtes, et pour étudier les migrations. Jusqu'à présent, la qualité des données des systèmes d'enregistrement de l'état civil, et des recensements administratifs est acceptable comparée aux résultats du dernier recensement. Mais les données ne sont valables que si elles sont analysées. On pourrait réaliser des analyses valables sur l'information s'il y avait un personnel formé disponible.

2. Recensements et Enquêtes

Le Bureau National du Recensement fut crée en Juillet 1977. Il organisa le premier recensement général sur la population et l'habitat. Le Directeur est un démographe.

L'UNFPA a pourvu à l'emploi d'experts pour superviser le travail pratique et pour traiter et analyser les données. Il ajouta aussi à sa contribution une assistance financière. De plus, il fournira un ordinateur et sept poste d'ordinateur pour traiter les données. On espère utiliser cet équipement pa la création d'un centre d'évaluation qui effectuera les opérations relative à la population, telles que le regroupement et l'analyse des statistiques fondamentales actuelles, et des statistiques courantes sur les migrations, qui permettra d'utiliser les enquêtes démographiques relatives aux prévisio de croissance de la population.

Pour le moment, le personnel est en train de codifier le recensement. O préparé une liste énumérative à ce sujet. On espère que les évaluations ser prêtes à la fin de 1981 et que les analyses seront terminées début 1982. Les résultats devraient donner une importante information sur les condition démographiques de la population.

Il est impossible de calculer le taux exact de la croissance normale en utilisant les données du recensement. Les données concernant les décès dura la période de 12 mois qui précédaient le recensement ne semblent pas être justes. Cette impression fut renforcée par les résultats de l'analyse d'un échantillon représentant un dixième de recensement.

On espère que ce fossé sera comblé par l'enquête démographique, prévue en août 1981. Cette enquête fournira des données sur les migrations, aussi bien que d'autres informations.

Aucune des enquêtes, qui ont été menées jusque là, n'a fourni une information de base crédible pour l'évaluation des paramètres démographique fondamentaux. Même les résultats de recensement - les meilleures sources d'information disponibles - ne sont pas le type d'information dont on a besoin, pour réaliser de solides politiques économiques et sociales au Rwanda.

Les qualités et les faiblesses du système de regroupement des données démographiques sont résumées ci-dessous:

. Le Bureau Général des Statistiques est le centre de toute activité statistique, mais l'expérience du personnel est limitée en matière de conception et d'exécution des enquêtes. De plus, il n'y a pas suffisamment de personnel formé pour accomplir les études analytiques.

.La qualité et l'exactitude des statistiques sur la population sont insuffisantes. Il y a beaucoup à faire pour améliorer la finition et la validité des statistiques fondamentales actuelles et des données sur les migrations.

. Le Bureau Général des Statistiques fonctionne en relation avec les bureaux régionaux situés dans chacune des 10 préfectures. Les bureaux régionaux n'ont pas suffisamment de personnel formé et manquent d'équipement. Ils ont besoin de véhicules de transport, de machines à calculer et une variété de fournitures de bureau.

- Le Bureau des Statistiques et des Recensements Administratifs emploi des correspondants dans chacune des communes, qui n'ont reçu ni formation statistique, ni équipement. On devrait prévoir une formation, et l'approvisionnement de l'équipement, pour fortifier ces groupes subdivisionnaires et leur donner la capacité de superviser l'exécution des rapports sur des statistiques fondamentales et des données sur l'immigration.

- Le manque de personnes formées, nécessaires à l'exécution du travail statistique est un obstacle à l'amélioration de la qualité des données receuillies. On devrait former plus de gens d'un niveau équivalent à la moyenne.

- Le Ministère a besoin de démographes et de statisticiens pour analyser les données, et pour superviser l'organisation générale.

  Il y a un manque de transport, de matériel d'imprimerie, de documentation, de machines telles que des ordinateurs et du papier. Il en résulte une dimunition de la qualité de l'effort pour le regroupement des données.

C. Recherche sur les Dynamiques de la Population

L'équilibre entre la population et l'approvisionnement en vivres est précaire au Rwanda. La famine sévit encore. Malgré ces conditions dramatiques, peu d'institutions se sont montré intéressées à faire des recherches sur la croissance de la population, et ses effets sur le développement économique et social. En fait, très peu d'institutions au Rwanda sont capables de mener à bien une recherche.

Il n'y a qu'une université au Rwanda. Elle est située à Butare, à 130 km de Kigali. Aucune recherche démographique n'a été effectuée à l'Université, quoiqu'à l'occasion des étudiants participent à l'élaboration de projets ou d'études pilotes sur la population. Certains professeurs ont effectués leurs propres recherches bénéficiant d'une aide financière extérieure.

Un groupe de professeurs créèrent en juin 1981 le Centre de Recherche Economique et Sociale (CRES). Celui-ci fait partie de la Faculté des Sciences Economiques Sociales et de Gestion. Les professeurs et les chercheurs de la Faculté deviennent automatiquement membres du centre. On permet à d'autres de travailler au Centre pendant de courtes périodes.

Un professeur prépara un schéma d'étude sur le planning familial, mais il quitta le Rwanda récemment pour suivre une formation de quatre ans aux Etats-Unis. On introduisit un cours de démographie pour les étudiants en économie, sociologie et géographie. La section "Géographie" prépara des cartes de trois préfectures (Butare, Gikongoro et Kibuye) pour le recensement sur la population de 1978.

1. Institut Africain et Mauricien des Statistiques et d'Economie Appliquée

L'institut Africain et Mauricien des Statistiques et d'Economie Appliquée (IAMSEA) est un centre de formation d'activités inter-régionales. Il commença à fonctionner en 1976. Il est financé par la FAC, l'équivalent Français de l'AID Américain, et le Fonds Européen de Développement (FED).

Le Directeur de l'IAMSEA est Rwandais, mais la plupart des enseignants et des chercheurs sont Français. Douze Rwandais environ ont reçu un diplôme de l'IAMSEA. On prévoit que huit autres seront diplômés l'année prochaine. L'IAMSEA offre un enseignement d'un niveau moyen sur les statistiques. Un étudiant qui termine sa formation deviendra un ingénieur des travaux statistiques (ITS). Le cours dure trois années académiques. Il comprend un stage de cinq mois.

Une formation en démographie est offerte. (20 heures la deuxième année et 10 heures la troisième année).

L'IAMSEA possède un équipement pour traiter les données. Chaque année, il effectue une enquête avec la coopération de différents ministères, pour donner une formation pratique aux étudiants. Cinq enquêtes ont été faites depuis 1977[1]. Ce sont les suivantes :

- Enquête Urbaine Kigali, 1977 ;
- Enquête Agricole, 1978;
- Enquête sur la nutrition, la consommation et le budget de la ménagère 1979;
- Enquête Socioéconomique : Butare-Gisenyi, 1980;
- Enquête Agricole 1981

Deux des enquêtes au moins, l'enquête urbaine Kigali et l'enquête socioéconomique de Butare-Gisenyi, ont fourni des informations sur la population. Une enquête sur les marchés du Rwanda est prévue pour l'année prochaine.

---

1 Voir la bibliographie jointe au rapport.

L'IAMSEA désirerait recevoir des fonds pour la Recherche au Rwanda. Il recherche aussi l'obtention de subventions pour former les étudiants Rwandais et d'autres pays.

2. Office National de la Population.

L'ONAPO fut créé par un décret-loi (No.3) le 16 Janvier 1981. Il remplaça le Conseil Scientifique et Consultatif des Problèmes Socio-démographiques, attaché au Ministère des Affaires Sociales.

Un des objectifs de l'ONAPO est d'étudier tous les problèmes relatifs à la croissance de la population et à son impact sur le développement socio-économique. Cette organisation deviendra en fait la principale institution impliquée dans la recherche sur la population. Il y a un démographe qui fut formé à l'Université de Montréal, et un géographe parmi le personnel.

Recommandations

Les tâches suivantes devront être effectuées pour améliorer l'enseignement de la démographie et de la recherche des dynamiques de la population.

. On devra donner à l'ONAPO les fonds, l'équipement et le personnel dont il a besoin pour devenir l'organisation centrale de la recherche des dynamiques de la population au Rwanda.

. On devra former plus de démographes et de statisticiens, aussi bien que d'autres scientifiques sociaux qui dirigeront la recherche au Rwanda. Le pays pourra traiter et analyser les résultats de ses propres projets démographiques, s'il a un personnel supplémentaire formé et capable.

. Des échanges devraient être établis entre l'ONAPO et des institutions étrangères similaires par exemple, l'Office National de la Population et du Planning Familial à Tunis,(ONPFP).

. Une courte formation en démographie devrait être introduite dans le programme de l'enseignement des Facultés de Médecine et d'Agronomie de l'Université de Butare.

. On devrait encourager et supporter la Recherche à l'IAMSEA et au CRES.

. On devrait encourager les contacts avec les chercheurs d'autres pays. On devrait promouvoir la participation à des conférences et l'accès à une documentation.

. On devrait receuillir les documents concernant la population et le développement en relation avec le planning familial pour créér une bibliothèque à l'ONAPO.

Politique en matière de Population au Rwanda

Le Gouvernement a eu conscience du problème de la population depuis le début des années 1970. A cause d'une densité croissante - résultat d'un accroissement annuel élevé de la population et d'un développement socio-économique lent, il a adopté une politique dirigiste pour contrôler la population, malgré les traditions pronatalistes et la forte influence de l'église catholique.

Parce qu'il reconnait que le contrôle de la population est une solution sensée, le Gouvernement a cherché à introduire graduellement le concept du planning familial. Tout d'abord, il créa en 1974 le Conseil Scientifique et Consultatif des Problèmes Socio-démographiques au Ministère des Affaires Sociales. Son intention était d'impliquer tous les responsables politiques à prendre en considération la politique relative à la population, et de sensibiliser ces personnes aux relations entre la croissance démographique et le développement économique. L'objectif était d'aider les responsables du Rwanda à comprendre les conséquences d'une politique non-interventionniste, à prendre conscience de la précarité de l'équilibre entre la quantité disponible des vivres et la population. Par cette approche, le gouvernement espérait écarter la catastrophe qui serait inévitable si aucune action n'était prise.

Cela a amené à prendre des actions positives. Le Bureau National de la Population fut créé en janvier 1981. Les objectifs de l'ONAPO sont les suivants tels qu'ils ont été définis dans une législation qui le permet :

--étudier tous les aspects de la croissance de la population et ses effets sur le développement socioéconomique;

--sensibiliser la population aux problèmes démographiques du pays grâce à un programme d'information, d'éducation et de formation qui respecte l'individu, ses croyances morales et religieuses, et le droit du couple de choisir de supporter, ou de limiter, le nombre d'enfants désirés.

--s'assurer de l'existence de bonnes conditions là où les services de planning familial sont offerts.

--étudier la manière dont on pourrait incorporer le planning familial dans les services de soins sanitaires de base, et de faire une proposition au Ministère de la Santé pour étudier quelle serait la meilleure approche pour effectuer cette intégration;

--proposer les solutions pour équilibrer la production avec la croissance de la population; et

--participer à la conception et à l'institution de programmes en matière de démographie aux niveaux pédagogiques.

On espère qu'ONAPO recevra les moyens dont il a besoin pour mettre en exécution ces objectifs.

Le troisième Plan devra indiquer clairement que le Gouvernement a l'intention de promouvoir l'espacement des naissances, pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Le Gouvernement a déjà précisé (dans le second plan) que le volume de la population devrait s'équilibrer avec les ressources du pays. Et le Président a clairement indiqué dans plusieurs exposés, qu'un programme de planning familial est une nécessité, que toutes les méthodes contraceptives reversibles devraient être mises à la disposition du public, avec toutes les informations concernant leurs effets secondaires afin que chaque couple puisse être libre de déterminer les dimensions de sa famille.

Réalisation d'un Programme de PMI/PF

A. Impact Démographique d'un Programme de PMI/PF

Pour le moment, le Gouvernement Rwandais veut pas que les objectifs de son programme démographique déterminent le volume de la population en termes de réduction de la fécondité. Quels pourraient être les résultats d'un programme modéré d'especement des naissances?

Dans ce but, les auteurs de ce rapport ont étudié les prévisions de l population, faites par le Gouvernement et par les Nations Unies. L'équipe pense que le taux de croissance de la population a été sous-estimé, et elle a utilisé le modèle RAPID [1] plutôt que les évaluations prévues, pour montrer combien la croissance incontrôlée de la population affecte le développement social et économique [2]. RAPID fut utilisé pour répondre à deux questions:

---

[1] Informations sur les notions concernant l'impact de la population sur le développement.

[2] The Futures Group, Rwanda: Les Effets des Facteurs Relatifs à la Population sur le Développement Economique et Social, Washington, DC. Janvier 1981.

1. Est-ce que le Rwanda peut atteindre ses objectifs de développement social et économique même si le niveau actuel de la fécondité et le taux courant de la croissance de la population ne sont pas contrôlés?

2. Si des mesures, pour ralentir la croissance de la population, sont intégrées dans le programme de développement, de quelle manière seront affectés la réalisation des objectifs et le progrès social et économique du Rwanda et, le seront-ils seulement?

Trois estimations sur la population basées sur les prévisions d'une fécondité alternative furent utilisées: continuer le taux élevé de fécondité obtenir une fécondité totale de 4% en 2002 et de 3% en 2027, et obtenir un taux de fécondité total de 3% en 2002 et 2% en 2027.

Ces hypothèses seraient trop élevées, si un programme aussi modéré que celui planifié par le Gouvernement était mis en application. Les auteurs ont donc fait une supposition moins élevé en utilisant les deux prévisions décrites ci-dessous: les deux estimations prévoient que la longevité s'accroîtra jusqu'à 53 ans en 2002 et 60 ans en 2027, sans migrations internationales nettes. (Les prévisions commencent en 1977 pour correspondre aux périodes planifiées du gouvernement). L'estimation A prévoit la continuation d'une fécondité élevée en considérant que le taux de fécondité diminue graduellement de 6,9% en 1977 à 6,4% en 2002, et 5,8% en 2027. L'estimation B prévoit une diminution du taux de fécondité à une moyenne de 5% en 2002 et 3% en 2027.

On utilisa les paramètres démographiques suivants pour 1977, l'année de base des estimations:

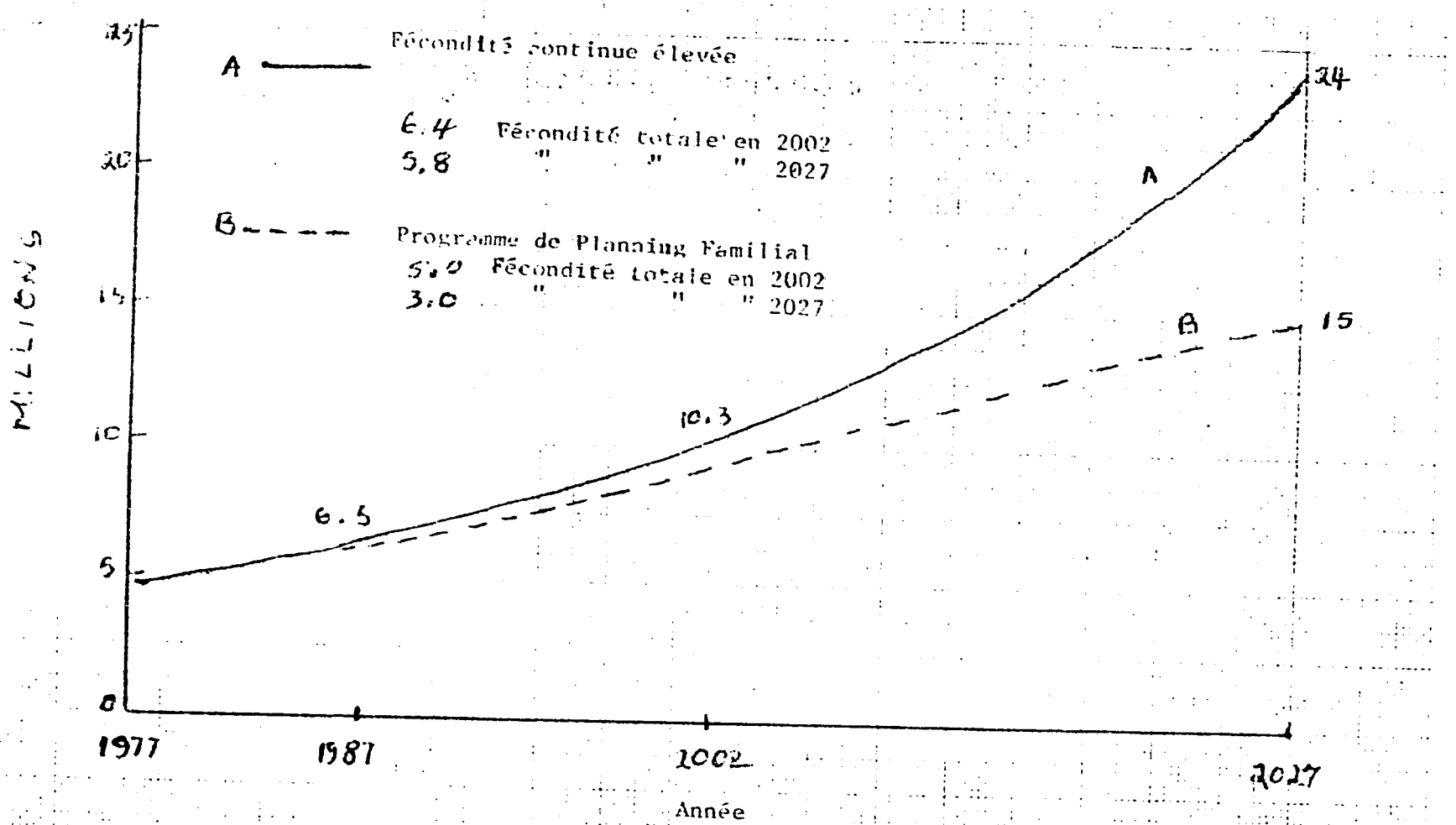
longévité	46,6 ans
somme de naissance réduites	6,9 naissances viables
taux de natalité	50/1.000
taux de mortalité	19/1.000
taux de croissance annuel	3,1 pour cent
population totale	4,7 million.

Il semble que l'on puisse accepter ces paramètres, étant donné que les estimations proviennent des données du recensement, malgré une légère sous-estimation. On ne doit pas l'oublier.

Dans l'estimation A, la population doublera à la fin du siècle et atteindra 10,3 millions. Elle atteindra 24 millions en 2023. Dans l'estimation B, la population atteindra entre 9 et 10 millions en 2002, et s'accroîtra pour atteindre 15 millions en 2037. Ces accroissements produiront un léger changement dans la pyramide en favorisant l'équilibre entre la population active et la population inactive. Cependant le taux de fécondité maintenant le niveau de la population actuelle de 2% en 2027 ne sera pas atteint (voir graphique III-2).

Diagramme III-2

CROISSANCE DE LA POPULATION EN
FONCTION DES PREVISIONS DE LA FECONDITE, 1977-2027



Les résultats des estimations A et B de la période de 1982-2002, subiront les changements suivants pour 2002:

Problèmes démographiques	2002 Estimation A	2002 Estimation B
Taux de naissances	50/1.000	40/1.000
taux de mortalité	15/1.000	15/1.000
Croissance annuelle	3,5 pour cent	2,5 pour cent
Somme de naissances réduites	6,4 naissances viables	5 naissances viables
Longévité à la naissance	53 ans	53 ans

A la fin du prochain plan, en 1987, les estimations seront:

Problèmes démographiques	1987 Estimation A	1987 Estimation B
Taux de natalité	50/1.000	47/1.000
Taux de mortalité	17/1.000	17/1.000
Croissance annuelle	3,3 pour cent	3,0 pour cent
Naissance annuelles	318.300	297.181
Population totale	6.366.000	6.323.000

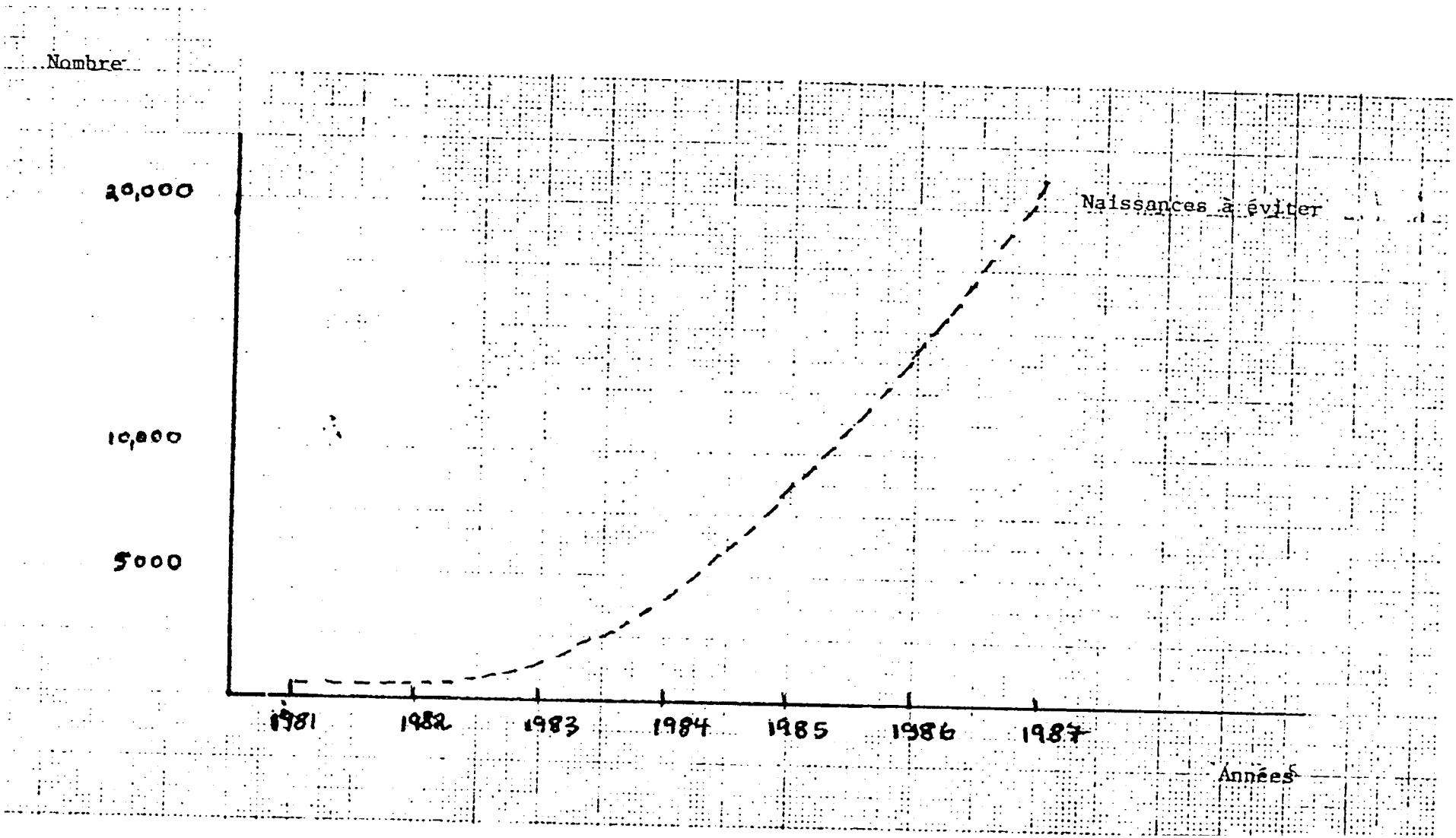
Ainsi, 21.119 naissances seraient évitées en 1987 grâce aux activités du planning familial des années précédentes (voir graphique III-3). Le nobre de naissances prévues en 1982, au début du plan, serait de 270.000. Ce chiffre correspond aux estimations faites dans les conditions actuelles au cours desquelles aucun contraceptif n'est utilisé.

La population s'accroîtra dans les deux prévisions de la manière suivante entre 1982-1986:

Année	Prévision A	Prévision B	Différence
1982	5.428.000	5.428.000	
1983	5.602.000	5.596.000	6.000
1984	5.781.000	5.769.000	12.000
1985	5.966.000	5.948.000	18.000
1986	6.163.000	6.133.000	30.000
1987	6.366.000	6.323.000	43.000

DIAGRAMME III-3

PREVISIONS DES NAISSANCES A EVITER PENDANT LE TROISIEME PLAN



Le nombre de naissances pendant la même période serait le suivant:

Année	Prévision A	Prévision B	Différence
1982	271.400	271.400	-
1983	280.100	278.680	1.420
1984	289.050	284.988	4.062
1985	298.300	289.667	8.633
1986	308.150	293.770	14.380
1987	318.300	297.181	21.119

Pour savoir combien d'acceptantes seraient nécessaires pendant les cinq prochaines années pour atteindre les objectifs, les auteurs ont utilisé une méthodologie développée par la Section "Population" des Nations Unies. (La méthodologie est décrite dans le Manuel IX, "The Methodology of Measuring the Impact of Family Planning Programs on Fertility"-La Méthodologie de l'Evaluation de l'Impact des Programmes de Planning Familial sur la Fécondité). Un cerain nombre d'hypothèses ont été formulées qui ne seront pas répétées ici. Le lecteur intéressé pourra se reporter au Manuel.

La méthode est de déterminer le nombre des acceptantes nécessaires qui permettra de connaître le nombre de femmes procréatrices protégées (15 à 49 ans), ce qui évitera les naissances supplémentaires et permettra d'atteindre les objectifs fixées (voir graphique III-4).

On suppose que quand on applique la méthode, la contraception est cent pour cent efficace, que la distribution aux acceptantes est faite uniformément au cours de l'année, que toute naissance évitée est le résultat des services du planning familial, et que le nombre d'acceptantes de PF au 1er octobre de n'importe quelle année est une moyenne de la période du 1er avril de la même année au 1er avril de l'année suivante. Autrement dit, la quantité de naissances évitées en 1983 sera la même que le nombre d'utilisateurs prévus au 1er octobre 1982. On suppose qu'en l'absence d'un programme de planning familial, les acceptantes n'auront pas pu utiliser le planning familial et auront été exposées au risque de grossesse. On suppose aussi que le taux de fécondité des acceptantes sera maintenu et qu'il sera le même que celui de la fécondité maritale pour les femmes de 15 à 49 ans, qui est estimé à 250 pour 1000 (le taux de fécondité avait été estimé à 237 pour 1000 en 1978).

Pour obtenir le nombre d'acceptantes au 1er octobre, les auteurs ont évalués d'abord le nombre de femmes qui doivent être protégées par une méthode contraceptive, pour éviter le nombre de naissances (voir tableau III-4) déterminé par le taux marital de fécondité de 250 pour 1.000. Le tableau III-5 indique le nombre de femmes protégées au 1er octobre.

Un programme de planning familial au Rwanda devrait fournir des dispositifs intra-utérins, des contraceptifs oraux, des préservatifs masculins, des spermicides et Depo Provera. Pour que cela soit plus pratique, on préseme que le stérilet et Depo Provera ont la même efficacité. On pense de même pour la pilule et les méthodes secondaires.

Diagramme III-4

NOMBRE DE NOUVELLES ACCEPTANTES PAR ANNEE

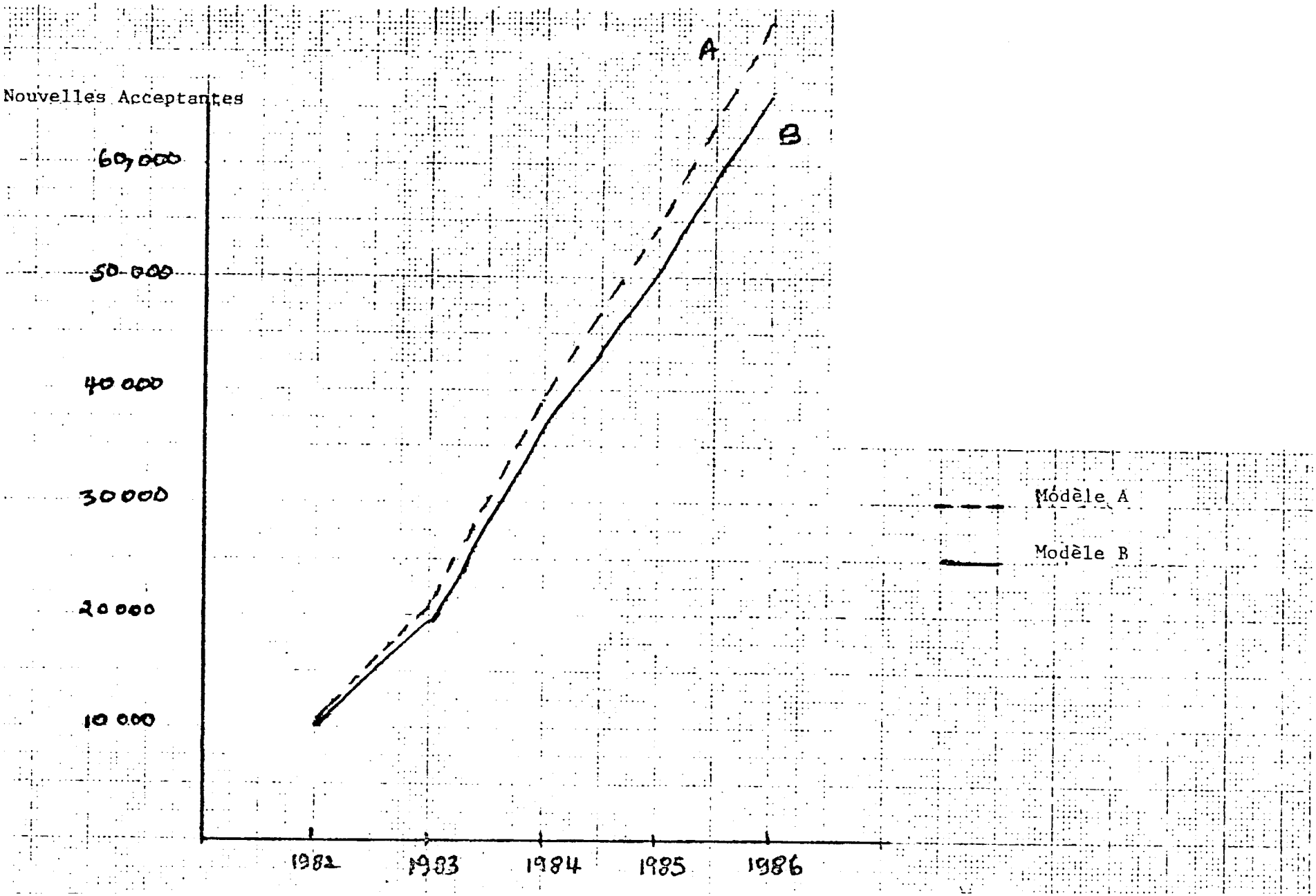


TABLEAU III-4

NOMBRE DE NAISSANCES A EVITER PAR LE PROGRAMME DE PF

Année	Nombre de Naissances à Eviter
1982	-
1983	1.420
1984	4.062
1985	8.633
1986	14.380
1987	21.119
Total des Naissances à éviter pendant le Troisième Plan	49.614

TABLEAU III-5

PREVISIONS DU NOMBRE DE FEMMES PROTEGEES PAR LE PF AU 1er OCTOBRE

Année	Nombre de Femmes (15-49) Protégées au 1er octobre
1982	5.680
1983	16.248
1984	34.532
1985	57.520
1986	84.476

Les taux de continuation (voir tableaux III-6) utilisés ici sont ceux de la Tunisie. Ils sont applicables à un pays où le taux de continuation sous les stérilets est élevé et l'efficacité de la pilule, basse. (Ces estimations sont appropriées au Rwanda où l'analphabètisme est élevé).

Une estimation par méthode contraceptive, fut effectuée concernant la manière dont on distribue les contraceptifs aux femmes protégées. On utilise la distribution suivante pour le modèle A et le modèle B:

Méthode	Pourcentage Modèle A	Pourcentage Modèle B
Pilule	25	18,5
Méthodes secondaires	25	18,5
Stérilet	10	11,0
Depo Provera	40	52,0

Le tableau III-7 indique la quantité des femmes protégées à qui l'on distribue ces méthodes.

En utilisant le taux de continuation indiqué au tableau III-6, les auteurs ont obtenu le nombre d'acceptantes (voir tableau III-8). Ils supposent que les acceptantes ne changent pas de méthode, leur acceptation est uniforme pendant toute une année, et pendant cette année là, leur protection dure en moyenne six mois, que ce soit pour la pilule ou les méthodes secondaires. De plus, les auteurs supposent que toutes les femmes reçoivent un approvisionnement pour la période d'un cycle menstruel seulement, et que ces produits sont utilisés correctement.

On pourrait conclure, à partir de ces calculs, qu'une grande proportion de femmes acceptent la pilule et les méthodes secondaires plutôt que le stérilet et Depo Provera. Pour permettre une alternative, les auteurs ont présupposé qu'on avait distribué les produits aux femmes de façons différentes, telle qu'on le constate aux tableaux III-9 et III-10.

On pourrait étudier d'autres alternatives afin de déterminer quelle serait la meilleure stratégie pour le Rwanda. Les deux modèles présentés dans ce chapitre dépendent surtout des acceptantes, qui choisissent la pilule et les méthodes secondaires, qui ne sont pas efficaces en termes d'empêchement des naissances; elles portent peu d'intérêt au stérlet, qui est une des méthodes les plus efficace de la contraception. Le nombre d'acceptantes nécessaires pour atteindre les objectifs est élevé. Cependant, les chiffres projetés pendant les premières années sont modestes, et, une fois que le programme est bien établi, il y a un accroissement rapide au cours des dernières années. Si le Gouvernement veut promouvoir un programme de planning familial qui réussisse en réduisant la fécondité, il doit rapidement et avec efficacité développer les activités et les services relatifs au planning familial pendant les prochaines années. Il doit promouvoir en même temps une information et un programme éducatif largement distribués.

TABLE III-6

TAUX DE CONTINUATION A LA PILULE ET AU STERILET

Nombre de mois de Continuation à ces deux contraceptifs	Taux de Continuation (Pour 100 Acceptantes)	
	Stérilet	Pilule
0	100,0	100,0
4,5	87,0	60,8
15	71,2	36,2
27	54,6	20,4
39	44,9	13,1
51	34,0	8,0

Source: Office National du Planning Familial et de la Population, Enquête sur la Continuation des Méthodes Contraceptives: DIU-Pilule, Tunis, 1973.

TABLEAU III-7

FEMMES PROTEGEES, AU 1er OCTOBRE PAR METHODE DE PF

Modèle A

Méthodes	1982	1983	1984	1985	1986
Pilule	1.420	4.062	8.633	14.380	21.119
Méthodes Secondaires	1.420	4.062	8.633	14.380	21.119
Stérilet	568	1.625	3.453	5.762	8.448
Depo Provera	2.272	6.499	13.813	23.008	33.790
TOTAL	5.680	16.248	34.532	57.520	84.476

TABLEAU III-8

NOMBRE DE NOUVELLES ACCEPTANTES PAR METHODE DE PF

Modèle A

Méthodes	1982	1983	1984	1985	1986
Pilule	3.113	6.437	12.429	17.895	24.153
Méthodes Secondaires	3.113	6.437	12.429	17.895	24.153
Stérilet	869	1.542	2.884	3.796	4.879
Depo Provera	3.481	6.161	11.534	15.125	19.577
TOTAL	10.576	20.577	39.276	54.711	72.762

TABLEAU III-9

FEMMES PROTEGEES, AU 1er OCTOBRE, PAR METHODE DE PF

Modèle B

Méthode	1982	1983	1984	1985	1986
Pilule	1.050	3.005	6.388	10.641	15.628
Méthodes Secondaires	1.050	3.005	6.388	10.641	15.628
Stérilet	630	1.787	3.798	6.327	9.292
Depo Provera	2.950	8.451	17.958	29.911	43.928
TOTAL	5.680	16.248	34.532	57.520	84.476

TABLEAU III-10

NOMBRE DE NOUVELLES ACCEPTANTES PAR METHODES DE PF

Modèle B

Méthode	1982	1983	1984	1985	1986
Pilule	2.310	4.762	9.200	13.242	17.871
Méthodes Secondaires	2.310	4.762	9.200	13.242	17.871
Stérilets	965	1.685	3.173	4.161	5.384
Depo Provera	4.520	8.020	14.988	19.665	25.453
TOTAL	10.105	19.229	36.561	50.310	66.579

Pour améliorer les estimations sur les objectifs du Quatrième Plan (1987-1992), le Gouvernement aura besoin d'avoir plus d'informations sur les activités du planning familial dans le pays. On peut obtenir de données utiles en effectuant une évaluation du programme après deux ans de fonctionnement. On pourrait en comparer les résultats avec les prévisions.

Si un programme de planning familial est mis en oeuvre, il serait nécessaire que l'ONAPO étudie la répartition des acceptantes, par méthode de PF et par région en menant une petite enquête consécutive qui déterminerait les taux de fidélité aux méthodes, et en dirigeant une enquête sur la fécondité qui déterminerait et établirait le taux précis de la fécondité maritale au Rwanda. Les résultats de l'enquête seraient utiles à la définition des objectifs spécifiques mais raisonnables du prochain plan. On baserait les objectifs sur les résultats des premières activités du Programme de Planning Familial, et sur une meilleure connaissance des caractéristiques de la catégorie sociale de la population en question.

B. Statistiques Relatives au Programme de Planning Familial

Il faudra suivre les activités du planning familial afin d'établir une stratégie qui permette de développer efficacement le programme et d'évaluer son efficacité. On aura besoin de recueillir des informations sur les acceptantes. Pour se permettre d'avoir des données réalistes et en quantité suffisante, le Gouvernement devra établir un système de conservation des informations et former un personnel pour regrouper, enregistrer et classer les statistiques. On peut diviser cet effort en trois phases: une phase préparatoire, une phase expérimentale, et l'application.

1. Phase Préparatoire (1981)

Le gouvernement doit choisir l'institution qui sera l'agence centrale des statistiques. L'équipe recommande que l'ONAPO soit l'organisme chargé des opérations statistiques. Son personnel pourrait superviser de près le programme de Planning Familial et évaluer ses activités.

On devrait former au cours de l'année 1981 le démographe qui a la responsabilité de la Section des Etudes, Evaluation et Recherches pour diriger le service statistique de l'ONAPO. Cette personne devrait passer un mois à la Division de la Population du Bureau National du Planning Familial, en Tunisie, pour apprendre comment conserver et regrouper les données sur les activités du Planning Familial, comment évaluer les objectifs et comparer les objectifs avec les résultats, comment évaluer l'impact du programme sur la fécondité, comment analyser les activités du programme, et comment former le personnel pour conserver les informations.

Un adjoint-statistique devrait être recruté par l'ONAPO pour aider le démographe à regrouper les données et préparer les statistiques devant être analysées. (Un technicien de l'IAMSEA serait un candidat approprié).

Le démographe et son assistant concevront les formulaires sur lesquels les données seront inscrites. Ils assureront aussi la formation de trois personnes qui se chargeront de la conservation des informations dans les

trois hôpitaux de référence qui offriront les services de planning familial en 1982. Les trois employés ne doivent pas nécessairement venir de la Section Statistique. Ils peuvent être choisis parmi ceux qui donnent les services de planning familial (par exemple, un docteur ou une sage-femme recevant une formation en statistique de planning familial à l'ONAPO).

2. Phase Expérimentale (1982)

Si les actions décrites ci-dessus sont réalisées à la fin de 1981, la structure de base sur la conservation des statistiques sera mise en place et, dès que les activités de planning familial commencent dans les trois centres pilotes, les données pourront être regroupées et les rapports envoyés chaque mois à l'ONAPO.

On devra tester le système statistique pendant la première année des activités (1982). On devra donner une fiche portant un numéro personnel à chaque femme qui vient pour recevoir des services de planning familial. Un dossier séparé concernant les clientes devra être tenu à jour au centre (voir Reproduction III-I, Fiche individuelle).

Pour pouvoir étudier les caractéristiques démographiques des acceptantes, on aura besoin d'un troisième formulaire (voir Reproduction III-3, Fiche Statistique). On devra remplir un formulaire séparé pour chacune des nouvelles acceptantes.

Le service statistique de l'ONAPO devra recevoir une copie du rapport des activités, et les duplicata des formulaires concernant les caractéristiques démographiques des nouvelles acceptantes. Les données devront être vérifiées et imprimés dans un bulletin trimestriel. Un rapport contenant le résumé et l'analyse des activités de PF devra être publié chaque année.

Les documents statistiques devront être définitivement conçus en 1982 et le personnel déstiné aux sept autres centres formé à l'ONAPO, pendant que le programme est testé dans les trois centres. Dix personnes devront être envoyées à Yaoundé, Cameroun, entre 1981 et 1983, pour recevoir une formation d'adjoint-statistique. Ces personnes deviendront des délégués régionaux. Au fur et à mesure que le programme s'agrandira, le démographe assumera une responsabilité supplémentaire de recherche. Un statisticien intéressé par l'Economie devra alors être recruté pour diriger le service statistique. Cette personne sera responsable de l'organisation du regroupement des données, de la formation du personnel, et de l'établissement des cours de perfectionnement; il fera aussi régulièrement l'analyse des activités du PF et précisera leurs objectifs. De plus, on lui demandera de définir les objectifs du 3ème plan et de prévoir les activités du PF qui seront nécessaires pour la réalisation de ces objectifs.

MODELE III-1a

OBSERVATIONS PARTICULIERES

OFFICE NATIONAL
DE LA POPULATION

Fiche Individuelle No. [ ]

Préfecture _____

Commune _____

Centre de _____

Médecin responsable _____

1. Nom et Prenoms _____
2. No. de la carte de soins _____
3. Date de la 1ère visite _____
4. Adresse

   Commune _____

   Colline _____
5. Age de la femme _____
6. Profession du mari _____
7. Nombre d'enfants vivants _____ Décédés _____
8. Date des dernières règles _____
9. Nombre de mois ecoules

   depuis la dernière grossesse _____

1er Examen gynécologique: Normal Oui [ ] Non [ ]

Anomalies: exocerviaite _____ fibrome _____

Métrite ou annexité _____ cancer _____

Autres anomalies _____

Grossesse _____ Si oui, âge _____

2ème Examens gynécologique complementaires _____

Methode adoptée

A. Appareil intrauterin [ ] Date de l'insertion _____

   Type _____

B. Autres méthodes _____

MODELE III-1b

CONSULTATIONS ULTERIEURES

Date des visites 1	Date de dernières règles 2	Grossesse (Ecrire oui où non où suspect) 3	Appareil intra-uterins			Autres méthodes contraceptives		Observations 9
			Expulsion spontanée 4	Retrait Oui où non raison 5	Réinsertion	Contraceptif choisi 7	Quantité fournie 8	

MODELE III-1c

Appendix

FICHE DE MATERNITE ABREGEE

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE: 1. No. d'hospitalisation _____ 2. Date d'admission _____ (jour mois année)

3. Nom de la patiente _____ Nom du mari _____

4. Adresse _____

IDENTIFICATION CODEE

5. Nom du centre _____ et numéro [ ][ ][ ] 1-3

6. Numéro de l'étude: 9 1 0 4-6

7. No. (rang) de la patiente dans l'étude [ ][ ][ ][ ][ ] 7-11

8. Date de l'accouchement: [ ][ ] (jour) [ ][ ] (mois) [ ][ ] (année) 12-17

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

9. Age de la patiente: *(années révolues)* [ ][ ] 18-19

10. Niveau d'instruction de la patiente: *(nombre d'années scolaires complètes)* 0) 0 1) 1-2 2) 3-4 3) 5-6 4) 7-8 5) 9-10 6) 11-12 7) 13-14 8) 15+ [ ] 20

11. Age au premier mariage (un an): *(années révolues)* [ ][ ] 21-22

12. Nombre total de naissances vivantes: [ ][ ] 23-24

13. Enfants actuellement vivants: nombre de garçons *(8 ou plus = 8)* [ ] 25
nombre de filles [ ] 26

14. Durée d'allaitement de la dernière naissance vivante: 0) n'allaitait pas 1) <3 mois 2) <6 3) <9 4) <12 5) <15 6) <18 7) <21 8) 21 mois ou plus [ ] 27

15. Nombre total d'enfants mort-nés: *(8 ou plus = 8)* [ ] 28

16. Résultat de la dernière grossesse: 0) pas de grossesse antérieure 1) enfant vivant, à terme, encore en vie 2) enfant vivant, à terme, décédé 3) enfant vivant, avant terme, encore en vie 4) enfant vivant, avant terme, décédé 5) mort-né 6) avortement provoqué 7) avortement spontané 8) autre _____ [ ] 29

17. Nombre de mois depuis la fin de la dernière grossesse: *(998 ou plus = 998)* [ ][ ] 30-31

18. Procédé contraceptif essentiellement utilisé avant cette grossesse: 0) aucun 1) DIU 2) pilule/injectable 3) ligature des trompes 4) vasectomie 5) condom 6) retrait/rythme 7) mousse/diaphragme/gelée 8) autre _____ [ ] 32

DONNEES MEDICALES SUR LA GROSSESSE ACTUELLE

19. Affection prénatale principale: 00) aucune 02) placenta praevia 06) hémorragie antepartum 10) toxémie pré-éclamptique 11) éclampsie 14) infection des voies urinaires 29) anémie 35) béance du col 79) diabète 98) autre _____ [ ][ ] 33-34

20. Nombre de césariennes antérieures: [ ] 35

21. Durée estimée de la grossesse: *(calculée en semaines révolues à partir du premier jour des dernières règles)* [ ][ ] 36-37

22. Déclenchement du travail: 0) pas en travail 1) spontané 2) spontané, renforcé par rupture artificielle des membranes (RAM) 3) spontané, renforcé par drogues 4) spontané, renforcé par RAM et drogues 5) provoqué par RAM 6) provoqué par drogues 7) provoqué par RAM et drogues 8) autre _____ [ ] 38

En cas de grossesse multiple, enrégistrer l'information de l'accouchement le plus difficile aux questions 23, 24, 27, 29 et 30, et remplir une Fiche de Naissance Multiple pour chaque enfant.

23. Présentation au cours du travail: 0) occipito-antérieure 1) occipito-postérieure ou occipito-transverse 2) siège décompleté, mode des fesses 3) siège décompleté, mode des pieds 4) siège complet 5) front ou face

24. Mode d'accouchement: 0) spontané 1) forceps à la vulve 2) ventouse 3) forceps à la partie haute ou moyenne 4) rotation manuelle 5) siège 6) césarienne 7) embryotomie 8) autre _____ [ ] 39

25. Principale complication de l'acc.: 0) aucune 1) travail prolongé ou arrêté 2) placenta praevia 3) hématome retroplacentaire 4) insuffisance contractile de l'utérus 5) hypercontractilité utérine 6) hémorragie 7) rétention placentaire 8) autre _____ [ ] 40

26. Accoucheur ou accoucheuse: 0) personne 1) infirmière 2) sage-femme qualifiée 3) étudiante infirmière ou sage-femme 4) personnel paramédical 5) étudiant en médecine 6) médecin généraliste 7) spécialiste gynécologue-accoucheur 8) autre _____ [ ] 41

27. Poids à la naissance: *(en grammes)* [ ][ ][ ][ ] 42-45

28. Sexe du (ou des) nouveau-né(s): nombre de garçons *(indiquer le nombre pour chaque sexe)* [ ] 46
nombre de filles [ ] 47

29. Cotation d'APGAR: 9) pas faite à une minute *(8 ou plus = 8)* [ ] 48
à 5 minutes [ ] 49

30. Principale complication foetale ou néonatale: 0) normal, ou mort-né sans pathologie évidente 1) souffrance foetale au cours du travail 2) malformation mineure 3) malformation majeure 4) détresse respiratoire 5) isoimmunisation 6) infection néonatale 7) traumatisme 8) autre *Pour les codes 2, 3, 7, 8, spécifier* _____ [ ] 50

31. Mort du foetus/nouveau-né: 0) vivant 1) antepartum, un enfant 2) antepartum, deux ou plus 3) intrapartum, un 4) intrapartum, deux ou plus 5) postpartum, un 6) postpartum, deux ou plus 7) combinaison 8) autre _____ [ ] 51

32. Principale complication des suites de couches: 0) aucune 1) fièvre exigeant traitement 2) saignement exigeant traitement 3) infection urinaire 4) mastite 5) phlébite 6) lâchage de suture 7) décès *(remplir le Rapport de Mortalité)* 8) autre _____ [ ] 52

ETUDES PARTICULIERES

33. _____ [ ] 53

34. _____ [ ] 54

35. _____ [ ] 55

CASES A REMPLIR AU MOMENT DE LA SORTIE

36. Stérilisation tubaire: 0) aucune 1) avant l'acc. 2) pendant la césarienne 3) au moment de l'acc. 4) le jour même de l'acc. 5) 1 à 2 jours après l'acc. 6) 3 à 4 jours après l'acc. 7) 5 à 9 jours après l'acc. 8) 10 jours ou plus après l'acc. [ ] 56

37. Nombre d'enfants ultérieurs désirés: *(8 ou plus = 8)* [ ] 57

38. Procédé contraceptif prévu ou donné: 0) aucun 1) DIU 2) pilule/injectable 3) ligature des trompes 4) vasectomie 5) condom 6) retrait/rythme 7) mousse/diaphragme/gelée 8) autre _____ [ ] 58

Signature (lisible) _____ [1] 59

MODELE III-2

Registre d'Activité
de Planning Familial

Nom et Prénom de la Femme

SERVICE RENDU

DOCUMENT REMIS PAR :

GRATUIT :

Observations Individuelles

MODELE III-3

République du Rwanda

OFFICE NATIONAL DE LA POPULATION

FICHE STATISTIQUE

Centre: _____

Fiche remplie par _____

Mois: ..... ☐☐

Année ..... ☐☐

Jour de l'acceptation						
No. de fiche individuelle						
Nom de la Femme						
Méthode adoptée						
Age de la femme						
Nombre d'enfants vivants						
Nombre d'enfants décédés						
Nombre de mois ecoulés depuis la dernière grossesse						
Commune de résidence						

3. Application (1983-1986)

A la fin du troisième plan (1982-1986) le système statistique devrait complètement fonctionner. Un service statistique à l'ONAPO devrait superviser le regroupement des statistiques sur le PF provenant de chacun des centres de PF. Si ce centre de Planning Familial est créé dans chacune des 143 communes, il sera nécessaire d'employer des assistants statisticiens (délégués régionaux) pour recueillir les statistiques à chaque préfecture.

Vers 1986, les statistiques concernant les activités de PF seront devenues trop importantes pour être utilisées manuellement. On aura besoin d'un équipement plus perfectionné (par exemple, on pourrait avoir besoin d'un petit ordinateur pour traiter les enquêtes sur la population).

Si un équipement perfectionné est disponible, le personnel sera capable d'analyser systématiquement les données, et d'en publier et distribuer les résultats aux autres ministères et agences intéressés.

L'ONAPO devrait être responsable de la mise en place d'une formation appropriée. Chaque centre de PF devrait avoir un assistant statisticien ayant été formé. L'ONAPO visera à ce qu'un dossier soit tenu à jour pour chaque centre de PF. Ce dossier devra contenir toute information concernant les dispositifs d'organisation du centre, le personnel impliqué dans les activités du PF, le genre de contraceptifs qui sont distribués et les caractéristiques démographiques des acceptantes. Une étude consécutive sur le passé de la maternité des femmes ayant accouché dans les institutions de soins médicaux sera utile, si de telles informations sont recueillies régulièrement.

C. Programme sur la Recherche

La Section Etudes, Evaluation, Recherches fut créée à l'ONAPO pour :

--étudier et évaluer l'impact de la croissance de la population sur le développement socioéconomique;

--évaluer l'imapact des activités des centres de PF sur les conditions démographiques en vue déaméliorer le planning;

--élaborer en collaboration avec d'autres institutions intéressées, des projets de développement qui réduiraient les problèmes socio-économiques.

--diriger une recherche et des enquêtes sur la population, et

--participer dans le développement d'un programme d'information, de formation et d'éducation pour la population, qui pourrait être intégré dans tous les niveaux des programmes du système d'éducation.

La réalisation de ces ambitieux objectifs permettra à l'ONAPO de devenir l'organisation centrale de la recherche démographique au Rwanda. Il est normal de s'attendre à ce que l'ONAPO acquiert la capacité voulue pour atteindre ces buts, s'il reçoit une assistance dans l'établissement de solides structures, et le recrutement d'un personnel formé.

Un démographe qui fut formé à l'université de Montréal a la responsabilité de la Section Etudes, Evaluation et Recherche. Il semble être la personne appropriée pour remplir cette position, quoiqu'il manque d'expérience pratique. On devrait lui donner l'opportunité de se perfectionner en Tunisie, à la Division de la Population (Service des Statistiques et de la Recherche) de l'ONPFP, où il pourrait se mettre au courant des aspects pratiques de son travail.

On attend un autre démographe qui va joindre l'ONAPO en septembre 1981. Il fut recruté au Département de Démographie de Louvain, Belgique. On aura besoin d'un troisième démographe, aussi bien que d'autres scientifiques sociaux tels qu'un économiste, un statisticien et un sociologue, pour mener à bien d'importantes études dans le domaine de la recherche.

L'équipement et le personnel nécessaires devront être sur place dès que possible.

L'ONAPO devrait collaborer avec d'autres institutions de recherche au Rwanda (c'est-à-dire le CRES, l'IAMSEA, le Bureau de Recensement, la Division des Statistiques), coordonner des projets et organiser des séminaires sur les problèmes de la population et la démographie.

Le programme de Recherche et d'Evaluation peut être divisé en deux partie à l'ONAPO: l'évaluation et le recherche intéressant directement le programme de PF, et une recherche générale sur les dynamiques de la population.

1. Evaluation et Recherche du Programme de PF

Une évaluation des activités des centres de PF devra se baser sur les données qui ont été regroupées de manière systématique, d'après des enquêtes pratiques et une analyse des renseignements recueillis sur les acceptantes.

Les statistiques concernant le programme de PF devront être analysées dans un rapport annuel publié par l'ONAPO. Celui-ci devra comprendre les tableaux indiquant le nombre des acceptantes par méthode et par centre. On devra comparer les résultats avec les objectifs en évaluant le nombre de naissances évitées et le pourcentage de femmes procréatives ayant été protégées par la contraception.

Les caractéristiques démographiques des acceptantes devront être analysées régulièrement pour pouvoir suivre l'évolution de la répartition des acceptantes par méthode, par âge et par parité. Les renseignements sur le passé des maternités devront être recueillis dans les maternités. Cette information peut être utile pour l'amélioration des soins médicaux de la mère et de l'enfant.

La Section Etudes, Evaluation et Recherche devra, pendant la phase préparatoire du programme (1981), donner la priorité à quatre études décrites ci-dessous:

Un inventaire de toutes recherches et enquêtes concernant la population au Rwanda, menées dans le pays ou à l'étranger. On devra analyser les résultats de ces études. On devra décrire les méthodologies et la valeur des recherches évaluées.

Une évaluation de toutes les activités de PF au Rwanda avant le programme de PF. Cette étude devra comprendre l'estimation quantitative des femmes qui ont utilisé ou qui utilisent les services du planning familial au Rwanda, ainsi que leurs caractéristiques socio-démographiques. L'objet de l'étude serait d'énumerer les endroits où les services de PF sont disponibles, de décrire les méthodes qui y sont offertes, de préciser quelles sont celles que les femmes préfèrent, et de déterminer ce qui devrait être entrepris pour améliorer les services. Peu d'informations sur l'utilisation de la contraception au Rwanda est disponible. Un professeur rwandais en sociologie eut l'intention d'évaluer les activités de PF, mais il quitta le pays pour poursuivre des études aux USA. Cependant, il commença son projet avant de quitter le Rwanda. Un questionnaire fut conçu et expérimenté, ce qui a fourni d'intéressants résultats sur l'hôpital de Kigeme, le Centre de Santé de Kansi, et le Centre Universitaire de Santé Publique (CUSP) à Butare. On devrait poursuivre et terminer ces travaux. L'ONAPO pourrait superviser le projet.

Une analyse des informations concernant 700 acceptantes. Les renseignements sont conservés à Butare à la clinique du contrôle des naissances. Il serait intéressant d'interviewer les 700 femmes pour savoir ce qu'elles pensent des services et des méthodes qui leur sont offertes.

Une fois que le personnel de recherche a acquis un peu d'expérience, il serait utile de mener, en 1982, une enquête nationale pour définir les attitudes vis-à-vis du planning familial au Rwanda ainsi que le niveau de connaissances et d'expériences s'y référant. Cette enquête CAP (Connaissance, Attitudes, Pratiques) serait la première de ce genre au Rwanda. Quelques enquêtes démontrent qu'il existe une ignorence générale des méthodes de PF mais que les gens sont de plus en plus conscients du problème de surpopulation.[1]

L'ONAPO voudrait recueillir plus de données détaillées sur la fécondité. L'équipe pense qu'il serait intéressant d'effectuer une enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives que le "Westignhouse Health Systems" (WHS) a lancé dans beaucoup d'autres pays. Le Rwanda pourrait profiter de l'expérience et de l'assistance technique de WHS. Le WHS pourrait, par example, participer à la formation du personnel local dans le domaine de l'organisation, la supervision, et le traitement d'une enquête nationale.

---

[1] On peut trouver des informations sur ce sujet dans une étude sur le statut de la femme, une enquête parmi les professeurs mariés, et une enquête sur la nutrition à Gisenyi. Voir bibliographie jointe à ce rapport.

Le questionnaire WHS comprend cinq parties:

. Les caractéristiques socio-démographiques (âge, éducation et occupation);

. Le passé relatif à la fécondité (grossesse, nombre d'enfants vivants et décédés, allaitement, nombre d'enfants désirés);

. Le contrôle de la fécondité (connaissance, attitude et expérience vis-à-vis du PF);

. Disponibilité (où aller pour recevoir des services médicaux et de PF, éloignement du centre, préférences de services); et

. Passé familial (systèmes d'union marital et passé du partenaire).

On pourrait utiliser les résultats d'une enquête de ce genre pour démontrer sur graphique l'évolution du programme de PF et son impact sur les femmes. Ce serait une information de base crédible.

L'ONAPO serait capable de diriger ses propres enquêtes si son personnel était bien formé. On pourrait employer comme interviewers, les femmes qui ont été formées pour diriger les interviews du recensement de 1978 et de l'enquête démographique de 1981. Si on reçoit une assistance technique, le traitement des données pourrait se faire au Rwanda par l'ordinateur du Bureau National du Recensement. On pense qu'on aura fini de traiter l'enquête démographique à la fin de 1982. L'ordinateur sera disponible à ce moment là pour d'autres enquêtes sur la population.

Vers la fin du Troisième Plan, quand le personnel de l'ONAPO est devenu plus expérimenté, il sera disponible d'évaluer les activités de PF des deux première années et leurs effets sur la fécondité au Rwanda. Il serait intéressant de conduire en même temps une enquête consécutive sur les méthodes de PF. On pourrait faire une estimation du taux de continuation du pays et utiliser celui-ci pour déterminer les objectifs au Quatrième Plan (1987-1992). Cette enquête pourrait être faite avec l'assistance d'un consultant. On pourrait s'inspirer du questionnaire et des documents utilisés lors de l'enquête menée en Tunisie en 1973 en les adaptant aux conditions du Rwanda. L'échantillon pourrait être conçu à partir des informations conservées aux centres de PF.

2. Recherche sur les Dynamiques de la Population

On devrait prêter une attention toute particulière aux régions du Rwanda dont la densité est très élevée et augmente rapidement. L'ONAPO ou une autre institution telle que le CRES pourrait concevoir une enquête sur une petite échelle, pour étudier les communes où la densité dépasse 400 habitants au kilomètre carré. Cette analyse concernant la relation entre la densité élevée et les problèmes socioéconomiques pourrait être programmée pour 1982.

Enquête Nationale sur la Fécondité

L'ONAPO a exprimé le désir d'entreprendre une enquête nationale sur la fécondité. Pour le moment, il serait prématuré d'organiser un projet d'une telle importance, étant donné la quantité du personnel (et leur expérience) et du fait qu'une enquête démographique a été planifiée pour août 1982. Cependant, il serait dans deux ans d'un grand intérêt pour le pays et, si une enquête nationale sur la fécondité était entreprise en la conformant à l'enquête Mondiale sur la Fécondité (WFS), on pourrait comparer les pays entre eux. Une telle étude permettrait d'avoir les données de base dont on aurait besoin pour comprendre la fécondité au Rwanda, ainsi que d'autres informations démographiques.

L'enquête contribuerait à élargir la connaissance des caractéristiques démographiques de la population. Elle fournirait toutes les données dont le Gouvernement a besoin pour établir des paramètres démographiques et réaliser ses politiques démographiques. Elle permettrait d'avoir des données numériques qui sont indispensables à la planification socioéconomique pendant la période intermédiaire entre deux recensements. De telles informations seraient particulièrement utiles pour la mise en oeuvre du Quatrième Plan. De plus, on pourrait développer des méthodologies et les tester,ce qui pourrait servir à d'autres recensements et enquêtes démographiques.

Les objectifs immédiats de l'enquête seraient de:

--recueillir les données sur la fécondité, la nuptialité, la mortalité et les migrations, et

--déterminer les variables explicatives de la fécondité de la population et des migrations.

L'institution coordinatrice du projet serait l'ONAPO. Il travaillerait en collaboration avec la Division des Statistiques au Ministère du Plan.

Le projet durerait trois ans. L'assistance technique fournirait le personnel ayant mené l'Enquête Nationale sur la Fécondité ou d'autres experts qui ont été dans ce genre de travail dans d'autres pays africains.

Un consultant superviserait l'exécution de l'enquête, et plusieurs experts internationaux contribueraient à la conception de l'échantillon, à la direction du travail pratique , au traitement et à l'analyse des données.

Toute documentation et tous questionnaires seraient fournis par le WFS.

A part le questionnaire principal, l'enquête intégrerait les modules relatives au planning familial, les facteurs autres que la contraception qui affectent la fécondité, les variables économiques, la mortalité générale, et l'influence de la mortalité de l'enfant sur la fécondité. Les résultats de l'enquête pourraient être comparés à ceux des 43 autres enquêtes qui ont été faites dans le monde entier.

En plus des données sur la fécondité, l'enquête fournirait d'utiles informations sur la mortalité prénatale et celle de la mère, l'importance de la stérilité et de la sous-fécondité, les modèles maritaux, et l'étendue de la polygamie.

Un questionnaire serait également conçu pour connaître l'opinion des hommes vis-à-vis du planning familial et de la fécondité.

Maintenant qu'il y a eu un recensement dans le pays, il existe un échantillon valable des interviewers formés sont disponibles.

Des véhicules seraient nécessaires.

On devrait prendre les premiers contacts avec l'enquête Mondiale sur la fécondité début 1982 de façon à ce que le travail pratique puisse commencer en 1983.

Les résultats de l'enquête seraient disponibles à la fin de 1984. Ils pourraient être utilisés pour préparer le Quatrième Plan Quinquennal (1987-1991).

Recommandations

L'action suivante sera entreprise pour développer un programme pour la santé de la mère et de l'enfant et un planning familial.

A. Politique en Matière de Population.

Il doit être clair que, dans le Troisième Plan (1982-1986), un programme de PMI/PF sera mis en oeuvre dans le pays pendant les cinq prochaines années.

Le Quatrième Plan devra spécifier les objectifs démographiques actuels du pays, et une estimation quantitative des activités du planning familial, qui devront être accomplies pour atteindre les objectifs de la période entre 1987-1991.

B. Statistiques du PF.

L'ONAPO devra être le bureau central des statistiques du PF. Il devra superviser le groupement des données, évaluer les activités du planning

familial, et publier tous les ans des rapports contenant des analyses et des tableaux indiquant le nombre d'acceptantes, par méthode et par centre.

L'ONAPO aura la responsabilité de définir les objectifs démographiques pour donner une direction à la planification socioéconomique. Il devra analyser périodiquement les caractéristiques démographiques des acceptantes par méthode et par régions (âge et parité), et l'historique des femmes qui ont accouché dans des institutions de soins sanitaires, maternelles et infantiles.

Le démographe de l'ONAPO devra avoir reçu une formation sur les statistiques et la recherche dans le domaine du programme de PF. La formation devra avoir lieu à Tunis, avant la fin de 1981.

L'ONAPO aura la responsabilité de tenir à jour un fichier central sur les acceptantes, le nombre et le genre de contraceptifs distribués, l'infrastructure, et les programmes d'information et de formation.

Un personnel supplémentaire (un statisticien, deux démographes et les délégués régionaux) devra être recruté de façon à ce que le programme de PF puisse être impliqué dans les statistiques et la recherche.

L'ONAPO devra être responsable de la formation de tout le personnel qui conserve les informations sur les activités de PF.

Une assistance devra être assurée à l'ONAPO sous forme d'équipement, de machines (c'est-à-dire machines à écrire et machines à calculer) et des véhicules.

Les documents nécessaires pour recueillir les statistiques auront dû être conçus avant la fin de 1981, et les trois personnes qui sont responsables des services de planning familial dans les trois centres pilotes, auront dû être formées à l'ONAPO.

On devra prendre en considération le besoin d'un ordinateur pour l'ONAPO, nécessaire aux analyses statistiques et à la recherche.

C. Recherche et Evaluation du Programme de PF.

L'ONAPO sera l'organisation centrale en ce qui concerne l'évaluation du programme de planning familial. Il coordonnera aussi la recherche sur la population.

1. <u>1981</u>

On devra faire une évaluation des activités de planning familial au Rwanda. On devra prendre en considération les activités courantes et celles qui sont terminées. Ce genre d'études indiquera de quelle manière le programme a progressé. Il sera possible de déterminer combien d'institutions

sanitaires offrent des services de planning familial et combien de femmes ont accepté une méthode contraceptive. De plus, il sera possible d'identifier les commodités sanitaires où les services de planning familial sont disponibles, et les méthodes contraceptives que les femmes préfèrent.

Il serait utile de terminer l'enquête conçue par le professeur Rwandais de Butare.

Les informations recueillies à la Clinique du Contrôle des Naissances de Butare,pourraient être utilisées pour analyser les caractéristiques socio-démographiques des 700 acceptantes. Il se peut qu'il soit possible d'interviewer quelques unes des femmes,pour avoir leurs opinions sur les services de planning familial qu'elles ont reçus.

2. 1982

Il a été suggéré qu'une enquête nationale CAP soit menée au Rwanda avant que le programme commence. L'enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives,qui fut conçue par le "Westinghouse Health System", serait une bonne enquête à mener au Rwanda,car une assistance technique serait disponible et on pourrait effectuer une comparaison internationale.

3. 1984

Il serait nécessaire d'évaluer le programme de planning familial deux ans après qu'il ait commencé. L'évaluation indiquera si le programme devra se poursuivre ou si ses objectifs devront être révisés. Le démographe de l'ONAPO devra diriger l'évaluation avec l'assistance d'un expert international.

Le démographe de l'ONAPO participera aussi à la coordination d'une enquête consécutive sur les acceptantes des années 1982 et 1983. L'enquête permettra d'avoir des données sur les taux de continuation des méthodes contraceptives utilisées au Rwanda. Ces données seront utilisées, dans la prévision des objectifs et dans l'évaluation de l'efficacité du programme.

D. Recherche sur les Dynamiques de la Population

1. 1981

On devrait faire un inventaire de la recherche sur la population au Rwanda. Il serait utile de rassembler toutes les informations sur la population au Rwanda,et d'analyser la qualité des méthodologies et les résultats.

2. 1982

Une enquête menée sur une petite échelle dans des régions à densité élevée ,permettrait d'obtenir quelques données sur la relation entre la densité de la population ,et les problèmes socioéconomiques. (Une telle enquête pourrait être effectuée dans des communes représentatives selectionnées ,où la densité dépasse 400 habitants au kilomètre carré).

3. 1983 - 1984

Une enquête nationale sur la fécondité devrait être entreprise au Rwanda au cours du prochain plan ,pour obtenir des données exactes et détaillées sur la fécondité. De telles données n'existent pas pour le moment.

L'enquête fournirait des données fondamentales sur le planning familial, la mortalité et les migrations. De telles données sont toutes indispensables à la planification socioéconomique. L'enquête aura aussi d'autres avantages. Par exemple, le personnel local deviendra capable de mener des enquêtes nationales, d'analyser la situation démographique et de déterminer les variables explicatives de la fécondité et des migrations de la population.

Il n' y a aucune donnée crédible sur la mortalité en général ,et sur la mortalité de l'enfant et du nouveau-né au Rwanda. Une enquête nationale sur la fécondité pourrait fournir les données de base nécessaires à une meilleure compréhension des conditions sanitaires du pays.

L'équipe recommande fortement au Rwanda d'utiliser l'expérience et l'expertise de l'Enquête Mondiale sur la fécondité à Londres. L'organisation peut fournir des questionnaires, une documentation en Français, et une assistance technique dans la conception de l'échantillon, une formation professionnelle, des études pratiques, des moyens pour traiter les données, et des analyses. De plus, elle peut donner des informations sur 43 autres pays africains et du monde entier, que l'on peut utiliser pour effectuer des comparaisons internationales.

IV. ANALYSE SOCIALE

Objet de l'Etude

On a entrepris de faire une analyse sociale pour déterminer la réceptivité du planning familial par la population du Rwanda. Parce qu'on ne peut pas comprendre le présent sans une connaissance du passé, on a analysé la vie contemporaine du Rwanda en relation avec la société traditionnelle, et les conditions existant sous le colonialisme du début du siècle jusqu'en 1962.

Méthodologie

Un anthropologue accompagna l'équipe quand celle-ci rendit visite aux officiels du gouvernement à Kigali, et aux services sanitaires des trois principales régions du pays. L'anthropologue passa quatre jours, seul, à interviewer des familles rurales dans quatre communes différentes près de Nyabisindu, à 100 kilomètres au Sud-Ouest de Kigali. On consulta des documents gouvernementaux, entre autres plusieurs récentes études socioéconomiques, et une littérature professionnelle historique, anthropologique et sociologique.

On devra garder présent à l'esprit, que l'analyse qui suit n'est en aucun cas définitive. L'expérience de l'anthropologue au Rwanda fut épisodique, et il fut difficile d'effectuer l'étude dans le laps de temps disponible et avec une documentation incomplète, fragmentaire.

Objectifs et Catégorie Sociale Choisie

L'un des objectifs du projet est de fournir l'assistance nécessaire, dans le domaine de la PMI/PF, à tous les niveaux et pour toutes les catégories sociales de la population. En plus de l'impact qu'une telle assistance aura sur le problème de la surpopulation, ce projet fera bénéficier tous les Rwandais. En outre, l'étendue de cet impact dépendra du succès avec lequel les Rwandais participeront au Planning Familial. Certaines personnes seront servies plus tôt et plus facilement que d'autres. Par exemple, les gens qui habitent dans les quelques centres urbains du pays ou aux alentours, tels que Kigali, Butare et Ruhengeri, non seulement trouvent qu'il est plus facile de recevoir des services, mais ils semblent être prédisposés à accepter les services de contrôle des naissances. Généralement, la fréquence des visites aux centres de santé dépend de la distance que le malade doit parcourir (jusqu'à quinze kilomètres). Les malades généralement utilisent la marche à pied. Il sera difficile de répartir uniformément la distribution des services dans tout le pays, parce que le projet vise à centraliser les systèmes d'information et de services sanitaires. En réalité, il faudra des années avant qu'un réseau adéquat de centres de santé soit établi dans l'ensemble des 143 communes.

Il n' y a aucune raison de penser que le projet puisse avoir un effet négatif sur l'individu ou la collectivité. Les femmes et les enfants seront évidemment les principaux bénéficiaires immédiats du projet. (Une des intentions est de permettre de donner une meilleure santé aux femmes, d'avoir moins d'enfants et d'avoir des enfants en meilleure santé)

Les femmes procréatrices et leurs enfants sont la catégorie sociale visée en premier, la population dans son entier étant le bénéficiaire secondaire. Ainsi, l'idée d'un nombre minimum de participants n'est pas appropriée. On doit reconnaître, cependant, que les indigents du Rwanda, ceux qui ont tendance à s'accroître, peuvent être peu disposés à bénéficier de ces services, soit parce qu'ils se sentent rejetés de la société, soit parce qu'ils ont honte de leur pauvreté.

Ces considérations mises à part, le succès avec lequel la population en général acceptera les services de PF et limitera la fréquence et le nombre de naissances, dépendra de la grande variété des conditions sociales, économiques, religieuses et sexuelles, des traditions et des pratiques.

Structure Sociale Traditionnelle

Avant qu'il soit tombé sous la domination des pouvoirs coloniaux, le Rwanda développa une structure socio-politique et économique très complexe. Les Tutsi parvinrent à imposer un système monarchique sur la plupart des régions Centre, Sud et Est du Rwanda. La société était stratifiée en trois classes distinctes, de préférence endogènes, de différentes origines raciales et ethniques (dont l'ordre est le suivant: Tutsi, Hutu et Twa). L'organisation était basée sur la descendance patrilinéaire.

Tous les Rwandais appartenaient à un clan identifié par un nom, ils étaient au nombre de 15. Les membres de plusieurs clans profitaient cependant de certains privilèges et avaient des rôles à tenir dans la société. Le mariage entre les membres de clans différents était rarement défendu.

L'umulyango, le groupe le plus important après le clan, consistait du groupement de tous les descendants d'une lignée mâle que l'on pouvait remonter jusqu'à un ancêtre commun. Dans le Nord et le Nord-Ouest, l'umulyango était chez les Hutus un groupe collectif exogène qui contrôlait la terre et le mariage ,et exerçait une autorité judiciaire sur les membres. Au centre et dans le Sud, où les Tutsi maintenaient un contrôle politique, l'inzu était le groupe collectif principal, tandis que l'umulyango remplissait de vagues fonctions. L'inzu, le groupe suivant, plus petit, comprenait au moins quatre générations.

En élargissant leur contrôle militaire sur presque tout le territoire du Rwanda d'aujourd'hui, les Tutsi développèrent un système politique et administratif qui réunissait trois groupes dont le pouvoir était indépendant: les chefs d'Armée, les chefs du Bétail, les chefs des Terres. Tous étaient assujettis au pouvoir , d'autorité divine, du souverain, le mwami.

L'organisation de la société nationale reposait, jusqu'à la fin du 19ème siècle, sur les très nombreuses armées (de nouvelles armées étaient créées au début de chaque nouveau règne). Tous les hommes devaient appartenir à l'une ou à l'autre des armées. On considérait que les Tutsi étaient les guerriers, les défenseurs du Rwanda, tandis que les Hutu et les Twa devaient leur donner leur support. Les Chefs du Bétail étaient chargés de collecter les impôts sur les animaux, et les Chefs des Terres étaient chargés de collecter ceux sur la production et la corvée. Ces derniers décidaient en dernier ressort des conflits s'élevant au sujet des terres. Les Chefs d'Armée et du Bétail étaient toujours Tutsi, les Chefs des Terres pouvaient théoriquement être Hutu, mais apparemment peu de ce groupe détenait cette position.

Tous les Rwandais étaient assujettis à un Chef d'Armée, et la plupart des Tutsi étaient également assujettis à un Chef du Bétail. Les Hutu étaient assujettis à un Chef du Bétail s'ils possédaient du bétail. En tant que cultivateurs, ils payaient des droits à un Chef des Terres. Dans tous les cas, les relations se faisaient apparemment entre supérieurs et inférieurs, ce qui impliquait un engagement personnel d'obéissance et de loyauté. Non seulement l'homme en tant qu'individu mais sa famille aussi, étaient engagés par ce lien, parce que l'autorité hiérarchique, un inzu ou rugo, était absolue.

Ce genre de relation était une des caractéristiques des relations sociales en général. On peut dire que la manière dont on a organisé ces relations, a permis de favoriser fondamentalement la domination du Tutsi sur le Hutu. Connue sous le nom de ubuhake, cette relation particulière de patron à client fut basée sur le prêt du bétail--la forme la plus importante des richesses au Rwanda--et du pâturage. Les Tutsi avaient établi une telle réciprocité des relations, pas nécessairement parce qu'ils avaient besoin de bétail, mais surtout parce qu'ils voulaient que le patron soit puissant. Les Hutu recherchaient à avoir de telles relations avec les Tutsi à la fois pour le bétail et pour leur protection. Les relations étaient les mêmes lorsqu'on voulait obtenir de la terre à cultiver. Celles-ci reposaient sur l'échange de la terre contre le versement du produit (amaturo) ou contre le produit d'un travail de deux jours (ubuletwa).

Il semblerait que, pour tous les Rwandais, la clé du succès, ou simplement les chances de survie, dépendait du fait d'avoir des patrons puissants qui pouvaient entrer en conflit les uns contre les autres. La justice était prompte et sévère, elle était rendue soit par les chefs, soit par le mwami et elle était prononcée non seulement contre le coupable mais aussi fréquemment contre sa famille, suivant la logique de l'idée de responsabilité collective. Les membres d'une famille risquaient toujours de perdre toute leur propriété, si ce n'était leur vie.

En théorie, et bien que le mwami avait la suprématie du domaine, la terre appartenait à la personne qui l'avait défrichée, et à ses descendants provenant de la lignée mâle, aussi longtemps qu'elle était occupée ou cultivée. Avec le développement d'une monarchie centralisée--et d'un plus grand contrôle--et une urgence croissante des terres, d'autres formes de tenures et d'autres types de relations économiques furent établis (c-à-d location des terres et emploi de main-d'oeuvre). L'importance de ces accords échangés dans le passé n'est pas claire.

On croit cependant qu'il y avait une différentiation économique considérable entre les chefs Tutsi, au sommet de la hiérarchie, riches et possédant le bétail, et les Hutu et les Twa, travaillant sur gages en bas de l'échelle sociale. (cf. Vidal.)

Etant donné la nature de la société rwandaise, et le taux élevé de mortalité pendant la période pré-coloniale, il n'est pas surprenant de constater, que non seulement on considérait les grandes familles désirables, mais également essentielles à la survie. Il était important d'avoir de grandes familles pour assurer la défense, et l'autorité familiale était donnée au chef de famille. En outre, la principale source de main d'oeuvre était fournie par les enfants; leur travail fournissait les biens directement à la famille, et ils participaient aux travaux obligatoires que la famille devait exécuter pour le patron. La fécondité était une vertu primordiale chez la femme, qui devait travailler pour son mari et sa famille (on supposait et on suppose encore aujourd'hui que les maris sont féconds). De plus, en ayant beaucoup d'enfants, une femme pouvait avoir l'assurance qu'elle serait aidée dans les travaux ménagers et ceux des champs, et qu'elle serait prise en charge pendant ses vieux jours. On avait des attentions particulières pour les femmes qui avaient sept enfants. La qualification sociale d'avoir des enfants était si importante, qu'on noyait les filles dont les seins ne s'étaient pas développés ou qui n'avaient pas eu de règles (Kagame p. 301).

Le mariage était surtout une affaire familiale. La famille du fiancé versait à la famille de la fiancée une "dot", pour avoir la fiancée (inkwano): une vache (ou des chèvres quand on n'avait pas de vaches), des houes et de la bière. Il semble qu'il n' y ait eu aucune forme privilégiée de mariage, à l'exception des Hutu du Nord-Ouest, qui prèfèrent se marier avec une petite cousine matrilinéaire, ou une femme issue de la première génération du même groupe. Bien que les historiens ne s'accordent pas pour dire que les clans étaient exogènes (cf. Kagame, les organisation p.96 et d'Hertefeld p.50), l'umulyango ainsi que l'inzu l'étaient.

On s'attendait à ce que les filles qui se mariaient pour la première fois soient vierges. Il était question de tuer celles qui attendaient un enfant avant d'être mariées, et même si le père de l'enfant ou un autre homme acceptait de se marier avec la jeune femme, l'enfant était tué à la naissance et enterré en dehors du Rwanda (Kagame, les Organisations p.300).

Les filles se mariaient jeunes et étaient ensuite emmenées dans la famille du mari. Elles se trouvaient sous l'autorité à la fois de leur mari, et de leurs beaux-parents. On considérait la fiancée non seulement mariée à son mari, mais aussi à sa belle famille, et on jugeait normal qu'une femme ait des relations sexuelles avec ses beaux-frères et même avec son beau-père (quoique cela semble avoir été moins commun). Les hommes ainsi que les femmes attachaient beaucoup de valeur aux relations sexuelles. Il semble qu'un homme jugeait qu'il était de son droit d'avoir des rapports sexuels, aussi souvent qu'il le désirait, et que c'était du devoir de sa femme de satisfaire ses désirs. Les relations sexuelles n'étaient pas interdites après la naissance d'un enfant et, en fait, étaient requises selon le rite, à l'occasion de la plupart des événements importants.

Une famille--normalement un couple marié et ses enfants à charge--s'établissait dans un lieu familial (rugo) entouré d'une haie. Une seconde femme (la polygamie était commune, surtout chez les hommes âgés) pouvait occuper une maison dans le même lieu familial, mais elle vivait généralement

dans un lieu familial séparé. Ces lieux familiaux étaient répartis sur le flanc des coteaux, ils étaient entourés de champs cultivés, et dans la plupart des régions, de bananeraies. On ne trouvait nulle part de lieux familiaux groupés en villages.

La division de la main d'oeuvre d'après le sexe,favorisait les hommes. Les femmes faisaient la plupart des travaux agricoles, prenaient soin des jeunes enfants, et entretenaient la maison. Les hommes exécutaient les travaux agricoles saisonniers les plus durs, prenaient soin des animaux, accomplissaient les travaux durs pour leurs patrons, et remplissaient leurs obligations militaires.

Les enfants, en particulier les filles, étaient une source importante de main d'oeuvre. Les filles participaient aux soins à donner aux plus jeunes enfants, et travaillaient dans les champs. Les jeunes garçons gardaient les animaux. Pendant les premières années de leur vie domestique, les enfants étaient plus un fardeau qu'un apport avantageux, mais bientôt ils devenaient un élément essentiel de l'économie familiale. La coopération entre les membres d'un inzu permettait de faire face plus facilement aux problèmes des enfants trop jeunes pour travailler.

Les hommes seuls bénéficiaient de l'héritage, bien qu'il y ait des exceptions chez les Tutsi proches de la cour, en l'absence d'héritiers mâles. On pense que l'individu partageait les possessions destinées à sa descendance, et ses autres biens pour ses fils, (le partage n'était pas forcément égal) et choisissait celui qui lui succèderait en tant que chef de famille. Bien que les femmes généralement ne recevaient pas d'héritages, les hommes dont elles étaient parentes (beaux-frères, fils, frères ou pères), les aidaient matériellement si elles étaient veuves ou divorcées..

Généralement, les garçons étaient instruits par leur père, et par des parents et des amis mâles plus âgés, les filles étaient instruites par leur mère. Etant donnée l'intimité de la vie familiale, les enfants avaient dû apprendre très jeunes le sens des relations sexuelles. Cependant, les parents ne leur donnaient pas alors directement d'éducation sexuelle. (Pas plus que de nos jours). On laissait aux proches parents et relations, l'initiative d'entamer le sujet. Les garçons étaient admis chez certaines femmes mariées parentes (la virginité prémaritale n'était pas requise chez les garçons), et les filles se rassemblaient régulièrement pour tisser des nattes pour pratiquer certaines manipulations génitales en vue de se préparer au mariage (gukuna).

Bien que l'on attache une grande importance à la fécondité, la croissance de la population semble avoir été ralentie par les famines, des taux de mortalité généralement élevés, et des pratiques telles que l'abstinence sexuelle pendant les périodes de deuil et d'allaitement prolongé (allant jusqu'à deux ans) ce qui, ainsi combinées, permettait un espacement raisonnable des enfants.

Effets Causés par le Colonialisme

Les effets causés par le colonialisme furent variés et importants, et ils continuent à se faire ressentir de nos jours. Pour pouvoir contrôler tout le pays, le pouvoir colonial a élargi, bureaucratisé et démilitarisé la monarchie tutsi tandis qu'il agrandissait et consolidait simultanément les différences sociales entre les Tutsi et les Hutu. Petit à petit, le vieux système, grâce auquel les familles devaient produire, travailler et effectuer des services

pour le compte des chefs et des patrons, fut remplacé par un nouveau système qui demandait aux individus d'être responsables vis-à-vis de l'Etat, en lui versant les impôts ou corvées qu'ils lui devaient. La relation patron-client du ubuhake, qui avait joué un rôle si important à l'époque de la domination du Tutsi sur le Hutu, fut finalement abolie en 1954.

L'établissement d'un système judiciaire d'influence occidentale, remplaça le précédent qui était basé sur des relations personnelles et des statuts, et qui était souvent sujet aux caprices des autorités arbitraires, bien que l'influence des Tutsi ait été prédominante lors de sa codification.

On introduisit un système d'éducation occidental, mais c'était un système qui avait été mis en place pour, en principe, éduquer les Tutsi, comme classe dirigeante. Cependant, tous considérèrent finalement ce système comme un moyen d'évolution vers le progrès, et continuent de le considérer comme tel aujourd'hui.

Pour affronter les problèmes démographiques croissants et les famines périodiques, les Belges décidèrent de diversifier et d'accroître la productivité agricole du pays. On permit de cultiver les terrains des anciennes prairies au fonds des vallées, pour récolter des produits agricoles de stockage facile, tels que le manioc, les pommes de terre, les patates douces, pour prévenir la famine. Une économie de marchés et de récoltes commerciales, telles que le café, fut introduite pour faire face aux dépenses croissantes de l'Administration. On promut de nouvelles techniques européennes pour contrôler l'érosion, pour généraliser la monoculture et pour améliorer le sarclage. On entreprit le reboisement des terres, en principe par des eucalyptus, et la construction de routes. Des travailleurs employés d'office par le Gouvernement, accomplirent ce travail. On généralisa ce système, qui résultait de la coutune du travail rendu en échange du terrain (ubuletwa), à tous les adultes mâles.

Les missions chrétiennes, et en particulier l'Eglise Catholique, ont exercé une grande influence sur le Rwanda, surtout là où elles ont été établies depuis longtemps. Une étude récente de l'IAMSEA démontre que 96,6 pour cent de la population des communes autour de Butare sont chrétiens (93,9 pour cent catholiques) (Institut Africain et Mauricien des Statistiques et de l'Economie Appliquée); le pourcentage est environ de 50 pour l'ensemble du pays. Les missions ont modifié non seulement les doctrines religieuses, mais aussi la distribution des soins sanitaires, l'éducation, l'alimentation, et les relations familiales et personnelles à l'intérieur du groupe. (Consultez par exemple "le Rwanda Face à son Avenir" de Justin Kalibwami, une étude de l'influence chrétienne et occidentale.)

L'introduction de la médecine et des pratiques sanitaires occidentales, qui réduisit la mortalité, semble avoir eu une influence significative sur le taux de croissance de la population.

Le Rwanda Aujourd'hui

Le Rwanda est à priori un pays agricole; la production se maintient au niveau des moyens de subsistance. On introduit lentement l'urbanisation et l'industrialisation. Il est apparu d'importants changements dans les rela-

tions sociales, dans l'expectative du futur et dans les comportements. Les groupes de descendance patrilinéaire existent encore, mais ils n'exerçent plus maintenant de manière significative, le contrôle des terres et des relations familiales internes, bien qu'il soit évident qu'ils continuent à être importants au Nord (Cf. Freedman). La plupart des biens terriens, semble-t-il, ont d'autres origines que celles de l'héritage provenant du défrichement original, et ne sont pas substitués. L'achat et la vente des terres augmentent. Si cette tendance continue, on peut s'attendre à une plus grande inégalité entre les propriétaires terriens et la création d'une classe importante de paysans sans terre. Par exemple, dans une région où certaines familles n'avaient aucune parcelle de terre, on découvrit un homme qui avait accru de 12,5 hectares les 3,5 hectares hérités de son père. Il le fit en achetant des terres supplémentaires. Il y a un certain degré de corruption et d'abus au Rwanda, car toutes les ventes de terre doivent être approuvées par le bourgmestre de la commune locale.

Les relations patron-client ne sont plus légales maintenant, mais il est évident qu'elles subsistent encore sous des formes différentes (cf. Saucier). Il est impossible de savoir l'importance du rôle qu'elles jouent dans la structure socioéconomique rwandaise. On peut cependant avancer avec une certaine certitude que le vieux système, dans lequel les chefs de lignée organisaient leurs engagements vis-à-vis des différents fonctionnaires et autres puissants patrons, a été remplacé par un système dans lequel la responsabilité individuelle, tout en respectant une bureaucratie relativement impersonnelle, est suprême.

Les relations familiales internes sont en train de changer, car la terre devient plus rare. Les chefs de famille sont en train de perdre les ressources économiques, dont ils ont besoin pour faire usage de leur autorité, et les relations entre maris et femmes sont en train de se modifier. Comme un observateur l'avait remarqué:

> ...l'image du père a perdu un peu de son prestige et de son autorité, principalement parce que le père ne peut plus résoudre convenablement les problèmes économiques, qui tombent sous sa responsabilité. Par contre, la condition de la mère semble notablement avoir progressé--ou peut être elle était toute aussi importante auparavant, malgré les dires de certains auteurs--à cause surtout de son rôle économique complémentaire, et de la fonction principale de socialisation qu'elle remplit vis-à-vis des enfants. Le mariage catholique a stabilisé les unions matrimoniales, mais un bon nombre de partenaires continue de mener des vies parallèles.

Le système d'éducation, qui touche environ la moitié des enfants du niveau primaire, n'a pas uniquement modifié la société rwandaise. Il a permis de donner l'espoir d'évoluer vers le progrès, mais a élargi le fossé entre parents analphabètes et leurs enfants.

L'âge du mariage a avancé à la fois pour les hommes et pour les femmes, apparemment parce que les hommes ont des difficultés à verser la dot appropriée et à établir un foyer séparé. La dot doit normalement être complètement payée au moment de la naissance du premier enfant, à moins que l'enfant n'appartienne à la famille de l'épouse. Cela n'est pas toujours le cas apparemment. Le nombre de mariages officieux--union pour lesquelles aucune dot n'est versée--augmente. Dans certaines régions, on rapporte que les mariages officieux sont la forme la plus commune d'union.

L'illégitimité est aussi en augmentation, même sur les collines, où elle a apparemment atteint des proportions importantes. Il est impossible de se procurer des chiffres exacts pour l'ensemble du pays car les informations communales ne font aucune distinction entre les enfants nés de mariages polygames (qui sont illégaux), et des enfants "sans père". En fait une étude des informations recueillies dans une commune du Nord, indique que la moitié environ de la totalité des naissances au cours d'une seule année était illégitime. Le docteur d'un hôpital préfectoral rapporta que les deux tiers des femmes demandant des moyens de contraception étaient célibataires.

Comme on peut s'y attendre, les attitudes vis-à-vis des enfants illégitimes ont changé. Une femme célibataire et son enfant ne sont plus tués maintenant et, d'après un informateur, bien que l'on puisse s'attendre à ce que l'homme se marie avec la femme dont il a conçu l'enfant, celui-ci n'a pas à en accepter la responsabilité aujourd'hui.

L'étude faite sur les communes autour de Butare et Gisenyi indique que la polygamie, qui était une fois très étendue, est plus commune dans le Nord et est pratiquée plus jeune que dans le Sud. Une explication émise, que l'on peut donner pour cette popularité continue dans le Nord, est que les hommes veulent augmenter le nombre de leurs descendants. Il semble que l'incidence de la polygamie soit associée dans le Sud, avec la possession d'un nombre de terres plus grand que la moyenne, ou avec des propriétés terriennes largement séparées. (Cette information est basée sur une preuve partielle). On a aussi remarqué que la polygamie est commune dans la Préfecture de Kibungo où se sont récemment installés de nombreux immigrants. La continuelle popularité de la polygamie au Nord et au Sud-Est est un sujet valable d'étude future.

Un autre phénomène que l'on mentionne souvent, quoiqu'il soit impossible de le chiffrer, est une atmosphère de méfiance, d'insécurité et de peur de la violence, qui semble de plus en plus s'infiltrer dans la vie des collines.

Attitudes Vis-à-vis du Planning Familial

Etant donné l'histoire et les caractéristiques de la société rwandaise, peut-on en conclure que le planning familial sera accepté par les masses? Toute conclusion émise ne devra être qu'une tentative. On n' a entrepris aucune enquête pour essayer de déterminer les attitudes de la population vis-à-vis du planning familial. Les opinions varient largement. Pour cette analyse, l'auteur consulta la littérature sur les pratiques traditionnelles et plusieurs études récentes touchant le sujet, et il discuta du problème avec

différents officiels et praticiens médicaux. Des interviews non systématiques furent menées avec 11 personnes et leurs familles et des groupes de spectateurs dans quatre communes près de Nyabisindu (Muyira, Ntyazo, Rukondo et Karama), pour essayer de déterminer quelles sont les sentiments de la population rurale vis-à-vis du planning familial.

Les officiels semblent être convaincus que la population est si imprégnée des valeurs traditionnelles d'avoir de grandes familles,qu'elle résisterait à tout effort d'encouragement à la contraception. Ils pensent que la seule approche possible serait d'insister sur les avantages que l'espacement des naissances donneraient à la santé de la mère et de l'enfant. Beaucoup, parmi ceux qui donnent des soins médicaux aux femmes,et parmi le personnel des centres nutritionnels, constatent que les femmes sont prêtes à accepter le planning familial, mais que les hommes ont encore besoin d'être convaincus de sa nécessité. A la suite des interviews menées dans les collines, il semble que, d'après les résultats, les gens ont conscience avec acuité du problème démographique et du besoin de limiter les naissances. Mais ce sont les hommes, plus que les femmes, qui le ressentent.

Les hommes étaient inquiets du peu de terre disponible à donner à leurs fils. Les femmes pensaient plutôt au besoin d'avoir des enfants qui subviendraient à leurs besoins,surtout pendant leur vieillesse. On comprend l'attitude des hommes; pas une des conditions qui favorisaient une fois les grandes familles (besoin de se défendre, autorité et main d'oeuvre) ne subsiste aujourd'hui. De manière surprenante, la population émet des opinions fermes sur les moyens de limitation des naissances. Un homme suggéra qu'on devrait demander à tous les enfants de sexe féminin, sauf une, de devenir religieuses, un autre dit que les couples devraient se faire stériliser après avoir eu deux ou trois enfants. La plupart des hommes disaient que le nombre idéal maximum d'enfants était de deux à quatre . Cependant, un large groupe d'adultes pauvres dirent que c'était mieux d'avoir six enfants. Quant aux hommes plus jeunes, du même groupe, ils dirent que quatre était le chiffre idéal.

Les hommes aussi bien que les femmes préfèrent généralement espacer les enfants tous les trois ou quatre ans (ou, comme le déclara un couple, tous les cinq ans). Cependant, une femme âgée pensait que les femmes devaient avoir autant d'enfants que Dieu leur donnait. S'il y en a trop, disait-elle, les enfants pouvaient obtenir des emplois autre part ou émigrer du Rwanda vers d'autres pays.

Les parents sont très peu disposés à conseiller leurs enfants,et les couples ayant beaucoup d'enfants ne sont pas disposés à donner des conseils à leurs propres enfants,et à ceux de la génération suivante, sur la limitation des naissances. De plus, même si les couples se sentent libres de donner des conseils, ils sont limités à cause du peu de connaissances qu'ils ont sur la contraception. Une conception erronée répandue, qui entraîne le refus du planning familial, est que la stérilisation est la seule méthode de contraception efficace, celle que peu accepterait. Il est généralement reconnu que les jeunes gens ne peuvent pas s'abstenir d'avoir des relations sexuelles. Le problème de l'alcool et la peur des hommes d'être abandonnés par leur femme, sont aussi cités comme raisons de leur incapacité de limiter la fréquence de leurs relations sexuelles. En réalité, les attitudes traditionnelles et les pratiques sexuelles semblent avoir très peu changé, si même elles ont changé!

De nombreux Rwandais sont obsédés par l'épreuve de la mortalité élevée chez les nouveaux-nés,et ils ne peuvent pas accepter la possibilité que leur famille puisse disparaître. Un observateur rapporta qu'une discussion publique préfectorale sur le planning familial, provoqua des rires parmi la majorité de ceux qui étaient présents. En réalité, il estima que 10 pour cent seulement des gens, comprenaient vraiment ce qu'était le planning familial.

On ne connait pas l'importance des différentes attitudes concernant le planning familial. On ne peut non plus prédire de quelle manière ces attitudes pourront changer pendant et après le projet. Il serait utile d'essayer d'identifier les facteurs qui pourraient contribuer à l'acceptation d'un programme de planning familial au Rwanda, aussi bien que ceux qui pourraient militer contre lui. Les deux conditions les plus importantes qui favorisent la limitation volontaire des naissances,sont l'importance décroissante de la descendance (et des avantages d'avoir de grandes familles) et le manque des terres. Plus que les femmes, les hommes ressentent les effets de ces phénomènes. Ils pensent surtout aux problèmes qu'ils ont à résoudre,de savoir comment ils pourront nourrir, habiller et éduquer leurs enfants, ainsi que de leur donner un héritage adéquat de leurs terres.

On pourrait penser que plus la personne est éduquée, plus grand est le désir de limiter les naissances; cependant, des données comparatives venant d'Afrique ne soutiennent pas cette idée, et en fait, elles indiquent une augmentation des naissances chez les femmes ayant eu seulement une éducation primaire (cf. Ware). Il semble que l'on puisse associer l'éducation secondaire seulement avec un déclin de la fécondité, qui est probablement lié à d'autres facteurs socioéconomiques plus importants que celui de l'éducation seule.

Obstacles au Contrôle des Naissances

Il y a de nombreuses raisons pour s'opposer au contrôle des naissances au Rwanda, pas une d'entre elles n'a la même importance chez les individus. Les obstacles au planning familial sont énumérés ci-dessous:

1. Pour les femmes,il y a encore des avantages a avoir beaucoup d'enfants. Les enfants par exemple peuvent les aider par leur travail,et satisfaire à leurs besoins pendant leur vieillesse.

2. Tous les deux, homme et femme, aiment les enfants, et ils estiment qu'il est impératif que leur famille se perpétue. De plus, bien que les couples diffèrent d'opinion quant au nombre idéal d'enfants à avoir, la notion d'avoir de grandes familles persiste,à cause du taux élevé de mortalité.

3. Certains ont peur qu'une distribution sans restriction de contraceptifs crée une corruption des moeurs particulièrement chez les jeunes.

4. L'église catholique s'oppose à toutes les méthodes de contrôle de naissances,à l'exception de celles nommées ci-après méthodes "naturelles". En conséquence, certains Rwandais s'abstiennent d'utiliser les méthodes les plus efficaces. D'autres pensent qu'ils attraperaient le cancer ou deviendraient stériles de manière permanente,s'ils utilisaient Depo Provera, la pilule ou un stérilet. On ne peut pas dire que l'église

infiltre ces peurs, en dépit de son opposition au contrôle des naissances. Les peurs des Rwandais sont plutôt causées, semble-t-il, par leur xénophobie et le soupçon qu'on essaie de leur donner des médicaments jugés dangereux, ou qui sont défendus en Europe et aux Etats-Unis.

5. L'opposition peut provenir des religions indigènes. Les cultes du Kibandwa et du Nyabingi semblent être tous les deux anti-occidentaux, et les membres du dernier adorent une déesse de la fécondité (cf. Vidal).

6. L'accès aux services médicaux et à l'instruction est limitée. Non seulement la distance et le manque de transport sont des problèmes à affronter, mais les Rwandais doivent tolérer la foule des malades, le manque de médicaments, et le personnel insuffisamment qualifié des centres de santé. Ces conditions découragent les malades d'aller s'y faire soigner. De plus, ceux qui sont les plus pauvres, sont peu prédisposés à bénéficier de tout service offert. Ce sujet fut traité dans une récente étude socioéconomique d'un projet de développement au Rwanda. Les auteurs de cette étude firent les remarques suivantes:

Les institutions d'assistance sociale sont paradoxalement beaucoup plus fréquentées par les ménagères, dont les conditions de vie sont moyennes, plutôt que par les plus pauvres.

. Une mère est honteuse de montrer à l'Ecole des Parents son bébé malnourri et pauvrement emmailloté.

. D'après nos informateurs, on distribue les vivres en période de famine seulement à "ceux qui sont inscrits sur la liste". Les indigents ne savent pas comment ils peuvent s'y faire inscrire.

. Soit parce qu'ils ont honte de recevoir chez eux, ou parce qu'ils sont gênés de se montrer vêtus de haillons, ou finalement, parce qu'ils se sentent si peu importants, les paysans indigents hésitent à demander conseils ou à demander aux autres de les informer: "Nous ne savons pas qui aller voir."

. Même les contributions monétaires les plus modestes, en échange de services de valeur inestimable, peuvent élever des barrières infranchissables aux plus défavorisés.

Les paysans indigents font les plus grands efforts "pour ne pas se faire remarquer". Ils veulent absolument qu'on sache qu'ils paient leurs impôts, qu'ils participent à l'umuganda, qu'ils discutent des problèmes de la colline dans leur cellule. Dans la mesure où ils ne réussissent pas à remplir

certaines normes sociales (baptême, scolarisation de leurs enfants, coutumes maritales...) pour des raisons plus qu'évidentes, ils ont tendance à s'accuser, à se considérer "raté" ou à cacher leur misère, plutôt que de faire appel à la compréhension et à la solidarité des autres (Pfeiffer et Grosser, p.56).

7. On croit communément que le desir de limiter les dimensions de la famille est plus grand là où les conditions économiques s'améliorent, et où les enfants deviennent plus (ou sont considérés plus comme) un fardeau économique qu'une ressource. Les résultats des études de 1979 faites dans des centres urbains, réalisées par l'Institut Pédagogique National, semblent le prouver. (voir Etude Socio-Culturelle pour l'Education en Matière de Population.) Mais on peut dire que, pour la grande majorité de la population, l'avenir économique va en s'amoindrissant et non pas en s'améliorant. Pour illustrer le sérieux de la crise, on a seulement besoin de mentionner le problème de la propriété des terres. La terre devient plus rare. Pour le moment, le terrain possédé est d'un hectare par famille. Celui-ci sera subdivisé plusieurs fois pour la génération suivante. L'indigent ne continuera pas nécessairement à se reproduire sur la même échelle, mais il n'aura aucune motivation positive à économiser ses moyens d'existence pour acquérir des produits spécifiques, pour utiliser des services et pour chercher à satisfaire des objectifs. En conséquence, à moins que l'avenir économique de la population en général s'améliore, on ne parviendra pas à atteindre les objectifs du programme de planning familial. Malheureusement, étant donné la tendance avec laquelle la population s'accroît, il est impossible que les conditions économiques du cultivateur rwandais s'améliorent sensiblement.

Nécessité de Mise en Oeuvre du Programme de PF

On ne devrait pas en conclure que le programme de planning familial proposé, ne soit pas valable pour être mis en oeuvre. Au contraire, le besoin de planning familial au Rwanda est écrasant. Etant donné les difficultés dues au manque de réceptivité favorable de la contraception, il est nécessaire de faire preuve de souplesse et de compréhension. Un moyen efficace de communication est également indispensable. Dans tout le Rwanda, les Rwandais écoutent la radio nationale qui a voix d'autorité. Cependant, il est difficile d'organiser les gens, pour qu'ils puissent discuter en groupe des programmes radiodiffusés, comme on le fait par exemple au Congo, parce que le Rwanda n'a pas de structure villageoise.

Le développement et le planning familial sont étroitement liés. L'idée de grouper des programmes d'information sur ces sujets à l'intention d'individus représentatifs est excellente, mais ces programmes ne parviendraient pas à atteindre la majorité de la population.

On a proposé qu'un enseignement sur les problèmes démographiques soit assuré pendant les dernières années de l'école primaire, et qu'une information spécifique sur le planning familial soit dispensée dans les écoles secondaires. Là encore, ne pourra être touché qu'un faible pourcentage seulement de la population.

Il ne semble pas qu'il y ait une solution unique au problème de la diffusion de l'information à ceux qui en ont besoin. On doit trouver un moyen pour divulguer l'information sur la contraception, et pour transmettre plus directement le message du planning familial dans les collines, et en particulier chez les jeunes avant qu'ils se marient. Une jeune fille de 18 ans suggéra que la meilleure manière d'atteindre les adolescentes, serait d'envoyer des instructeurs aux séances de tissage de nattes (gukuna) (presqu'aucune de ces adolescentes ne va à l'école). Ces réunions du voisinage est encore un trait caractéristique vivant de la vie sur les collines.

Les agents sanitaires fournissant les informations et les services concernant la contraception, devront être soigneusement choisis, correctement motivés et bien formés. Non seulement devront-ils être persuadés de la valeur du contrôle des naissances ! mais ils devront aussi être sensibles aux besoins, aux inquiétudes et aux peurs des individus qu'ils serviront. Les Rwandais n'accepteront pas la contraception, s'ils croient que celle-ci leur est imposée pour le profit de l'Etat. Les agents sanitaires devront présenter le planning familial comme un service qui apportera une santé certaine, et des avantages économiques à ceux qui l'utiliseront.

Propositions Relatives à la Recherche Sociale et à la Formation

Il est nécessaire d'entreprendre d'intensives études à long terme pour comprendre les processus sociaux du Rwanda agricole, et en réalité de tous les autres secteurs du pays, et pour préciser le rôle que joue ces processus, en déterminant les attitudes et le comportement de la population.

Une recherche sociale est indispensable à toute analyse des effets d'un programme de planning familial, et les résultats en découlant pourraient permettre de savoir comment on pourrait rendre un tel programme plus efficace. De simples enquêtes faites au hasard sur les attitudes, le revenu ou la propriété des terres, par exemple, pourraient bien être utiles, mais elles ne seraient pas adéquates. On aurait besoin de faire plusieurs investigations, à cause des grandes différences entre les régions. On devrait diriger des études dans trois régions au moins. On pourrait choisir trois étudiants en anthropologie ou en sociologie, de l'Université Nationale de Butare, pour compléter leur formation en anthropologie. Cette formation, qui durerait un ou deux ans, aurait le niveau de la maîtrise. Après avoir terminé leurs études, les étudiants formés retourneraient au Rwanda, pour entreprendre une recherche intensive dans différentes régions. L'expérience qu'ils auront acquis pratiquement sera une qualification supplémentaire pour le niveau du Doctorat.

On devra créer à l'ONAPO le poste de Directeur de Recherche des Sciences Sociales. Un anthropologue, ou un sociologue ayant reçu une formation anthropologique, devra remplir cette fonction. Ce responsable sera chargé de

la coordination et de la supervision des activités pratiques, et d'organiser la mise en oeuvre d'autres études nécessaires.

On pourrait entreprendre des études supplémentaires sous les auspices d'organisations telles que le Centre de Recherche Economique et Sociale à Butare, et l'IAMSEA à Kigali.

L'assistance spécifique dans le domaine de la Recherche en Sciences Sociales, requiert les actions suivantes, résumées ci-dessous:

1. Trois personnes seraient choisies pour recevoir une formation,

2. La formation durerait entre un an et demi et deux ans,

3. Des diplômés en anthropologie, ou en sociologie recevraient une formation en anthropologie, dont le programme aurait le niveau de la maîtrise. Des travaux pratiques seraient ensuite réalisés au Rwanda. Ceux-ci pourraient conduire au degré du Doctorat.

V. SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE ET DE PLANNING FAMILIAL

Généralités

Les Services de Protection Maternelle et Infantile furent organisés de façon indépendante sous l'égide des Nations Unies belges. Après l'indépendance du Rwanda, ils furent intégrés aux services de santé généraux du Ministère de la Santé. Bien que les services de PMI soient principalement placés sous la responsabilité du Minisanté, d'autres organismes y sont impliqués. Le Ministère des Affaires Sociales par exemple se charge du fonctionnement de la plupart des Centres Nutritionnels et de tous les Centres Communaux pour le Développement et la Formation Permanente (CCDFPs). La compagnie ELECTROGAZ assure l'approvisionnement d'eau. La Croix Rouge se charge de la formation et des services. Différentes organisations religieuses assurent le fonctionnement d'hôpitaux et de cliniques de santé. Plusieurs organisations ont été créées, pour administrer l'aide étrangère bilatérale et multilatérale de plusieurs pays européens, et l'ensemble des organisations des Nations Unies travaillent souvent en harmonie avec les Ministères. Les organisations privées affiliées à des églises, reconnues officiellement et contrôlées par le Minisanté, assurent environ 50 pour cent de l'ensemble des services de santé. Le Minisanté se charge souvent du personnel, des approvisionnements et de la supervision de ces services. Il n' y a aucun groupement privé au Rwanda comme les Associations de Planning Familial (Family Planning Associations) (FPAs) affiliées à la Fédération Internationale de Planning Familiale (FIPF) ("International Planned Parenthood Federation").

La population au Rwanda n'acceptera les services de planning familial , que s'ils font partie des services de protection maternelle et infantile. Le Gouvernement du Rwanda a commencé à prendre en considération la nécessité de limiter les naissances, car la croissance rapide de la population restreint le développement social et économique, et diminue la surface des terres arables. Bien que la politique officielle du Gouvernement est d'encourager l'espacement des enfants, pour protéger la santé maternelle et infantile, la décision est laissée aux familles concernées.

Situation Sanitaire

Le Rwanda est un petit pays d'Afrique Centrale en voie de développement. Son relief est formé de collines, et son climat est tempéré, grâce à son altitude. Le pays est surpeuplé, la malnutrition prévaut. Il y a peu de terre arable pour cette nation dont 96 pour cent vivent de leur production agricole. La plupart des maladies tropicales prévalant en Afrique sont insignifiantes au Rwanda, à l'exception de la malaria et des parasites intestinaux. La population est homogène. On y parle un langage commun. On peut aller dans toutes les parties du pays en moins d'un jour.

"University Research Corporation (URC)" réunit en 1980 les plus importantes statistiques démographiques sur le Rwanda. Ces statistiques sont énumérées au Tableau V-1.

TABLEAU V-1

STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, RWANDA, 1980

Population (1980)[1]	5,12 million
Taux Brut de Natalité[2]	50/1000 habitants
Taux Brut de Mortalité[2]	19/1000 habitants
Taux de Croissance Naturelle[2]	3,1 pour cent
Taux Général de Fertilité[3]	218,7/1.000 femmes 15-49
Somme des Naissances Réduites[3]	7,1
Taux de Mortalité Infantile[3]	127/1.000 naissances viables
Taux de Mortalité Préscolaire[4]	27/1.000 enfants 1-4
Taux de Mortalité Maternelle[5]	4.5/1.000 naissances viables
Pourcentage de la Population de moins de 5 ans[6]	17 pour cent
Pourcentage de la Population de moins de 15 ans[6]	47 pour cent
Population des Femmes de 15 à 44 ans[1]	22 pour cent

[1] Source: Rwanda, Bureau du Recensement National; Basé sur les Résultats Préliminaires du Recensement Général de la Population de 1978.

[2] Source: Population Reference Bureau, World Population Data Sheet 1980.

[3] Source: Rwanda, Office Général des Statistiques, Etude Démographique de 1970.

[4] Source: Banque Mondiale, Rapport de 1980 sur le Développement Mondial, Aôut 1980.

[5] Source: Rwanda, Ministère de la Santé, Rapport Annuel de 1979, Statistiques Globales des Hôpitaux et Maternités

[6] Source: Nations Unies, Estimations Démographiques et Prévisions Mondiales, Estimation de 1980 Telle Qu'elle a Eté Evaluée en 1978.

Les services sanitaires du Rwanda sont assez bien développés. La démographie du pays est en train de changer, malgré le progrès économique insuffisant. Comme l'indique le tableau V-2, la population s'est rapidement accrue à cause du taux de naissance élevé relativement stable, et du taux de mortalité décroissant régulièrement.

Bien que l'on doive considérer les statistiques sur le Rwanda plutôt comme des estimations, à cause du manque de statisticiens formés et du caractère incomplet des informations recueillies, on peut les utiliser pour définir les problèmes de santé les plus importants du pays. Les 10 causes principales de décès, intervenus dans les institutions entre 1974 et 1978, sont énumérées au Tableau V-3. Les principaux genres de maladies contagieuses enregistrées au Rwanda en 1979 sont énumérés au Tableau V-4. Les données révèlent la vulnérabilité des mères et des enfants, et elles démontrent en particulier le besoin d'améliorer les services de PMI. L'incidence des décès neo-natals et obstetriques, des rougeoles, des gastro-entérites, de la malnutrition, des coqueluches des pneumonies et des verminoses devrait diminuer après l'implantation d'un bon programme de PMI.

Ressources Sanitaires et de Planning au Rwanda

Le Ministère du Plan a développé le Troisième Plan Quinquennal (1982-1986), dont on a tiré les informations de la section suivante. L'équipe put se rendre compte de l'exactitude des données du MINIPLAN, à l'occasion de ses observations faites dans les hôpitaux, les centres de santé, les dispensaires, les centres nutritionnels, les CCDFPs et les centres de formation professionnelle au Rwanda.

A. Les Services Institutionnels

Il y a trois hôpitaux de référence à Kigali, Butare et Ruhengeri, chacun d'entre eux a entre 300 et 500 lits. Tous sont à peu près bien pourvus en personnel et équipement d'après les standards prévalant dans les pays en voie de développement. L'hôpital de Butare est affilié à la Faculté de Médecine de l'Université de Butare. L'hôpital de Ruhengeri possède certains équipements de qualité et des bâtiments donnés par la France. Les trois hôpitaux ont des services de radiographie, de laboratoire, de chirurgie et des spécialistes.

Parmi les dix préfectures, huit ont des hôpitaux. L'équipe a rendu visite à l'un d'entre eux pour observer l'activité de sa clinique prénatale, et de son laboratoire. Le laboratoire peut analyser les urines, la numération globulaire, les frottis tuberculeux, et la goutte épaisse pour la malaria. Il n' y a pas d'eau courante dans ces services. L'équipe observa l'activité d'un service gynécologique d'un autre hôpital. Deux docteurs expatriés y travaillent. Une clinique nutritionnelle est en train d'y être construite.

Le MINISANTE assure le fonctionnement de 5 hôpitaux. Il y a 14 hôpitaux privés ruraux. Un hôpital privé, auquel l'équipe rendit visite, compte environ 100 lits, distribue des services chirurgicaux, obstétriques et de laboratoire, et assure le fonctionnement d'un service de physiothérapie. Pendant plus d'un

TABLEAU V-2

ESTIMATIONS DEMOGRAPHIQUES

	Période					
	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980
Taux Brut de Natalité	52,6	51,7	50,6	49,9	49,7	49,6
Taux Brut de Mortalité	31,3	28,5	25,8	23,4	21,2	19,3
Taux de Croissance Annuel	2,1	2,3	2,5	2,7	2,9	3,0

Source: Nations Unies, Estimations et Projections Démographiques Mondiales: Estimations pour 1980 Evaluées en 1978

TABLEAU V-3

DIX CAUSES PRINCIPALES DE DECES DES MALADES HOSPITALISES, 1974-1978

Cause de Décès	Nombre de Décès 1974	1975	1976	1977	1978	Total 5 ans
Nouveau-né (toutes causes)	692	615	530	849	644	3.330
Rougeole	165	260	603	582	821	2.438
Pneumonie	229	180	247	288	280	1.224
Gastroentérite	254	192	310	210	252	1.218
Malnutrition	238	221	226	250	167	1.102
Malaria	50	64	235	286	306	941
Tuberculose	236	112	146	101	99	694
Autres Maladies respiratoires	39	52	69	84	39	283
Obstétrique (toutes causes)	43	34	19	-	48	144
	7	7	63	-	28	105
TOTAL	1.963	1.747	2.471	2.754	2.700	11.479

Source: Rwanda, Ministère de la Santé, Rapport Annuel 1978, p.49

TABLEAU V-4

MALADIES CONTAGIEUSES ENREGISTREES AU RWANDA EN 1979

Maladie	Nombre de Cas
Malaria	137.047
Grippe	73.680
Rougeole	61.094
Diarhée/Dysenterie	39.156
Pneumonie	31.911
Coqueluche	16.223
Blennoragie	14.720
Varicelle	13.440
Méningite Cérebrospinale	5.187
Syphilis	5.175
Fièvre Chronique	4.292
Hépatite Virale	2.205

Source: Rwanda, Ministère de la Santé, Rapport Annuel 1978, pp 49-51.

an, son service de radiographie n'a pas fonctionné.

Il y a des hôpitaux spécialisés au Rwanda pour les malades atteints de la tuberculose,ou qui sont handicapés physiquement ou mentalement.

B. Centres de Santé

Il y a 84 centres de santé situés dans 74 des 143 communes. Ils ont de 0 à 68 lits; 15-20 lits sont généralement utilisés pour l'obstétrique, ou temporairement par les malades atteints de maladies graves ou victimes d'accident. Ces centres de santé ont un dispensaire, une maternité et généralement des services nutritionnels. On peut y offrir des services prénatals et prénatals , pour la santé du bébé, et de planning familial. Des cours y sont donnés (formation des adultes). Les centres de santé desservent la commune. Ils peuvent fonctionner sous l'autorité du MINISANTE, d'une organisation privée, ou d'un système combiné d'agences privées et publiques. Les centres de santé soignent 100 clients ou plus chaque jour.

C. Dispensaires

Les dispensaires varient dans tout le Rwanda. Ils peuvent être sous le contrôle du Gouvernement, ou fonctionner sous la direction d'une organisation privée, ou d'un système mixte d'organisations publiques et privées. Certains semblent très actifs. L'équipe en trouva un qui était fermé aux heures normales d'ouverture.

Le nombre et la qualification du personnel, l'importance et la qualité des services et des approvisionnements, varient d'un dispensaire à l'autre. La plupart des dispensaires seront améliorés pour devenir des centres de santé, ou limiteront leurs services pour être des postes sanitaires, au cours du prochain plan quinquennal.

D. Postes Sanitaires

Des postes sanitaires ont été établis dans une douzaine d'endroits. L'importance du personnel est variable, comme le sont les services eux-mêmes. Les postes sanitaires sont en grande partie volontaires et autogestionnaires. Le GOR espère établir un poste par secteur. Les agents sanitaires, dont les responsabilités se limitent au plus élémentaire, sont des instructeurs sanitaires, et ils peuvent faire le diagnostic d'une maladie et commencer un traitement préventif. Pour le moment, ils ne sont pas autorisés à soigner les maladies, ou à prescrire des médicaments.

E. Pharmacies

Il est indiqué que dans le Plan Quinquennal la quantité des médicaments disponibles est insuffisante, que les livraisons sont incertaines et que, à certaines époques, on ne peut se procurer de médicaments et la quantité des malades diminue brusquement. On s'attend à ce que la Banque Africaine de Développement ("African Development Bank" ADB) assiste l'OPHAR, le système central d'approvisionnement du MINISANTE, en améliorant l'approvisionnement, le stockage, la distribution et la gestion des médicaments et des approvisionnements.

L'OPHAR est en train de limiter raisonnablement son stock à 250 produits pharmaceutiques environ. (Il a basé sa liste sur celle des médicaments essentiels de l'OMS). Le GOR essaie maintenant de développer un système de pharmacies communautaires,pour que les médicaments puissent être disponibles dans les collines. Une ou deux de ces pharmacies fonctionne en ce moment.

F. Besoins

On compte 4.050 lits d'hôpitaux et 3.093 lits d'autres institutions de santé au Rwanda,soit un total de 7.143 lits. L'OMS recommande qu'il y ait trois lits pour 1000 habitants; le Rwanda a légèrement plus d'un lit pour 1000 personnes. Le prochain plan quinquennal prévoit 8 nouveaux hôpitaux et 1.127 lits supplémentaires.

Tel qu'il est indiqué au tableau V-5, 74 communes ont un centre de santé pour l'ensemble des 143 communes. Soixante neuf communes n'en ont aucun.

Il y a environ 10 secteurs dans chaque commune,environ 1.500 au total. Le Gouvernement prévoit l'établissement d'un poste sanitaire dans chaque secteur. On n'a pas effectué de planification pour la construction de ces commodités.

Personnel

A. Docteurs

Il y a seulement un Docteur pour 3.500 personnes. Le Rwanda a 143 docteurs. Un tiers environ est composé d'expatriés. La plupart des Docteurs Rwandais ont été formés à la faculté de médecine de l'Université de Butare, quoique quelques uns aient été formés à l'étranger. Tous travaillent pour le MINISANTE. Il n'y a aucun cabinet privé. Les assistants en médecine remplissent les tâches généralement exécutés par les docteurs.

TABLEAU V-5

BESOIN EN CENTRES DE SANTE

Préfecture	Nombre de Communes		Besoin en Centre de Santé	
	Total	Avec CS	Nombre	%
Byumba	17	3	14	82
Kibungo	11	4	7	64
Ruhengeri	16	6	10	62
Cyangugu	11	5	6	55
Gikongoro	13	7	6	46
Kibuye	9	5	4	44
Gisenyi	12	7	5	42
Butare	20	13	7	35
Gitarama	17	11	6	35
Kigali	17	13	4	23
TOTAL	143	74	69	48

Source: Annex 1.

B. Infirmières A-1 (ESSI)

Les infirmières du niveau A-1 ont reçu une formation de 3 ans à Butar l'Enseignement Supérieure de Science Infirmière (ESSI). 86 ont suivi et terminé le programme d'enseignement de l'ESSI. La formation fut récemment interrompue car le taux des démissions avait atteint 100%. Celles-ci ont principalement attribuées au mariage.

C. Les Assistants Médicaux A-2

Ceux-ci sont des infirmiers polyvalents qui ont terminé une formation 4 ans leur permettant de faire des diagnostics et de donner des traitement aux malades. Leur formation a été précédée de 3 ans d'école secondaire et 6 ans d'école primaire.

D. Les Infirmières Sages-Femmes A-2

Les infirmières sages-femmes sont spécialisées en obstétrique. Elles çoivent la même formation que celle des assistants médicaux A2. Il y a 65 infirmières sages-femmes de la catégorie A-2. Elles assureront probablemei la plupart des services de planning familial.

E. Les Infirmières Auxiliaires Sages-Femmes

Les 297 infirmières auxiliaires sages-femmes de cette catégorie ont su les 9 années d'études de base (primaire et secondaire) et un programme de formation de deux ans.

F. Les Aides Infirmières Sages-Femmes

Il y a 390 aides-infirmières sages-femmes de cette catégorie. La forn de ce personnel médical varie. Elle peut comprendre 3 années de formation mique ou résulter seulement d'une expérience pratique.

G. Autre Personnel

Il y a 236 autres membres du personnel sanitaire au Rwanda. Ce sont l assistantes sociales, les agents sanitaires, les pharmaciens, les radiologi les laborantins et les vaccinateurs.

H. Répartition du Personnel au MINISANTE.

Le MINISANTE emploie 1.809 personnes (voir tableau V-6). 50% des doc travaillent dans les deux villes, Kigali et Butare. 50% des infirmières A plus de 50% des infirmières A-2 et des assistants médicaux, et 128 docteurs travaillent dans des hôpitaux. Dans le MINISANTE 1.019 employés travaille: dans des hôpitaux, 790 travaillent dans des services de santé périphérique: Si l'on construit les services prevus des hôpitaux, ce déséquilibre pou s'élargir.

I. Répartition du Personnel dans les Centres de Santé

Le personnel souhaité des Centres de Santé, où l'on offrira de nombreu services de planning familial, est le suivant: infirmière A-1,1; infirmière A-2,2; infirmière A-3,3; assistante sociale 1; nutritionniste, 1; vaccinat et statisticien, 1.

J. Besoins

Les tableaux V-7 et V-8 démontrent les manques théoriques de personne certaines catégories. La quantité des infirmières A-2 pour le planning far est adéquate, comme l'est celle requise des docteurs, pour satisfaire aux b minima des services de soins sanitaires.

Santé de la Mère et de l'Enfant

Environ 86 pour cent, ou 217.000 femmes enceintes parmi les 253.000 ac couchant en 1979, ont bénéficié d'au moins une consultation prénatale. (Voir les tableaux V-9 et V-10). 30 pour cent environ des consultations or eu lieu dans des hôpitaux; 70 pour cent furent données dans des services sanitaires périphériques.

25 pour cent des femmes environ qui ont rendu visite à un centre de PM La plupart des accouchements normaux ont lieu chez soi, à cause du nombre li des lits dans les maternités. 46 pour cent environ des 86 pour cent des fe ayant reçu des soins prénatals en 1979 (40 pour cent de l'ensemble des femm enceintes), retournèrent à l'institution sanitaire pour recevoir les soins p rieurs à l'accouchement de leurs enfants.

On peut être optimiste, à la lecture de ces chiffres, quant aux possib tés de divulgation de l'information sur le planning familial, dans la catégo sociale féminine prévue, au cours des réunions prénatales et postnatales.

TABLEAU V-6

DISTRIBUTION DU NOMBRE DE PERSONNEL MEDICAL
ET PARAMEDICAL, PAR CATEGORIE
ET PAR PREFECTURE, 1979

Préfecture	Médecins	ESSI	A2	A3	Aides	Autres
Kigali	42	21	179	93	78	83
Butare	37	23	102	61	61	56
Gitarama	8	9	49	30	49	20
Kibuye	9	7	42	28	40	18
Ruhengeri	11	8	65	7	29	16
Kibungo	11	6	52	17	36	[illegible]
Gisenyi	9	2	55	24	26	
Cyangugu	9	4	38	13	37	9
Byumba	10	5	47	16	[illegible]	6
Gikongoro	3	3	22	8	17	[illegible]
RWANDA	149	86	651	297	390	236

Source: Ministry of Health Annual Report. 1979.

TABLEAU V-7

BESOINS ANNUELS EN PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL
DE 1980 A 1986

Catégories	Minima	Maxima	Moyenne	Sortant Garanti
Médecins	17	27	22	18[1]
Infirmiers(ères) A1	30	31	30	-
Infirmiers(ères) A2	42	52	47	73
Infirmiers(ères) A3x	69	81	75	40
xx	107	110	109	40
Assistantes Sociales	17	23	20	70[2]
Laborantins	18	18	18	?
Nutritionistes	12	xxx	xxx	?
Vaccinateurs	20	20	20	?
Statisticiens	21	21	21	?
Agents Sanitaires	213	213	213	?
Pharmaciens	17	17	17	?

[1] Plus 4 médecins en moyenne revenant tous les ans jusqu'à 1985 de bourses a l'étranger.

[2] Les assistantes sociales ne sont pas seulement occupées par les services sanitaires.

TABLEAU V-8

BESOIN THEORIQUE GLOBAL ACTUEL EN PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL DANS LES HOPITAUX (SIT. 1980)

Categorie de Personnel Médical et Paramédical	Encadrement Minimum				Effectif Existant	Besoins Immédiats
	Hôpitaux Ruraux	Hôpitaux Préfector	Hôpitaux de Référence	Total		
Médecins	80	58	45	183	128	55
Infirmières A1	48	30	27	105	41	64
Infirmières A2	160	100	90	350	380	-
Infirmières A3	192	120	108	420	349 (180)	71 (240)
Assistantes Sociales	16	10	9	35	37	
Laborantins	48	30	27	105	17	88
TOTAL	544	348	306	1,198	952	278

TABLEAU V-9

INSCRIPTIONS NOUVELLES AUX CONSULTATIONS PRENATALES ET DE NOURRISSONS
PAR TYPE D'INFRASTRUCTURE SANITAIRE ET PAR PREFECTURE, 1979

Préfectures	Inscriptions aux Hôpitaux		Inscriptions Péripheriques		Inscriptions Totales		
	Prénatales	Nourissons	Prénatales	Nourissons	Prénatales	Nourissons	%
Butare	4,875	237	16,470	17,229	21,345	17,466	82
Byumba	2,135	268	17,888	6,032	20,023	6,300	32
Cyangugu	8,826	1,220	6,396	3,628	15,222	4,848	32
Gikongoro	3,321	749	8,598	17,984	11,919	18,733	157
Gisenyi	6,563	462	15,330	1,789	21,893	2,251	10
Gitarama	6,018	2,871	17,781	8,877	23,799	11,748	49
Kibungo	12,187	2,906	8,065	1,080	20,252	3,986	20
Kibuye	12,019	3,280	6,614	1,914	18,633	5,194	30
Kigali	4,627	2,389	30,094	10,219	34,721	12,608	36
Ruhengeri	4,377	2,292	25,193	15,209	29,570	17,501	59
RWANDA	64,948	16,674	152,429	83,961	217,377	100,635	46

Source: Ministère de la Santé Publique, Rapport Annuel, 1979.

TABLEAU V-10

CONSULTATIONS NOUVELLES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES
EN 1979, PAR PREFECTURE

Préfecture	Total	Nombre de Consultations				% Consultation: Population Total
		Hôpitaux		Formations Péripheriques		
		Nombre	%	Nombre	%	
Butare	455,943	100,039	21.9	355,904	78.1	75.8
Byumba	271,409	51,820	19.1	219,589	80.9	52.2
Cyangugu	138,048	42,145	30.5	95,903	69.5	41.7
Gikongoro	118,606	812	0.7	117,794	99.3	32.1
Gisenyi	273,759	69,993	25.6	203,766	74.4	58.4
Gitarama	329,363	30,840	9.4	298,523	90.6	54.6
Kibungo	221,877	70,492	31.8	151,385	88.2	61.5
Kibuye	167,199	31,248	18.7	135,951	81.3	49.5
Kigali	532,216	203,348	38.2	328,868	61.8	76.2
Ruhengeri	282,278	70,665	25.0	211,613	75.0	53.4
RWANDA	2,790,698	671,402	24.1	2,119,296	75.9	57.9

Source: Ministère de la Santé Publique, Rapport Annuel, 1979.

Programme de Vaccination

Le but du Programme Elargi de Vaccination est de décroître l'incidence élevée actuelle de morbidité et de mortalité due à la rougeole, la coqueluche, la diphtérie et la tuberculose. Les femmes enceintes sont vaccinées contre la polio et le tétanos, bien que l'on en ait noté quelques cas. (Ceux-ci peuvent ne pas avoir été rapportés). L'incidence des différentes maladies dans chaque préfecture du Rwanda est analysée au tableau V-11.

L'OMS offre une assistance technique au Rwanda; l'UNICEF procure les vaccins, l'équipement et le transport. L'AID a participé à la maintenance d'une réfrigération des médicaments. Le PEV a bien progressé, mais il a besoin d'être élargi, afin de couvrir tout le pays. De récentes évaluations indiquent une brutale diminution de l'incidence de la rougeole dans les régions visitées.

Il y a 120 centres de vaccination dans 99 communes, possédant une réfrigération. 67 pour cent seulement des communes peuvent distribuer des vaccins pour le moment. Le Gouvernement a l'intention d'établir un centre au moins dans l'ensemble des 143 communes jusqu'en 1986. La quantité des primovaccinations en prévention des principales maladies, est indiquée par préfecture au tableau V-12.

Centres Nutritionnels

En général, le niveau de nutrition des Rwandais est pauvre. Les Rwandais ont peu de connaissance sur la nutrition. Ils sont victimes des famines qui succèdent occasionnellement aux périodes de sécheresse, de mauvaises récoltes, et ils sont sujets aux conditions précaires du déséquilibre entre la terre arable et le grossissement de la population. Des centres nutritionnels ont été mis sur place pour essayer d'améliorer l'alimentation. On a atteint cet objectif en accroissant l'approvisionnement des vivres, et en instruisant le peuple sur la nutrition. On enseigne l'hygiène et l'économie domestique. Les Rwandais reçoivent aussi une instruction sur la façon d'utiliser des techniques agricoles, et d'élever de petits animaux.

La catégorie sociale bénéficiant du programme est celle des enfants de 6 mois à 5 ans. Un enfant seulement pour 10 familles est sélectionné, qui bénéficiera du programme. A la fois les mères et les pères reçoivent une instruction pendant le premier mois. Les mères et leurs enfants viennent bénéficier une fois par mois, d'une instruction pendant un an. Cependant la croissance de l'enfant est suivie et répertoriée jusqu'à l'âge de 5 ans. La famille apprend à préparer des aliments locaux, à élever des animaux, et à maintenir un jardin potager. Dans la plupart des centres, les vivres PL 480 sont utilisés dans les programmes d'éducation alimentaire, et sont distribués aux enfants atteints de marasme et de kwashiorkor.

Un échantillon de 3.000 enfants a demontré que le poids de 39 pour cent d'entre eux se situait en-dessous des 80 pour cent du poids standard. Une autre enquête faite sur 30.000 enfants ayant bénéficié des services des centres nutritionnels en 1979, a montre que 60 pour cent d'entre eux se situaient en-dessous des 80 pour cent du poids

TABLEAU V-11

INCIDENCE ET DISTRIBUTION DES PRINCIPALES MALADIES TRANSMISSIBLES AU RWANDA, 1979

Préfecture	Paludisme	Grippe	Rougeole	Dysenterie	Pneumonie	Coqueluche	Gonocoxie	Varicelles	Oreillons	Siphilis	TOTAL
Butare	31,092	3,739	9,053	8,164	3,356	730	1,031	3,530	1,637	302	63,534
Byumba	7,198	6,064	4,782	6,955	4,052	1,275	842	624	407	306	32,505
Cyangugu	15,040	5,152	6,474	3,829	753	871	792	677	313	97	33,998
Gikongoro	6,536	352	2,776	825	2,382	436	121	522	361	69	14,407
Gisenyi	4,[illegible]	[illegible]	3,669	7,329	2,933	1,578	2,103	1,122	482	371	41,509
Gitarama	19,997	17,056	11,189	3,229	2,772	2,421	1,270	2,522	2,095	219	62,770
Kibungo	24,755	2,958	4,812	5,010	5,088	2,693	861	1,292	1,423	661	49,553
Kibuye	11,167	2,781	3,173	1,563	1,935	641	406	346	25	182	22,219
Kigali	14,805	7,601	6,730	1,080	3,067	3,340	6,530	1,864	818	2,369	48,204
Ruhengeri	2,375	9,887	7,536	1,372	5,577	2,238	754	941	1,433	599	32,722
RWANDA	137,047	73,630	61,094	39,156	31,911	16,223	14,720	13,440	8,994	5,175	401,390

Source: Ministère de la Santé Publique, Rapport Annuel, 1979.

TABLEAU V-12

NOMBRE DE PRIMOVACCINATIONS PREVENTIVES, PAR PREFECTURE, REALISE EN 1980

Préfecture	B.C.G. 0-11 Mois	Poliomyélite	D.T. Coqueluche	Rougeole	Tétanos Femmes Enceintes
Butare	11,327	17,945	16,822	13,584	3,722
Byumba	7,795	4,318	8,694	11,496	2,480
Cyangugu	1,921	1,604	3,515	5,316	208
Gikongoro	2,080	2,673	4,942	5,977	1,404
Gisenyi	7,857	5,233	7,888	17,671	2,002
Gitarama	13,410	26,625	27,883	39,122	9,286
Kibungo	4,665	11,859	11,018	6,945	2,319
Kibuye	7,797	8,796	10,165	13,144	1,441
Kigali	16,576	26,313	23,538	26,253	2,757
Ruhengeri	35,972	8,490	11,073	29,976	3,199
RWANDA	109,400	113,856	124,738	169,484	28,818

Source: Min. Santé Publique, RWA/ESD/001, Rélevé Annuel de Vaccination, 1980.

standard (poids normal), et 20 pour cent souffraient de maladies dues à la malnutrition. Les déficiences en protéines et en calories sont plus communes entre 6 et 11 mois, en particulier au moment du sevrage.

On insiste sur l'éducation de la mère, comme par exemple l'apprentissage des aliments de sevrage. On touche à une grande variété de sujets sur la nutrition au cours des réunions éducatives (par exemple, le sevrage, la malaria, l'hygiène, les maladies contagieuses, les vaccins et le planning familial). Pour le moment, on oriente les échanges principalement sur les relations entre le planning familial et l'économie, et la démographie. Certains centres nutritionnels cependant organisent des discussions sur les méthodes de planning familial à la fois naturelles et artificielles. L'Office National de la Population a l'intention d'assurer une formation, et de fournir du matériel pour que l'information sur la contraception soit assurément disponible dans tous les centres.

Les centres nutritionnels font généralement partie du Ministère des Affaires Sociales; plusieurs membres du personnel sont payés par le Ministère, et certains autres par la Commune. La plupart des 90 centres nutritionnels sont dirigés par le "Catholic Relief Service" (CRS), qui fonctionne suivant un accord passé avec le MINISANTE. Certains centres sont des Centres de Santé contrôlés par le MINISANTE, ou des organisations chrétiennes privées approuvées.

Un comité composé d'un Docteur de Préfecture, d'un assistant médical, d'une infirmière, d'un responsable religieux, d'une assistante sociale, et du Bourgmestre, supervise les centres nutritionnels. Une monitrice gère le centre avec l'assistance technique d'une à quatre autres monitrices.

Les monitrices reçoivent une formation de quatre mois, dans un centre de formation bien établi à Ruhengeri, qui dépend du MINASODECO. Des experts techniques du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Agriculture et des autres Ministères participent à l'effort éducatif, en donnant à la population catégorielle choisie une instruction sur les sujets dont il est question.

Les 103 centres nutritionnels sont répartis dans 89 communes, comme le tableau V-13 le démontre.

74 pour cent des communes ont au moins un centre nutritionnel. Toutes les communes devront avoir au moins un centre en 1986 Plusieurs de ces centres sont actuellement en construction.

Autres Activités Sanitaires

La santé dans les écoles est un sujet négligé. On a soumis une proposition concernant la vaccination des étudiants à l'entrée et à la fin des études.

Les mesures hygiéniques dans l'industrie sont inexistantes. On a suggéré que l'on collecte des données sur ce sujet. On a proposé d'immatriculer les véhicules et de les inspecter, pour s'assurer de leur bon état et entretien.

TABLEAU V-13

DENSITE DU RESEAU DES CENTRES NUTRITIONNELS, PAR PREFECTURE, 1979

Préfecture	Communes Comptant au Moins un Centre Nutritionnel			
	Nombre de Communes	%	Population	%
Butare	15	75	453,044	75
Byumba	8	47	253,100	49
Cyangugu	4	36	123,705	37
Gikongoro	7	54	197,633	53
Gisenyi	7	58	289,935	62
Gitarama	13	76	462,928	77
Kibungo	6	55	203,341	56
Kibuye	7	78	269,723	80
Kigali	11	64	456,976	65
Ruhengeri	11	69	361,619	68
RWANDA	89	62	3,072,004	64

Source: MINASODEC

Plusieurs donateurs européens contribuent à l'assainissement de l'eau. Quelques centres urbains seulement ont l'eau courante. On a fourni un effort considérable pour canaliser les sources et pour protéger les puits.

Les services d'ordures sont rudimentaires, sauf dans les centres urbains, qui semblent être propres.

Même les centres urbains n'ont pas le tout-à-l'égout. Les latrines sont communes dans le pays, mais elles ne sont pas bien entretenues.

Le MINISANTE continue de concentrer ses efforts sur la distribution des services curatifs. Bien que celui-ci supporte verbalement les soins de santé primaires, il a demandé des lits d'hôpitaux en supplément. En moyenne, on occupe un lit seulement dans 53 pour cent de tous les cas de maladie. Un séjour à l'hôpital dure en moyenne huit jours. Les 24 hôpitaux et les 75 autres services sanitaires ont offert l'année dernière une consultation au moins, à 60 pour cent de la population. Il y avait des queues d'attente dans tous les services sanitaires que l'équipe a visités. On peut en conclure que les Rwandais portent un certain intérêt aux services de santé rendus à la manière occidentale, et sont prêts à recevoir les services de santé familiale, comprenant le planning familial.

Conclusions

Le programme de PMI s'est bien développé au Rwanda grâce à l'aide technique du FAO, et aux supports logistiques de l'UNICEF. La politique du GOR est de donner des soins médicaux de base à toute la population. Cette conception s'harmonise avec les politiques du FAO et de l'AID. En tant que pays en voie de développement, le Rwanda a relativement de bons services et un bon personnel. Les services de PMI disponibles sont bien dirigés. Le GOR a conçu des planifications rationnelles, pour généraliser la distribution des services à toute la population. Grâce à l'assistance continue de l'AID et d'autres donneurs, le GOR devrait pouvoir étendre les services de PMI dans tout le pays, pendant les cinq années à venir. Il devrait être capable de fournir des services de base de PMI satisfaisants, et une infrastructure adéquate pour distribuer les services de planning familial.

VI. STRATEGIE POUR LA MISE EN OEUVRE D'UN PROGRAMME NATIONAL DE PMI/PF

Le Gouvernement du Rwanda a besoin, et semble bien disposé à accepter à la fois une assistance technique et un support financier pour développer un programme national de planning familial.

On a suivi une bonne ligne de conduite pour mettre en oeuvre le programme de PMI au Rwanda. Le programme reçoit des conseils techniques du FAO et des subventions du Gouvernement. L'UNICEF et plusieurs donneurs européens, aussi bien que l'AID, offrent également de fournir une assistance. Une aide technique n'est pas nécessaire de la part de l'AID, ni particulièrement désirée. Cependant, il est nécessaire qu'il y ait un support financier pour construire des centres de santé, acheter l'équipement et l'approvisionnement, améliorer les logistiques et donner une formation.

Généralités: Etablissement de l'ONAPO

Les fonctionnaires du Gouvernement ont étudié, pendant ces dernières années, les problèmes relatifs à la population du Rwanda, dont la principale cause est la diminution de la terre arable disponible. Ils ont également étudié d'autres facteurs, tels que les taux de mortalité maternelle et infantile élevée, les besoins croissants en matière d'éducation et un développement économique lent.

Les Rwandais ont entrepris de nombreuses actions pour comprendre comment la population touche le progrès et le développement. Ils créèrent en 1974 le Conseil Scientifique et Consultatif pour l'Etude des Problèmes Socio-Démographiques. Le CSC est établi au Ministère des Affaires Sociales. Les Rwandais ont assisté à la conférence sur la Population à Bucarest en 1974. Un des docteurs du pays étudia le planning familial aux Etats-Unis, et un groupe d'officiels visitèrent en 1978 la Tunisie, l'Ile Maurice, et le Kenya pour étudier quelles sont les conditions de ces pays tandis qu' un autre groupe assistait à une conférence sur la "Méthode Billings" en Australie. Le Rwanda accomplit également en 1978 son premier recensement avec l'aide de l'UNFPA. Le "Pathfinder" prit en charge cette même année, avec l'assistance financière de l'AID, le séminaire sur la population en Afrique à Kigali. Des officiels, des responsables d'église et des travailleurs sociaux et sanitaires assistèrent à cette conférence. Quarante travailleurs sociaux et sanitaires rwandais ont été formés à Tunis, et à l'Université de Johns Hopkins, à Margaret Sanger et à Santa Cruz aux Etats-Unis. L'Office National de la Population (ONAPO) fut créé par décret présidentiel (No. 03/81) le 16 janvier 1981, à la suite en partie de ces activités.

L'ONAPO, organisation semi-autonome du MINASODECO, est responsable devant le Président à qui il rend compte, par l'intermédiaire d'un Conseil Administratif interministériel. Ses principales fonctions sont la planification, l'administration, la recherche et l'évaluation, et non la réalisation des programmes. Le MINISANTE s'occupe de distribuer les services de planning familial. Le MINASODECO, le MINEDUC et l'ORINFOR dirigent les activités d'IEC. L'ONAPO assure la coordination

de telles activités et conçoit les politiques s'y rapportant.

Politique en Matière de Contrôle des Naissances

L'Office National de la Population s'est efforcé d'élaborer une politique consistante sur les méthodes de contraception dont l'emploi est autorisé pour la société rwandaise traditionaliste, pronataliste et dont la moitié est catholique. A la suite de la visite de consultants, il a été décidé (et confirmé par le Président), que seraient offertes les deux méthodes de contraception réversibles, naturelles et artificielles et que tous les clients et le personnel sanitaire seraient libre de choisir une méthode spécifique de PF.

Les avortements et les stérilisations ne sont pas permis, bien qu'il y ait quatre coelioscopes de JHPIEGO dans le pays. On a effectué des ligatures des trompes, des vasectomies, pour des raisons médicales.

Depo Provera fut le contraceptif le plus largement utilisé et le mieux apprécié, mais le Gouvernement a récemment condamné ce produit pharmaceutique, à cause de la controverse concernant son emploi, due en particulier au défaut du "US Food and Drug Administration" (FDA) d'approuver l'emploi universel du produit. Les décisions d'ordre technique concernant les contraceptifs, sont prises par le MINISANTE. Avec la nomination d'un nouveau secrétaire responsable de la santé, on a raison de s'attendre à ce que l'on fasse une révision plus favorable de l'emploi du Depo Provera, et à ce qu'on clarifie la politique sur les moyens contraceptifs dont l'emploi est autorisé.

Distribution des Services

Comme l'a décrété l'ONAPO, les services de planning familial doivent soit être précédés, soit accompagnés d'une information les concernant. L'Office National de la Population a publié avec l'assistance de l'AID et de "Pathfinder", une brochure sûr les facteurs démographiques et économiques de la population pour être sur que les Rwandais sont informés de façon adéquate. On est en train d'imprimer cinquante mille copies de cette publication. On est en train de préparer une publication sur les méthodes de planning familial. Ce document donnant une information sur les méthodes naturelles et artificielles, sera mieux conçu que les présentations précédentes, et il fournira une information plus spécifique sur les méthodes contraceptives, et leur disponibilité.

Les services de planning familial, doivent être rendus volontairement-- et le choix des méthodes libre-- et ils doivent être offerts comme moyen d'espacement des enfants. Ils devront être donnés avec les services de PMI distribués par un personnel sanitaire ayant reçu une formation sur le planning familial.

Le "Pathfinder" a soumis des plans pour établir trois cliniques pilotes de planning familial, dans les hôpitaux de référence de Kigali, Butare et Ruhengeri. Ces plans n'ont pas été mis en oeuvre jusqu'à présent. Néanmoins,

on peut voir qu'il y a au Rwanda une importante contraception qui se fait par des moyens réversibles ou artificiels. L'équipe apprit, au cours de ses déplacements en brousse, qu'il y a environ 1.000 utilisatrices documentées sur les contraceptifs, il est probable qu'il y ait au moins 2.000 utilisatrices. Dans une seule clinique, à Butare, il y a des informations sur 720 acceptantes, qui peuvent être analysées.

Mise en Oeuvre et Développement du Programme National

A. Hôpitaux Pilotes de Référence: Services et Statistiques

Les membres de l'équipe s'accordent pour dire que le GOR devrait, peut commencer et commencera à fournir des services de planning familial en 1981. Il y a suffisamment de travailleurs sanitaires formés, ayant une expérience suffisante sur les contraceptifs, pour pouvoir donner des services officiels de planning familial dans les trois hôpitaux-pilotes de référence. On continuera à distribuer des services officieux dans beaucoup d'autres centres de santé. Dès que l'ONAPO et le MINISANTE auront clarifié et publié la politique du Gouvernement, permettant l'utilisation de toutes les méthodes réversibles qui sont techniquement approuvées par le MINISANTE, toutes les institutions sanitaires qui offrent des services de planning familial commenceront à enregistrer les informations afin qu'elles soient analysées. Seuls, les services sanitaires , qui ont un personnel ayant reçu une formation sur le planning familial d'après une méthode autorisée par le MINISANTE et l'ONAPO, pourront donner des services.

Avec l'assistance d'un démographe de l'équipe, l'ONAPO est en train de concevoir un formulaire d'information sur le planning familial, qui facilitera l'analyse et l'évaluation des faits cliniques. L'ONAPO peut recevoir une assistance ultérieure du CDC, quant à la mise en application de ce formulaire. L'AID/Washington peut fournir une aide dans le cadre de l'Assistance à Court Terme (TDY "Temporary Duty") sous contrat global, se rapportant à l'évaluation des projets de planning familial.

Les cliniques des trois hôpitaux pilotes de référence, pourront dès 1982 regrouper des informations sur les services de planning familial, qui seront utiles à l'analyse et à la détermination des décisions à prendre. Il est probable que les cliniques de plusieurs autres institutions, pourront également fournir de telles informations. Il est important que les informations soient disponibles car l'ONAPO, le MINISANTE et le GOR ont besoin d'être sûrs de la valeur des décisions à prendre concernant la politique du programme à adopter. Ceux-ci en auront l'assurance si, initialement, les services sont donnés d'une manière conservatrice.

B. Equipement et Approvisionnements

L'approvisionnement ad hoc de contraceptifs et d'équipement, limite le pouvoir d'action du Gouvernement, inhibant sa capacité de fournir des services. On doit immédiatement remédier à ce problème. On doit sans retard entreprendre les actions nécessaires, et non pas attendre qu'elles soient mises en oeuvre

par l'étude proposée. L'USAID/Kigali et l'AID/Washington devront encourager soit le "Pathfinder", soit le FPIA pour qu'ils procurent immédiatement l'équipement médical et les contraceptifs. Une réponse généreuse et rapide aux besoins du Gouvernement ferait avancer le programme, et créerait un effet psychologique positif.

Le projet pourrait fournir, dès 1983, les contraceptifs nécessaires et les équipements médicaux, grâce aux systèmes d'approvisionnement normaux, permanents, établis par le Bureau de la Population, AID/W. Les approvisionnements et l'équipement seront placés sous l'administration de l'ONAPO, mais ils seront reçus et distribués par l'OPHAR et le BUFMAR aux hôpitaux gouvernementaux régionaux, et aux institutions privées.

Le personnel des institutions sanitaires va à Kigali renouveler leur approvisionnements routiniers, et il devrait pouvoir recevoir en même temps les produits nécessaires au planning familial. L'équipe visita les centres d'approvisionnement d'OPHAR et de BUFMAR. Le personnel de ces deux centres semble avoir de la bonne volonté, et être capable d'organiser la distribution des produits pour le planning familial.

Le secteur privé qui, pour le moment ne joue aucun rôle important en matière de distribution des services, devrait être encouragé pour devenir un participant actif. Il y a plusieurs pharmacies privées, éparpillées au Rwanda, mais elles vendent des contraceptifs oraux à des prix s'échelonnant entre 4$ et 7$ le cycle. Chacune vend entre un et dix cycles par mois. Une réduction de la taxe d'importation actuellement élevée, et la diffusion de l'information pour le public, peuvent améliorer cette situation. L'équipe ne veut pas prendre en considération, pour le moment, les programmes de distribution commerciaux communautaires.

C. Formation

Le personnel devrait être formé pendant que l'on commence à entreprendre la mise en oeuvre des services pilotes. Dès 1983, il devrait y avoir un nombre suffisant de personnel formé et, on devrait avoir une expérience suffisante en matière de distribution des services, pour justifier l'expansion de l'ensemble des 10 préfectures. Bien que huit seulement d'entre elles ont des hôpitaux gouvernementaux, on pourrait utiliser les services d'un centre de santé, pour chacune des deux autres préfectures. Chaque préfecture devrait avoir un docteur et une infirmière sage-femme A-2, ou un assistant médical ayant reçu une formation sur le planning familial. Le docteur doit être orienté vers le planning familial et en être bien informé. Parce que le docteur sera trop occupé pour satisfaire la demande de services de planning familial, l'infirmière A-2 devra être capable de rendre ces services sous la direction du docteur.

D. Evaluation et Planifications de l'Avenir

Suffisamment d'expériences et de données auront dû être accumulées, à la fin de 1983, pour justifier l'organisation d'une conférence sur la population au Rwanda, pour évaluer le progrès, réviser le programme et planifier le futur. Entre 1983 et 1986, suffisamment de personnel aura été formé et d'infrastructures

developpées pour avoir au moins un lieu de distribution des services de planning familial, dans chacune des 10 préfectures, et trois centres de santé dans chacune des 143 communes. L'objectif du GOR est d'établir trois hôpitaux dans chacune des 10 préfectures, et trois centres de santé dans chacune des 143 commune. En étant réaliste, on peut dire que cela pourra prendre au moins 20 ans pour atteindre ce but. Il est probable que chaque préfecture aura un hôpital gouvernemental en 1986, et presque toutes les communes auront un centre de santé, ou au moins un dispensaire amélioré, qui pourra offrir des services de planning familial. A la fin du projet, il devrait y avoir au moins trois cliniques principales de planning familial, dans les trois hôpitaux de référence à Kigali, Butare et Ruhengeri, sept autres cliniques dans les hôpitaux préfectoraux, et des cliniques dans les 143 centres de santé communaux. Ces services sanitaires feront partie du système de PMI de l'ONAPO. Un système organisé sera mis en place, pour assurer une direction et une supervision techniques; la conservation des informations sera standardisée, et les évaluations routinières seront effectuées. On s'attend, avec raison, à ce que les hôpitaux non-gouvernementaux distribuent également un nombre important de services de planning familial. Ces services seront soit intégrés dans le système de distribution de l'ONAPO et du MINISANTE, soit offerts ad hoc.

Les services de planning familial ne peuvent être donnés, pour le moment, que par des docteurs et du personnel du niveau A-2, qui ont reçu une formation sur le planning familial à l'étranger. Des dispositions nécessaires devront être prises pour former le personnel de l'ensemble des 10 hôpitaux préfectoraux, et des 143 centres de santé, pendant le projet. On doit présumer que les normes standardisées de la qualité du personnel, et les conditions requises de capacité professionnelle, seront moins strictes, comme elles le sont dans les programmes de la plupart des pays. Au fur et à mesure que le programme progressera au Rwanda, des changements interviendront. Par exemple, des docteurs placent maintenant des stérilets, et ils doivent aussi prescrire des contraceptifs oraux, et Depo Provera. Un approvisionnement de contraceptifs oraux, d'un à trois mois est remis à une femme seulement après avoir subi un examen physique. Certaines cliniques ne fourniront Depo Provera qu'aux femmes ayant eu cinq enfants. On peut probablement justifier une approche conservatrice, au moment de la mise en oeuvre du programme, mais il est probable qu'une approche plus libérale se développe. On ne devra pas être surpris de voir des travailleurs auxiliaires de santé, donner des services au moment où le projet se termine. On ne s'attend pas à ce que l'on permette au personnel non médical, tels que les assistantes sociales des centres nutritionnels et de développement communautaires, de donner des services contraceptifs. Cependant, il est vraisemblable que, plus tard, ils leur soient permis de renouveler l'approvisionnement des contraceptifs oraux, des mousses et des condoms. On pourra établir plusieurs centaines de lieux de distribution de services en supplément, si ces personnes sont impliquées dans le programme de planning familial.

Méthodes Contraceptives

L'estimation quantitative des méthodes contraceptives repose sur des conjonctures. Une étude des informations, disponibles aux cliniques existantes, et des discussions avec des responsables sanitaires donnant des services, suggèrent

que 40 pour cent des acceptantes utiliseront Depo-Provera, 25 pour cent utiliseront des contraceptifs oraux, 10 pour cent accepteront le stérilet, et 25 pour cent se tourneront vers les méthodes sécondaires, telles que la mousse, le retrait ou le rythme cyclique. Depo Provera est adéquat pour être utilisé au Rwanda, car il a tendance à accroître la quantité du lait de la mère. Les contraceptifs oraux ont un effet opposé. L'emploi de Depo Provera dans un pays qui se préoccupe des problèmes de nutrition, doit être pris sérieusement en considération. A la fois, les docteurs et les clients sont d'accord pour utiliser des injections. De plus, là où les docteurs sont rares, et les déplacements difficiles, il est pratique d'offrir un contraceptif qui peut être injecté une fois tous les trois mois. L'équipe présume, mais n'en a pas été certifiée, que la question au sujet de l'emploi de Depo Provera au Rwanda, aura été réglée favorablement dès 1982. Si aucune décision officielle n'a été prise à ce sujet, d'autres méthodes seront utilisées. Il est évident qu'à la fois les docteurs et les clients accepteront de substituer ce contraceptif.

Les contraceptifs oraux sont autorisés, l'approvisionnement en est limité et la composition des produits varie. La garantie d'un approvisionnement régulier gratuit du contraceptif "Blue Lady" devrait entraîner un accroissement de son usage. Les stérilets sont moins utilisés que les contraceptifs oraux. Certains docteurs ont rendus des rapports favorables sur l'utilisation du stérilet, mais ils ont noté qu'il y avait des problèmes à se procurer des dispositifs intra-utérins.

Le retrait est apparemment une méthode traditionnelle, communément employée au Rwanda. Plusieurs différentes pratiques traditionnelles contraceptives et d'avortements, sont en usage. Des études ont été faites sur ces dernières, mais on n'a pas l'intention de les utiliser dans le programme. L'Eglise Catholique s'est occupée activement de la promotion de la méthode Billings. Il y eut des études de faites sur la méthode, et Dr. Billings a établi une clinique au Rwanda. Les responsables de l'Eglise rapportent que la méthode Billings est employée avec succès; ils font remarquer le danger des méthodes artificielles, tandis qu'ils prônent la responsabilité des parents. Tout le personnel médical, qui a été interviewé par l'équipe, est sceptique au sujet de la méthode Billings; ils disent qu'elle est trop compliquée, et par conséquent, trop difficile pour être utilisée au Rwanda.

La consommation d'alcool et la suprématie de la domination mâle, rendent l'abstinence pendant la période fertile, problèmatique.

Les méthodes naturelles seront incorporées au programme du Rwanda, et seront supportées par les dirigeants, afin de permettre un libre choix. L'expérience montre que l'insuccès des méthodes naturelles, entraîne l'emploi des méthodes artificielles, plus efficaces.

Conditions Requises pour Supporter les Services PMI/PF

A. Formation

L'ONAPO insiste--à juste titre-- à ce que les services de planning familial soient donnés, uniquement par un personnel ayant reçu une formation sur le planning familial, à des clients qui sont informés et par conséquent libre de choisir, sans pression ni encouragements, la méthode qu'ils souhaitent employer. Il est nécessaire d'avoir une formation à tous les niveaux. Ci-dessous sont

décrits les différentes catégories de formation nécessaires.

1. Visites d'Observation (12 mois/personne, $100.000)

Des visites d'observation d'un mois dans des pays tels que les Etats-Unis, la Tunisie, l'Indonésie et les Philippines, donneraient aux responsables consultatifs et exécutifs, l'occasion de bénéficier d'une information essentielle sur les programmes de planning familial. Pendant les cinq années du projet, des visites devraient être organisées pour cinq membres du personnel de l'ONAPO, deux officiels du MINASODECO, trois membres du personnel du MINISANTE, et deux employés du MINEDUC. Une formation, basée sur 12 mois pour une personne, devrait être allouée à ce sujet.

2. Formation à Long Terme (14 ans/personne, $280.000)

Certains techniciens responsables ont besoin de recevoir une formation à long terme (1 an). Une formation à long terme devrait conduire à la maîtrise en Santé Publique. A la faculté de médecine, tous les étudiants sont initiés au planning familial. Trois membres du personnel de la faculté de médecine, devraient être sélectionnés pour approfondir leur formation. Un professeur en obstétrique et en gynécologie, et un professeur en médecine génito-urinaire, devraient poursuivre des études pendant un an dans le domaine du planning familial, et de la stérilité, dans une institution telle que Johns Hopkins à Baltimore, Maryland. La stérilité est un problème sérieux, qui présente beaucoup d'intérêt au Rwanda. On devrait l'aborder, pour s'assurer que les Rwandais aient un libre choix dans l'emploi du planning familial. Un professeur de PMI obtiendrait une maîtrise en santé publique, il concentrerait son étude sur le planning familial. On prévoiera un poste supplémentaire en cas de démission de personnel.

Une formation, basée sur quatre ans d'études pour une personne, serait attribuée, dans le cadre de la formation à long terme, au personnel de la faculté de médecine.

Le Centre Universitaire de Santé Publique, à Butare, assure à tous les étudiants en médecine, une expérience pratique, clinique, et en brousse en matière de santé publique. Le stage dure deux mois. L'équipe pense que ce centre possède la clinique la mieux documentée sur le planning familial; elle distribue ses services à 720 acceptantes. La faculté pourrait jouer un rôle important, en influençant les opinions touchant les avis sur la santé publique et la pratique du planning familial. Cinq membres du personnel du Centre Universitaire, étudieraient un an dans une faculté de santé publique américaine ou étrangère. Ils retourneraient au Rwanda avec un doctorat dans l'une des disciplines suivantes: épidémiologie, nutrition, hygiène, ou PMI/PF. A la fois un docteur et une infirmière, devraient poursuivre des études en matière de PMI/PF. La plupart des services de planning familial seront données par des infirmières.

La totalité des individus à former dans ces disciplines pendant un an, s'élèvera à six, avec la possibilité d'un poste en supplément en cas de démission.

Il est nécessaire de prévoir une expertise en matière de planning familial au MINISANTE, car l'ONAPO se tourne vers lui pour bénéficier d'une direction

technique. Trois membres du personnel du MINISANTE, un médecin en santé publique, une infirmière sage-femme et une assistante sociale, devraient recevoir un doctorat, en insistant sur la PMI/PF. Ils seraient le noyau de l'expertise technique au niveau national.

Il est nécessaire d'assurer une formation, basée sur quatre ans pour une personne, dans le cadre de ce projet de formation, en permettant un poste supplémentaire en cas de démission.

3. Formation à Court Terme de Trois Mois (21 mois/personne, $75.000)

Chacun des trois hôpitaux de référence devra être un centre régional d'expertise en planning familial. Chaque hôpital devra envoyer un docteur et une infirmière sage-femme, ou un assistant médical, à Johns Hopkins ou à l'une des institutions similaires, pour recevoir une formation de trois mois sur les techniques et l'administration du planning familial.

4. Formation à Court Terme, d'un Mois (25 mois/personne, $100.000)

Chacun des 10 hôpitaux préfectoraux, nécessite les qualifications d'un docteur et d'une infirmière sage-femme A-2, ou d'un assistant médical, formés en matière de planning familial. Un programme rapide de formation d'un mois à Tunis devrait être suffisant. L'instruction serait donnée en Français, et elle s'harmoniserait avec leur formation préliminaire. Les docteurs devront être bien au courant du planning familial, et l'accepter volontairement, car ils seront responsables de toutes les activités sanitaires de la préfecture. Ils seront trop occupés avec d'autres tâches, pour consacrer beaucoup de temps au planning familial, aussi, une infirmière sage-femme A-2, ou un assistant médical, devrait travailler à plein temps dans chaque préfecture, pour organiser et superviser les services de planning familial.

20 membres du personnel devront recevoir une formation. En accordant un supplément de cinq pour faire face aux démissions du personnel, le total s'élèverait à 25.

5. Instruction Locale (500 semaines/personne, $50.000)

Dès qu'un nombre suffisant de personnel formé retournera au Rwanda, une formation locale devra commencer. Le personnel formé enseignera d'autres Rwandais. On espère que cette instruction peut commencer en 1982. Entre 1983 et 1986, un assistant mécical et une infirmière sage-femme devront recevoir

une formation en matière de planning familial,au cours d'un programme d'une semaine au Rwanda. Ces personnes travailleront dans des centres de santé. L'assistant médical a besoin d'être formé,car il sera responsable de toutes les activités du centre de santé. L'infirmière sage-femme sera généralement le fournisseur en chef du service.

Si, en 1986, il y a un centre de santé dans chacune des 143 communes, on devra former 286 employés. Les démissions parmi ces employés sont élevées, on devra donc prévoir une formation supplémentaire de 64 personnes. On doit raisonnablement prévoir une formation pour 350 personnes. On devrait en outre réserver une instruction,basée sur 150 semaines pour une personne,pour le personnel du secteur privé, ou des cours de perfectionnement.

6. Séminaires d'évaluation des Progrès de PMI/PF d'une semaine (100 semaines/personne, $100.000)

L'ONAPO a l'intention d'organiser un séminaire d'évaluation du programme après deux ans, puis dans cinq ans. Ces séminaires sont une nécessité pour remédier aux manques,et pour évaluer les progrès du programme. On rendra compte de tous les aspects du programme, y compris les services du planning familial. 50 personnes environ,auront besoin d'assister au séminaire de Kigali. Parmi les délégués,on devra compter des employés du GOR, de l'ONAPO, du MINISANTE, du MINASODECO et du MINEDUC, les représentants des associations chrétiennes et des média, et d'éminents citoyens.

B. Besoins en Contraceptifs

On a figuré par méthode, au Chapitre III, la quantité probable des femmes protégées et celle des nouvelles acceptantes. On a basé ces projections sur des observations et discussions, un second examen des informations existantes, peu abondantes,et l'expérience d'autres pays. Elles seront, sans aucun doute, modifiées au cours du projet. Il est prévu qu'elles soient revues chaque année. L'AID devrait s'assurer à ce qu'un approvisionnement adéquat de contraceptifs,et de trousses médicaless soit prevu car le succès du programme dépend de ces produits essentiels. L'AID a demontré ses capacités et son efficacité dans ce domaine.

Un approvisionnement préliminaire de contraceptifs et de trousses médicales, devra être effectué en 1981 pour les 4000 utilisatrices prévues. Pour le moment, on estime à 2000 le nombre des utilisatrices. Cet approvisionnement devrait être adéquat, jusqu'à ce que les produits du projet parviennent à destination. Le "Pathfinder",ou FPIA,pourrait fournir des contraceptifs oraux, des stérilets, des condoms, des spermicides et des trousses médicales. L'ONAPO, l'USAID et l'AID/W devraient soumettre une demande conjuguées à "l'International Planned Parenthood Federation" ou au FNUAP, pour assurer l'approvisionnement de Depo Provera,jusqu'à ce que l'AID puisse le faire. On devrait prévoir un approvisionnement d'à peu près deux fois la quantité estimée d'utilisatrices, pour pouvoir faire face aux imprévus, à la distribution inégale dans tout le Rwanda, et aux problèmes d'emmagasinage.

Si on prévoit que 25 pour cent des 400 acceptantes utiliseront des contraceptifs oraux, 25 pour cent des méthodes naturelles, 10 pour cent des stérilets, et 40 pour cent Depo Provera, 26.000 cycles de contraceptifs oraux, 800 stérilets et 12.000 doses de Depo Provera seront nécessaires. Si le GOR n'autorise pas Depo Provera, la quantité de contraceptifs oraux et de stérilets, devra être doublée. On a appris récemment au Rwanda, que lorsque Depo Provera n'est pas accessible, celui-ci peut-être remplacé par les femmes, avec succès, par les contraceptifs oraux et les stérilets.

Dix mille condoms doivent être inclus comme expérience d'essai, bien que ceux-ci n'aient pas été populaires dans le passé au Rwanda. On devrait fournir aux études pilotes une petite quantité de mousse spermicide ou un nombre limité de suppositoires vaginaux. On devrait inclure, en plus des contraceptifs, une douzaine de trousses médicales. On devrait distribuer une trousse à chacune des 10 préfectures. On devrait réserver les deux trousses restantes aux cliniques privées.

Les besoins en contraceptifs pour le projet pendant les cinq prochaines années sont énumérés au Tableau VI.I. le tableau fut conçu à partir d'une estimation des utilisatrices par méthode et par année. On a multipilié le chiffre par 2, parce qu'on a supposé qu'on aurait besoin de deux fois plus du montant effectif pour permettre de faire face aux répartitions inégales, et aux problèmes survenant dans la gestion, au stockage et au gaspillage des produits. Certaines cliniques (on s'attend à ce que 200 cliniques fonctionnent en 1986), utiliseront plus de la quantité moyenne ou prévue des produits livrés, par conséquent toutes devront avoir en magasin plus de produits qu'il ne sera utilisés, pour éviter les manques temporaires. On ne pourra rectifier ces chiffres, que lorsqu'on aura reçu toutes les statistiques sur l'utilisation des contraceptifs.

On devra fournir deux cents trousses médicales à l'ensemble des cliniques. On en aura besoin pour poser des stérilets, et effectuer des examens physiques. On devra en prévoir l'approvisionnement pendant les cinq prochaines années, pour les 200 cliniques (143 pour les 143 communes, 10 pour les 10 hôpitaux préfectoraux et le reste pour les cliniques privées agréées et les communes ayant plus d'un centre de santé).

C. Autres besoins

On a besoin de contraceptifs et de trousses médicales, pour donner les services de PMI/PF prévus. Le programme de vaccination (PEV) a besoin de réfrigérateurs et de boîtes frigorifiques pour compléter la chaîne frigorifique. Des aiguilles, des seringues, des stérilisateurs et d'autres articles similaires sont nécessaires pour garantir l'utilisation des techniques aseptiques.

Pour permettre la diffusion de l'information et les travaux d'enquêtes, on aura besoin d'une variété d'articles, s'échelonnant des crayons à papier et du papier aux projecteurs, et à l'équipement d'atelier d'art graphique.

On a estimé à $630.000 l'achat des articles nécessaires.

TABLEAU VI-1

BESOINS EN CONTRACEPTIFS

Année	Cycles Mensuels (Contraceptifs oraux)	Stérilets	Doses de Depo Provera
1982	13.000 x 2 = 26.000	1.500 x 2 = 3.000	12.000 x 2 = 24.000
1983	40.000 x 2 = 80.000	2.500 x 2 = 5.000	35.000 x 2 = 70.000
1984	80.000 x 2 = 160.000	5.000 x 2 = 10.000	70.000 x 2 = 140.000
1985	130.000 x 2 = 260.000	7.500 x 2 = 15.000	120.000 x 2 = 240.000
1986	225.000 x 2 = 450.000	10.000 x 2 = 20.000	175.000 x 2 = 350.000
TOTAL	976.000	53.000	824.000

D. Infrastructure

Les membres de l'équipe s'accordent pour affirmer que plusieurs bâtiments supplémentaires, doivent être construits. Il sera nécessaire de former 1000 employés ou plus, du MINISANTE et du MINASODECO, en leur faisant suivre des programmes internes. A cause des nombreux projets de développement du Rwanda devant prévoir une formation, les centres de formation existants sont déjà complets. Pour élargir l'instruction a plus de personnel, on devra construire un modeste centre de formation, prévoyant des classes de 25 personnes.

Le GOR a l'intention d'instituer un centre de santé et un centre nutritionnel dans chaque commune. Les centres seront le support du programme, et le lieu reconnu de la plupart des informations et des services qui deviendront accessibles. L'AID ne peut pas construire l'ensemble des 60 centres de santé, que le GOR prévoit. En en construisant quatre, cela aidera le projet et encouragera le GOR à mettre à exécution ses planifications. D'autres donneurs, telles que la Banque Africaine de Développement et l'IBRD, prennent en considération la construction, ou la rénovation, de quelques centres de santé. Le GOR devrait également construire quelques commodités.

Le MINASODECO sera profondément impliqué dans la divulgation des informations sur la PMI/PF, en particulier par l'intermédiaire des centres nutritionnels. L'AID devrait supporter, pour encourager cet effort, la construction de deux centres nutritionnels .

Environ $910.000 seront nécessaires à la construction.

E. Transport

L'insuffisance du transport pour assurer la supervision et l'approvisionnement, a principalement fait échouer de nombreux projets sanitaires ruraux dans le monde. C'est un problème existant aussi au Rwanda.

10 solides véhicules, à quatre roues motrices, sont nécessaires, un pour chaque surveillant de PMI/PF à plein temps, de chacune des 10 préfectures. En outre, l'ONAPO et le MINISANTE ont besoin de 8 véhicules pour assurer la supervision et l'administration du programme, et pour faire des enquêtes en brousse. L'UNICEF peut prévoir un mécanicien expatrié, pour superviser le garage et entretenir tous les véhicules. En assurant les finances pour les pièces détachées et le carburant, le Gouvernement devrait pouvoir réparer les véhicules et les garder en bon état de marche. Le MINISANTE a une importante quantité de véhicules japonais. L'emploi de ces véhicules dans ce projet est fortement recommandé, car ils peuvent être entretenus au Rwanda.

VII. PROGRAMME D'INFORMATION, D'EDUCATION, ET DE COMMUNICATION

L'éducation sanitaire et le programme d'Information, d'Education et de Communication faisant partie du programme national de protection maternelle et infantile et de planning familial, sont formés de cinq sections de développement. Ce sont la formation, l'instruction en groupe, le développement d'un matériel éducatif et audiovisuel, l'utilisation des média et le développement d'un programme éducatif.

1. Formation.

On a prévu que des réunions de groupes, pour discuter des sujets sur la PMI/PF, auront lieu dans des cliniques et des hôpitaux, pendant les assemblées communautaires, et à d'autres occasions, dans tout le Rwanda. Les réunions seront dirigées par des instructeurs et un personnel médical et para-médical. Ces personnes devront avoir reçu une formation en matière de PMI/PF. Les activités courantes de formation qui influencent la distribution et l'acceptation des méthodes PMI/PF au Rwanda, sont étudiés au chapitres V et VI de ce rapport.

2. Instruction en groupe pour un public spécifique.

Une instruction en groupe devrait fréquemment être offerte pour propager l'information, et pour encourager les attitudes et les opinions souhaitées en ce qui concerne le comportement sanitaire recommandé. L'instruction en groupe aura lieu dans les centres de santé au Rwanda, et par des organisations communautaires. Les auteurs analysent dans ce chapitre l'instruction en groupe dans les centres communaux de formation et de développement, les centres de santé et les dispensaires, et les hôpitaux.

3. Développement de l'utilisation de matériel et de supports audio-visuels.

On devra développer l'utilisation de matériel sur le PMI/PF, pour compléter à la fois l'instruction donnée en groupe et les conseils donnés aux malades. Les auteurs analysent, dans ce chapitre, les commodités à la fois au Rwanda et dans les pays limitrophes qui développent, produisent, impriment et distribuent le matériel éducatif et didactique.

4. Utilisation des mass média: diffusion et imprimés.

On peut utiliser les mass média pour éveiller une prise de conscience des questions sur le PMI/PF, et pour encourager des personnes motivées à adopter des habitudes et des pratiques spécifiques recommandées. On traite dans ce chapitre des commodités et des activités courantes, concernant les média, relatives à la santé en général, et en particulier de la PMI/PF.

5. Développement d'un programme éducatif.

Les disciplines d'un programme de formation pour les employés rwandais qui donnent des soins sanitaires, et les matières d'enseignement des écoles sécondaires et primaires, devront comprendre une information de base sur

la démographie, la reproduction, la contraception, la croissance et le développement de l'enfant, et les besoins de la famille en matière de santé. Ces sujets sont également traités dans ce chapitre.

Formation

Il est question au chapitre VI de ce rapport d'une description détaillé des différentes sortes de formation, qui seront requises pour distribuer les services de PMI/PF (Se repporter aussi au chapitre VIII). Des mesures sont prises pour élaborer des projets qui reproduisent au besoin de former du personnel immédiatement et dans le futur.

Instruction en groupe pour des publics spécifiques.

On a commencé à canaliser les efforts pour assurer une instruction en groupe, relative à la santé publique, dans les nombreux centres communaux du Rwanda(Les CCDFPs) centres de nutrition, dispensaires et hôpitaux. Dans quelques uns des programmes, le programme d'enseignement sanitaire comprend une information sur le PMI/PF.

Le Directeur médical, l'assistant chargé du Programme Elargie de Vaccination et le personnel technique pour l'hygiène des réunions sur l'éducation sanitaire, dans une préfecture au Rwanda. Trente cinq rwandais ont reçu jusqu'à maintenant, une formation spécifique à l'étranger, sur l'éducation de la santé publique. On espère qu'au cours des deux prochaines années, une personne pour chaque préfecture sera formée et désignée, pour coordonner les efforts en matière d'éducation sanitaire dans les hôpitaux, les centres de santé, et les dispensaires et au cours des réunions communales.

A. Centres de formation communaux, Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif.

Quarante quatre CCDFPs fonctionnement au Rwanda. Plus de cent sont prévus pour 1982. Le personnel est payé par le Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif. La Commune, où se situe chaque centre, se charge des autres dépenses.

Au cours d'une visite improvisée dans un CCDFPs près de Butare, l'équipe trouve le Directeur(un travailleur social formé à l'école des travaux sociaux de Butare) en train de donner un cours sur l'obsétrique à un groupe de dix hommes venant des collines. La leçon faisait partie d'un enseignement d'une durée d'une semaine au centre. Le secteur avait sélectionné les hommes qui suivraient le cours.
On compte les participants pour qu'ils transmettent leur nouveau savoir au voisinage, quand ils retourneront chez eux. Le centre donne des cours d'une semaine sur des sujets variés---soins aux animaux, travaux de forge, charpenterie, maçonnerie , maladies contagieuses, hygiène, obsétrique, biologie reproductive, vue d'ensemble de la contraception et cuisine.

On place les participants dans un des quatre groupes suivant leurs intérêts: hommes adultes, femmes adultes, jeunes gens, jeunes femmes. On fait appel à d'autres instructeurs de la communauté, pour enseigner les sujets pour lequels le directeur n'a aucune préparation.

Si le Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif décide de promouvoir le planning familial, il devrait profiter des CCDFPs. Ces centres sont un lieu de rencontre pour donner une instruction efficace sur les méthodes contraceptives. Dans ces centres, on peut s'efforcer à encourager les hommes pour qu'ils adoptent une attitude favorable vis-à-vis de la contraception.

B. Centres nutritionnels

Les 103 centres nutritionnels rwandais sont placés sous l'égide du Ministères des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, bien qu'ils reçoivent des fonds de sources variées. Les centres sont souvent situés près des centres de santé, mais dans les bâtiments séparés. Ce sont des "écoles de Parents"; 62.000 parents ont inscrit leurs enfants dans ces centres.

Les parents doivent choisir un enfant dans leur famille, qui a besoin de recevoir le plus de soins alimentaires. La famille verse au centre 50 francs rwandais(50) par mois. Le centre assurera en échange une instruction en groupe sur l'alimentation, les soins aux animaux, le jardinage, la reproduction et la santé publique. En outre, le centre distribue des vivres supplémentaires P.L. 480 (lait, farine et huile). Certains centres vaccinent et donnent des médicaments contre les parasites. Chaque semaine, les parents amènent leurs enfants au centre pendant huit semaines. Ils doivent ensuite y retourner une fois par trois ans. On fait passer aux parents un petit examen à la fin de ces trois années, pour tester la connaissance qu'ils ont assimilés sur la nutrition, et un certificat leur est décerné pour confirmer que la famille a suivi le cours. Les cours sont enseignés par des monitrices qui ont terminé un apprentissage de six mois dans un centre nutritionnel et un cours intensif de quatre mois, au centre de formation nutritionnelle de Ruhengeri. L'équipe visita un centre nutritionnel dans le Sud-Est du Rwanda, les membres assistèrent à un cours qui était enseigné à l'extérieur, à 30 parents qui tenaient leurs enfants sur les genoux. Deux des monitrices du centre se trouvaient dans les collines en train de rendre visite à des foyers, et de mener des discussions en groupe. La monitrice qui fit visiter le centre à l'équipe, lui dit qu'aucune méthode de contraception n'était enseigné pour le moment, mais qu'on introduirait l'année prochaine la Méthode Billings. Le " Catholic Relief Services" vend au prix coûtant, un matériel didactique sur la Méthode Billings, aux centres nutritionnels, sous forme de flanellographes. Un docteur d'un hôpital de l'église adventiste du 7ème jour a informé l'équipe de l'enseignement du planning familial aux centres nutritionnels dirigés par SAWS. On montre aux femmes, qui vont aux centres de SAWS, un opuscule sur toutes les méthodes contraceptives.

C. Centres de Santé et Dispensaires.

On suppose que les centres de santé et les dispensaires ont un centre d'enseignement communautaire, un centre nutritionnel, un service de consultation, un centre d'hospitalisation, un service de maternité et des commodités pour les visites prénatales et postnatales. En réalité, peu de centres ont atteint ce niveau de développement.

Vers la fin des années 1960, le Ministère de la Santé envoya une circulaire qui demandait aux hôpitaux, aux centres de santé et aux dispensaires d'assurer un cours d'éducation sanitaire de quinze minutes, une fois par semaine. Pour participer à cet effort, le Minisanté envoya le texte de ses émissions quotidiennes radiophoniques à chaque hôpital, centre de santé et dispensaire, en leur demandant de l'intégrer à une causerie donnée en kinyarwanda. Une instruction en groupe est donnée dans la plupart des centres de santé et des dispensaires, mais l'instruction est sporadique à cause du nombre des malades à soigner et de l'insuffisance du personnel. (Il n'est pas rare de voir quatre hommes porter sur leurs épaules un malade, dans un brancard, au centre de santé le plus proche. Il y a une arrivée continuelle de malades nécessitant des soins d'urgence. Il n'est pas surprennant de voir que les efforts curatifs et non préventifs sont les préoccupations prioritaires).

L'équipe ne remarqua aucune session d'instruction en groupe, au moment de sa visite des centres de santé et des dispensaires du pays. Les membres de l'équipe observèrent que les malades passaient beaucoup d'heures oisives dans des "salles d'attentes" en plein air, avant d'être examinés par un assistant médical ou une infirmière. Les femmes qui restent deux jours dans un centre de santé ou un dispensaire après l'accouchement, reçoivent parfois une instruction individuelle sur la manière dont on prend soin du nouveau-né, mais de telles informations ne semblent être données que lorsque le personnel a le temps. Certains centres de santé, en particulier privés, des services affiliés à des églises, organisent des réunions d'éducation sanitaire, plusieurs fois par semaine. Les journées et les horaires sont affichés au tableau d'information.

Les sujets d'enseignement de ces classes sont variés. Le groupe peut discuter au cours d'une réunion de l'importance d'aller aux visites de consultation prénatales; il peut discuter, au cours d'une autre réunion, du planning familial, de l'anatomie et de la physiologie des organes de reproduction, ou de l'alchoolisme qui est une sérieuse préoccupation sanitaire au Rwanda. Un assistant médical d'un centre de santé privé, où ont lieu de telles réunions, déclara que peu de femmes acceptent les méthodes de planning familial à cause des séances d'enseignement. Il a dit que c'était à cause à la fois de ces séances, et du concept de planning familial, qui sont inhabituels au Rwandais.

Il semble qu'il y ait un manque de matériel didactique et audiovisuel dans tous les centres de santé que l'équipe visita, à cause en principe d'un manque de finance. Le Ministère de la santé espère distribuer dans

un proche avenir, grâce au projet de base de l'OMS, un matériel d'enseignement tel que des flanellographes et des tableaux didactiques aux centres de santé, dans tout le pays.

En plus de leurs tâches curatives aux centres de santé et aux dispensaires, le personnel médical et paramédical assistent à des réunions communautaires se rapportant à leur spécialité, à la fois dans les préfectures et dans les communes, et ils donnent souvent des causeries sur l'éducation sanitaire.

D. Hôpitaux.

Une instruction en groupe structurée sur la santé maternelle et infantile est donnée dans chacun des trois hôpitaux-pilotes qui emploi des docteurs, des infirmières et des travailleurs sociaux ayant reçu une information en 1979 aux Etats-Unis, bien qu'il y ait un matériel éducatif qui complèterait l'instruction.
A l'hôpital de Kigali, les infirmières donnent un enseignement sur l'éducation prénatales, mais ne discutent pas des méthodes de planning familial après la naissance d'un enfant. (Une femme qui désire utiliser une méthode de contrôle des naissances doit demander à avoir une consultation avec l'un des docteurs de l'hôpital. Le Docteur lui explique les différentes méthodes). Dans la section de PMI de l'hôpital de Ruhengeri, un groupe de femmes d'un des secteurs suit un enseignement sanitaire un jour par mois. Un cours sur le planning familial est offert en Octobre.
Le fait de parler aux femmes du planning familial une foir par an seulement n'est pas apparemment un moyen de les convaincre à adopter une méthode contraceptive; l'acceptation est assez faible. Un travailleur social donne des cours sur le planning familial dans des classes prénatales organisées par l'hôpital. Au centre de santé publique universitaire de Butare, une femme qui demande à avoir une consultation prénatales doit assister d'abord à une causerie sur un des sujets concernant la PMI, le planning y étant inclu. Un assistant médical ou un travailleur social donne un cours d'information. Il semble que, dans ce centre, les causeries ont un impact certain. Il y eut 720 acceptantes pour le planning familial depuis 1979. On donne une information sur le planning familial dans les classes prénatales de deux autres hôpitaux que l'équipe visita. Il semble qu'il n'y ait pas d'échange en matière de contraception, dans ces hôpitaux, pendant les quelques jours où une femme reste dans une maternité après l'accouchement.

Développement de l'Utilisation de matériel éducatif audiovisuel

Le matériel éducatif sur la santé concernant la PMI/PF n'est également pas disponible sur une grande échelle au Rwanda. Il y a cependant plusieurs commodités à la fois au Rwanda et dans les pays avoisinnants qui peuvent développer, produire, imprimer et distribuer du matériel.

A. Commodités pour le Développement et la Production de Matériels éducatifs sur la santé.

1. Ministère de la Santé, Bureau de l'Education sanitaire, Section Artistique, Kigali

Le Bureau de l'Education Sanitaire emploi un artiste qui dessine et colorie à la main des affiches et produit des tableaux pour flanellographes et des opuscules, (ces derniers sont adaptés aux coutumes des différentes régions), sur la filtration de l'eau, l'hygiène de base, les parasites et autres sujets. Les affiches sur la filtration de l'eau sont placardées dans les bureaux du Gouvernement et les centres de santé, dans tout le Rwanda. La section artistique possède aussi une chambre noir.

Si le Ministère de Santé décide de promouvoir le planning familial dans les hôpitaux, les centres de santé et les dispensaires, la section artistique de Bureau de l'Education Sanitaire devrait s'agrandir et stocker un approvisionnement adéquat. Il pourrait participer à la production et à la distribution de matériel sur la PMI/PF pour tout le Rwanda.

2. Centres de Santé.

Certain centre de santé, dit-on, ont le potentiel de développer du matériel éducatif sur la Santé. L'équipe n'en a pas vu d'évidence au cours de leur visite en brousse.

3. Université radiophonique de Gitarama.

L'Université radiophonique de Gitarama est un centre bien équipé qui produit et vend au public des séries de diapositives (avec commentaires) sur une variété de thèmes sur la santé. Les diapositives représentent des dessins et des photographies dans le cadre du Rwanda. Les méthodes de planning familial, le développement du foetus, l'hygiène, la grossesse, les soins du nouveau-né et les méthodes de sevrage sont les sujets parmi lesquels on a préparé des séries de diapositives. Les prix des séries de diapositives varient entre $5 et $8. On classe les informations relatives aux ventes des séries de diapositives. On a vendu dix séries ayant trait aux méthodes de planning familial depuis Novembre 1980. Le centre produira de nouvelles séries de diapositives et d'autres séries avec commentaires sur demande. Si on utilise des dessins, on peut fabriquer une série de diapositives (20 diapositives) en deux mois. Si on utilise des photographies, on a besoin de plus de temps.

4. Centre de formation nutritionnelle, Ruhengeri.

Le programme éducatif de quatre mois pour les monitrices au centre de formation de Ruhengeri, inclut l'apprentissage de la production de supports visuels. En entrant dans la classe où on enseigne les étudiants à dessiner les supports visuels, on voit d'abord l'image d'un utérus.

Les étudiantes qui y sont formées, pour devenir monitrices, doivent apprendre à dessiner l'utérus pour les cours de reproduction humaine qu'elles donneront, une fois de retour aux centres nutritionnels, le centre pourrait utiliser plus de supports visuels sur les sujets de PMI/PF.

5. Centre universitaire de Santé Publique, Université Nationale du Rwanda.

L'artiste du personnel du Département de l'Education sanitaire a produit des affiches, des dessins et des tableaux pour flanellographes pour les cours de soins prénatales et de nutrition. On a besoin d'un matériel supplémentaire sur l'éducation sanitaire bien que des fournitures pour produire ce matériel, et tous les étudiants médicaux et para-médicaux qui terminent un stage de deux mois au centre bénéficiairaient de ce matériel.

6. ORINFOR.

ORINFOR, le Bureau de l'Information du Rwanda, peut techniquement produire des films de courte durée. Le développement en laboratoire est fait à Paris.

7. Institut Pédagogique National, Ministère des Hautes Etudes et de Recherche Scientifique.

L'Institut Pédagogique National, (IPN) forme des professeurs d'école secondaire pour toutes les écoles secondaire au Rwanda. Les étudiants reçoivent un enseignement sur l'emploi des techniques audiovisuelles.

On devrait fournir des illustrations sur l'éducation sanitaire pour compléter le programme de PMI/PF. Un tel matériel d'illustration serait utile à la formation du personnel travaillant au Département de la Nutrition et de la Santé Publique de l'IPN. Les étudiants occuperont plus tard des postes dans les Ministères rwandais.

8. Atelier de production de supports visuels, BUFMAR, Kigali.

BUFMAR, le Bureau pour la Formation du Personnel Médical, dirige un petit atelier de production de matériel éducatif sur la santé. Les individus handicapés travaillant dans cet atelier préparent des tableaux pour flanellographes ayant pour thème la nutrition, en plus des affiches sanitaires sur les bonnes habitudes alimentaires et la nutrition pendant la grossesse. Les affiches sanitaires sont des adaptations de modèle provenant du Zaïre et du Burundi; on a traduit le commentaire et les affiches ont été redessinés dans le cadre rwandais. Les affiches sont reproduites par l'imprimerie de Kabgayi et coloriées à la main dans un atelier. Les affiches sont vendus dans l'entrepôt principal, où les centres de santé affiliés à des églises qui sont membre du Bureau, achètent des produits pharmaceutiques.

Si le Gouvernement lance une campagne promotionnelle en faveur du planning familial, on devrait prendre en considération la possibilité de charger l'atelier de fabriquer le matériel éducatif relatif au planning familial. Cependant, si cela se réalise, on devra prendre soin d'éviter de provoquer l'opposition des membres catholiques prédominants.

9. Atelier, Projet agricole de Kibuye.

Ce projet Suisse produit des illustrations sur la nutrition et, d'après une certaine information, un matériel d'enseignement sur le planning familial et la démographie.

10. Atelier, Frères des Hommes, Séminaire St. Paul, Kigali.

D'après une source de renseignement, le Séminaire de ST. Paul commence à fabriquer un matériel éducatif sur la santé.

11. Projet-Pilote, Centre de santé PMI, Kibirizi.

Au milieu des années 1960 à 1973, l'Organisation Mondiale de la Santé permit au centre de PMI de Kibirizi de développer la production de matériel de PMI. Le matériel fut conçu au Rwanda par un artiste puis, expérimenté et envoyé en Belgique où il fut imprimé. En outre, la Fédération Internationale de planning familial a couvert les dépenses du centre relatives aux films et aux diapositives. Le nouveau directeur du centre voudrait continuer ces activités.

B. Commodités relatives à l'imprimerie.

1. Imprimerie de Kabgayi.

Cette grande maison d'imprimerie située à une heure de Kigali, sur la route de Butare. Elle a neuf presses monotype Heidelberg et quatre presses Heidelberg offset. La plupart des travaux de pliage, de collage et reliure sont faits à la main. L'imprimerie de Kabgayi imprime des journaux et des documents pour des établissements commerciaux et des ministères gouvernementaux; elle accepte aussi de satisfaire les commandes privées.

Le coût approximatif pour la production d'une seule affiche d'une couleur, 45cm x 60cm, était de 10-12 FRW en 1980. On y fabrique aussi des affiches à deux et à trois couleurs. Il faut un à deux mois pour satisfaire une commande; la livraison est plus rapide pendant la période creuse, février et mai. Il y a, dans l'entrepôt, de larges stocks d'une grande variété de papier.

2. Université Radiophonique de Gitarama.

Cette institution imprime en offset.

3. Imprimerie de Kigali.

La presse de Kigali imprime et relie. Elle peut satisfaire rapidement les commandes d'imprimerie. Les prix sont parmi les plus élevés du Rwanda.

4. Imprimerie de l'Education Nationale, Kicukiro.

Cet établissement possède un équipement moderne pour imprimer un matériel d'enseignement scolaire. Il imprimera le matériel d'autres ministères à des prix avantageux. Les besoins en imprimerie du Minéduc ont la priorité.

5. ORINFOR

ORINFOR possède un écran de soie pour le travail d'impression de la production d'affiches. Il n'a pas de presse offset.

C. Services de Distribution.

1. Centre de Documentation, Kigali.

Le Centre de Documentation, situé au premier étage de l'entrepôt pharmaceutiques du BUFMAR, vend des imprimés, des opuscules, des formulaires pour les cliniques, des livres et des affiches. L'atelier du BUFMAR fabrique des affiches sanitaires sur la tuberculose, la nutrition et les parasites qui sont vendus au centre de documentation. Un opuscule sur la méthode Billings, imprime en Kinyarwanda (le language national), est la seule littérature disponible dans le pays sur les méthodes contraceptives. On peut acheter des feuillets et de brochures sur la nutrition et sur la santé de mère et de l'enfant, au Bureau d'Etudes et de Recherche pour la Promotion de la Santé, Kanzu, Mayumbe, Zaïre; ceux-ci se vendent bien. (Après avoir passé une commande, on attend de 6 mois à deux ans pour en recevoir la livraison). Par contre, le roulement du stock des livres et autres publications sur la santé publique est lent.

2. "Catholic Relief Service", Kigali

Les Centres de Nutrition de l'ensemble du Rwanda achètent au CRS des tableaux pour flanellographes (US $ 330), des affiches, des tableaux en feuillets et des brochures sur la nutrition. Ils payent avec les fonds qu'ils reçoivent des clients, de la commune ou d'autres donneurs. Le CRS achète les fournitures nécessaires de l'Atelier de Matériel Didactique de Busiga au Burundi et d'un atelier au Zaïre.
L'agence les vend au prix coutant. Le CRS serait un véhicule utile par l'intermédiaire duquel le matériel éducatif sur la PMI/PF serait distribué.

3. Agence de Communication Internationale des Etats-Unis, Kigali.

L'Agence de Communication Internationale des Etats-Unis (USICA) a, dans sa cinémathèque, six films de dessins animés de dix minutes sur la santé qui sont très demandés. Les films sont empruntés par les ministères, les écoles, les groupes privés de l'ensemble du Rwanda et, bien qu'en mauvais état, ils sont retenus sans interruption. Un seul des films concerne la santé de la mère et de l'enfant. L'emprunteur doit remplir un formulaire décrivant les publics que l'on a l'intention de toucher, le formulaire est détruit quand on a retourné le film à la bibliothèque d'USICA. Cent copies d'un catalogue cinématographique furent imprimées et envoyées à toutes les écoles secondaires rwandaises en octobre 1980.

Etant donné les formulaires d'emprunt actuels, on pourrait conclure que si de récents films sur la PMI/PF se trouvaient dans la cinémathèque, ils pourraient être largement diffusés dans tous le pays. Il serait utile de classer et de différencier par catégorie les formulaires d'emprunt, en identifiant les films et les différents groupes qui les visionnent, et en spécifiant la manière dont les films sont utilisés.

4. Bureau d'Education Sanitaire, Ministère de la Santé, Kigali

Le Bureau de l'Education Sanitaire a reçu récemment du Canada, 31 films sur la santé. Les films seront prêtés aux écoles médicales et paramédicales. Un des films fut réalisé à Ruhengeri, Rwanda.

5. Cinémathèque, ORINFOR

Il y a des films traitant de la santé maternelle et infantile, dans la cinémathèque de l'ORINFOR. La cinémathèque offrira ses services de prêt à tout organisme qui le demande, avec l'accord de projeter les films gratuitement.

Utilisation des Mass Média

Il n'y a pas de télévision au Rwanda, on a donc limité cette étude aux services de la radio diffusion et des journaux.

A. Radio

La station de radiodiffusion contrôlée par ORINFOR couvre tout le Rwanda, et diffuse en ondes courtes et en modulation de fréquence. Une récente enquête touchant 1.200 foyers à Butare et à Gisenyi révéla que plus de 40 pour cent des familles interviewées possèdent une radio[1]. ORINFOR estime qu'il y a 150.000 radios dans le pays avec une moyenne de deux auditeurs par radio[2].

---

[1] Institut Africain et Mauricien des Statistiques et de l'Economie Appliquée, Enquête Socio-Economique: Butare-Gisenyi, Rwanda, Avril 1980.

[2] UNFPA, Rapport de Mission sur l'Evaluation d'Aide en Matière de Population: Rwanda, Rapport N . 26, New York, Juin 1979, p.79.

Généralement la radio est bien connue pour être extrêmement efficace dans la diffusion des nouvelles et des intérêts idéologiques des Rwandais. Par exemple, quand un concours agricole a lieu, le commentateur radiophonique décrit les mérites du gagnant (une vache). Le public, dit-on, écoute avidement de tels commentaires. Un Rwandais de la campagne sait quand un programme l'intéressant sera diffusé. S'il ne possède pas de radio, il s'efforcera d'aller chez un voisin pour écouter le programme.

Apparement, la radio exerce une grande influence sur l'opinion publique au Rwanda. Ceci fût démontré au cours de la campagne de 1978 quand on a encouragé tous les Rwandais à participer au premier recensement sur la population. Tout d'abord les gens étaient sceptique au sujet du recensement, ils avaient peur que la liste individuelle des biens et propriétés puisse être utilisée contre eux. Mais, pendant les trois mois de campagne radiophonique, les Rwandais apprirent ce qu'était un recensement, son objectif et les services qu'il rendra au Rwanda. On dit que la population en général fut convaincu de la validité du recensement, de l'importance d'y participer, et de faire une liste exacte de ses biens, grâce au rôle exercé par la campagne radiophonique.

Les gens respectent ce qu'ils entendent à la radio. Pour appuyer ou approuver un argument discuté entre amis, ils diront que la radio a dit telle ou telle chose.

Le Bureau d'Education Sanitaire diffuse un programme de 15 minutes "Notre Santé", en Kinyarwanda, chaque vendredi à 18h30. Chaque semaine, on en choisit le thème d'après les questions envoyées par les auditeurs à la station radiophonique. Le programme est suivi par une émission de la Croix Rouge. Les deux organisme essaient de coordonner le contenu de leur programme pour qu'il soit ainsi question de thèmes analogue le même jour. Un résumé du programme est diffusé chaque dimanche à midi. Le texte des émissions est envoyé à tous les hôpitaux, les centes de santé et les dispensaires. Le Bureau Régional Africain de l'OMS envoies des programmes de 30 minutes sur bandes magnétiques, concernant la santé qui sont diffusés en Français.

Le Ministère de l'Education a distribué des radios FM aux écoles et, deux fois par semaine, des émissions sont diffusées pour les écoles. Les émissions traitent parfois de sujets sur la santé.

Les membres de l'équipe apprirent, plusieurs fois pendant leur séjour au Rwanda que la radio émettait des chansons et des poèmes qui transmettaient un message sur le planning familial : que les parents ne devraient avoir que la quantité d'enfants qu'ils peuvent convenablement supporter. Tout le monde pense que l'ONAPO est responsable de ces messages.

En réalité, les chansons et poèmes furent spontanément soumis à la radio par des habitants de Byumba, une ville situés dans le nord.

Si une campagme active est entreprise pour promouvoir le planning familial, la radio serait un outil valable pour sensibiliser et éduquer le public rwandais en matière de démographie et de planning familial. Des causeries, des chansons et des poèmes pourraient être suivis efficacement, à la fois dans les préfectures et les communes, par des discussions dirigées de groupe, menées par des personnes qui ont assisté aux sessions de formation de l'ONAPO, touchant à la démographie et au planning familial.

B. Journaux.

Vingt trois seulement de la population savent lire et écrire, mais deux journaux sont imprimés deux fois par semaine, et on dit qu'ils exercent une influence dans le pays. Ce sont l'IMVAHO qui est imprimé par l'ORINFOR, et le KINYAMATEKA, qui est imprimé par un groupe de catholiques. L'IMVAHO a le plus de lecteurs parcequ'il suit l'actualité. Les deux journaux publient des articles sur la santé, en plus du texte des entretiens radiophoniques. La plupart des articles qui apparaissent dans l'IMVAHO est annoncés à la radio. La publicité encourage la vente.

Développement d'un programme d'enseignement.

L'éducation primaire au Rwanda est gratuite et obligatoire. Cependant, il n'y a pas suffisamment d'écoles, ni d'enseignants pour inscrire tous les enfants à l'école, bien que les écoles fonctionnent sur un système de deux séances pédagogiques par jour, la moitié des enfants assiste aux cours le matin, tandis que l'autre les suit l'après -midi. Tandis que 64 pour cent des enfants d'âge scolaire pour le primaire, sont inscrits dans les écoles primaires, deux pour cent seulement des enfants d'âge scolaire pour le secondaire, sont inscrits dans les écoles secondaires.[1)]

Les filles représentent 46.0 pour cent de l'ensemble des inscriptions à l'école primaire.[2)] En ce qui concerne les étudiants qui continuent après l'école primaire, 6.8 pour cent entrent à l'école secondaire pour suivre un enseignement de cinq à six ans qui les prépare à des carrières d'enseignants et à l'Université. Dix pour cent du reste des étudiants du primaire entrent dans l'une des deux écoles qui suit l'école primaire: La Section familiale, pour les étudiantes ou le Centre d'Education Rurale et Artisanale au Rwanda, pour les étudiants. L'objectif des établissements d'enseignement consécutifs à l'école primaire, est de préparer les jeunes gens et les jeunes femmes à la vie rurale en leur donnant une instruction pratique sur l'agriculture, les soins à donner aux animaux, la nutrition, l'éducation familial, etc...

Les étudiantes du niveau secondaire représentent 23.0 pour cent de l'ensemble des inscriptions. Elles constituent 12.4 seulement des inscriptions des établissements scolaires supérieurs.

---

1) Banque Mondiale, Rapport sur le Développement Mondial, Washington,DC, août 1981, p. 178

2) UNFPA, Rapport de Mission sur l'Evaluation d'Aide en Matière de Population, Rapport no. 26, New York, Juin 1979, p.11

Le système de l'éducation est en train d'être réformé d'une part, à cause du taux élevé des abandons du niveau primaire et d'autre part, parce que l'on ressent le besoin d'adapter les programmes d'enseignement des écoles à la fois primaire et secondaire, aux besoins de la population rurale qui ne progresse pas dans ses activités pratiques. La reforme allongé l'enseignement de l'école primaire de 6 à 8 ans, consacrant les deux dernières années à un apprentissage pratique. Le système des deux séances pédagogiques par jour des écoles primaires sera supprimé. Après l'enseignement primaire, un petit nombre d'écoliers, qui a été prévu pour l'école secondaire, sera orienté vers un programme humanitaire. La majorité des étudiants sera dirigée vers un programme pédagogique de trois ans. Quand ils auront reçu leurs diplômes, ils auront acquis une habilité pratique, adaptée à l'environnement rural dans lequel ils vivent. les trois premières années du primaire sont surtout consacrées à la lecture et à l'écriture. Pendant les trois années suivantes, on s'efforce d'intensifier cette connaissance et d'introduire de nouveaux sujets, telle que l'hygiène. Pendant les deux dernières années, durant lesquelles les matières pratiques sont enseignées, on donne une instruction sur la nutrition et les soins de l'enfant.

Si le Gouvernement décide de promouvoir le planning familial pour ralentir le taux de croissance de la population, l'éducation de la vie familiale sera introduite non seulement au niveau secondaire, mais aussi au niveau primaire.

Des matières d'enseignement sur les phénomènes démographiques, tel que le taux des naissances et des décès, la fécondité et les migrations ont été traditionnellement intégrées aux cours de géographies dans les écoles secondaires. La physiologie humaine et la sexualité sont uniquement enseignées dans les écoles médicales. Certaines autorités pédagogique ont aussi suggéré que lorsque la physiologie humaine et la sexualité sont introduites au programme des écoles secondaires, seuls les professeurs des Sciences Naturelles et les docteurs seraient autorisés à enseigner ces cours. Cette suggestion, qui est apparu dans différentes enquêtes révélant l'opinion des enseignants, signifie que les professeurs d'autres disciplines sont peu disposés à enseigner un sujet touchant la sexualité et la physiologie. Ces mêmes autorités pédagogiques ont aussi suggéré que ces disciplines devraient être introduites à la fin du premier cycle de l'éducation secondaire, aux étudiants de 15 et 16 ans.

Selon l'opinion exprimé par l'équipe, l'éducation de la vie familiale n'exercera une influence sur les dimensions éventuelles désirées de la famille, que si un nombre suffisant de jeunes Rwandais prend connaissance de certains concepts comme celui du désir d'espacer les enfants et d'avoir seulement le nombre d'enfants qu'une famille peut supporter.

A cause du grand nombre d'abandons à l'école primaire et du nombre faible de Rwandais continuant à l'école secondaire, un programme d'éducation de la vie familiale ne peut être uniquement enseigné au niveau du secondaire. On doit entreprendre d'autres actions pour s'assurer de la réalité de l'impact qu'un tel programme exerce. Par exemple, on devrait enseigner aux instituteurs d'école primaire comment se fait l'enseignement sur la vie familiale; les idées générales concernant l'éducation de la vie familiale dans le programme d'enseignement révisé, et on devrait prévoir un matériel didactique illustrant l'enseignement de la vie familiale pour les écoliers des écoles primaires. Ce qui complèterait le programme.

On rapporte que le Ministère de l'Education est intéressé à collaborer avec l'ONAPO quant aux efforts à entreprendre en faveur de la population. On devrait s'efforcer de poursuivre cette voie dans ce domaine.

Stratégie concernant l'IEC

Afin de mettre en oeuvre un programme d'IEC pour la PMI/PF, on devra coordonner les actions en permettant la réalisation d'une formation et d'une instruction en groupe en produisant du matériel éducatif en utilisant les media, et en améliorant les programmes d'enseignement. Ces efforts devront être coordonnés sous l'égide de l'ONAPO, en collaboration étroite avec le Ministère de la Santé, le Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, le Ministère de l'Education, le Ministère de la Jeunesse et le Ministère de l'Information. Un programme bien défini de l'IEC pour la PMI/PF élargira la connaissance du défi démographique auquel se heurte le Rwanda, et satisfera au besoin de documentation relative à la politique générale.

L'instruction en groupe dans la PMI/PF devrait être planifiée dans les centres de santé, les dispensaires, les hôpitaux et les centres nutritionnels. L'instruction en groupe dans les hôpitaux et les centres de santé, devrait être donnée pendant les périodes prénatales et postnatales. Les personnes qui sont choisies pour donner cette instruction, doivent avoir reçu une formation sur les techniques de l'instruction en groupe et sur les aspects spécifiques de la protection maternelle et infantile et du planning familial.

Un expert IEC pourrait coordonner ces efforts, en collaboration avec ses homologues du Ministères de la santé et du Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif. Cet expert devra d'abord reçevoir une formation plus approfondie sur les théories des communications, en suivant un cours d'un à deux ans comme celui qui est offert à Stanford. Pendant l'absence de cette personne, un consultant en éducation de la santé publique pourrait être attaché à l'ONAPO, en participant aux efforts initiaux d'IEC. Quand l'expert rwandais IEC retournera à l'ONAPO, il assumera ses responsabilités et tant que coordinateur de la formation, au Rwanda, des instructeurs enseignants à des groupes (La formation aura lieu dans les CCFPs, les centres nutritionnels etc,); il reprendra ses relations professionnelles avec les média, s'assurera de la production de graphismes et d'autres illustrations sur la PMI/PF, l'évaluation d'enseignement pour y inclure l'information sur la PMI/PF, et organiser des cours de perfectionnement pour les enseignants).

Une formation à court terme dans des séminaires sur les communications (par exemple, les groupes d'études de l'Université de Chicago ou de l'Université du Connecticut) devrait être offerte à d'autres Rwandais d'IEC du Ministère de la Santé, du Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, du Ministère de l'Education et du Ministère de la Jeunesse. (Il est peut être nécessaire de donner une formation complémentaire dans le Rwanda aux instructeurs, si on ne peut en envoyer suffisamment à des séminaires à l'étranger). Quant ils auront terminé leurs études, ces personnes deviendront les formateurs des responsables de l'instruction en groupe aux CCDFPs, et aux centres nutritionnels, en plus de leurs responsabilités à distribuer l'information dans les secteurs géographiques pour lesquels ils ont été assignés. Ils formeront aussi aux centres de santé, le personnel qui a été désigné pour donner une éducation sanitaire, parmi les personnes choisies qui se chargeront de l'instruction en groupe, il y aura probablement des travailleurs sociaux, des assistants médicaux, et des monitrices.

Le but de cette formation sera d'assurer l'intégration des sujets sur la PMI/PF dans toutes les réunions d'instruction en groupe, ayant lieu actuellement dans les CCDFPs, les centres nutritionnels, les sections de PMI des hôpitaux, les centres de santé et les dispensaires.

Une agence consultative telle que la Formation Internationale pour la Santé(International Training in Health-INTRAH) pourrait développer un programme de formation locale au cours d'une période consultative de trois à 6 mois au Rwanda. Le programme devrait inclure une instruction sur l'utilisation des moyens audiovisuels (c'est-à-dire, comment faire marcher un projecteur). La brochure conçu par l'ONAPO devrait être utilisée pour sensibiliser les Rwandais à la situation démographique de leur pays. L'agence consultative pourrait aussi offrir une formation locale pilote, aux personnes qui dirigeront une instruction en groupe dans les différents centres près des trois hôpitaux de référence, et aux alentours des centres de santé.

Quand il y aura une quantité suffisante de personnel formé, l'ONAPO devrait passer un accord avec le Ministère de la Santé et le Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, et une circulaire serait envoyée à toutes les communautés sanitaires, stipulant qu'une session de 15 jours sera donnée deux ou trois fois par semaine sur les méthodes de planning familial et sur l'importance d'espacer la naissance des enfants.

Trop peu de matériels éducatifs illustrant la PMI/PF ont été produits dans le but de supporter les efforts en matière d'instruction. La plus grande partie de l'infrastructure nécessaire à la production est en place. Ce sont les fonds nécessaire à la production qui manquent et, dans certains cas, des personnes professionnelles spécialisées dans certains aspects de la production.

On devrait envoyé un artiste rwandais, ayant une valeur professionnelle technique évidente et un sens développé de la culture rwandaise, à une école

d'art graphique pendant un an, pour apprendre comment réaliser des illustrations pédagogique, des photographes et de séries de diapositives. (Plusieurs écoles des Etats-Unis seraient appropriées, entre le "School of Graphic Arts" à Richmond, Virginie; le "Rhode Island School of Design" et le "Parsons School of Design"). Dès son retour au Rwanda, l'artiste sera attaché à l'ONAPO et travaillerait en étroite relation avec son homologue du Ministère de la Santé. Ses tâches seraient de concevoir le matériel éducatif de l'ONAPO qui fait appel à l'imagination, reflète le cadre rwandais, et démontre la connaissance professionnelle de l'artiste, relative aux techniques modernes du graphisme.

On devra commander les fournitures nécessaire disponibles au Rwanda et à l'étranger, les matériels devant être soit commandés, soit fabriqués, sont les illustrations des méthodes de planning familial (pour flanellographes), de simple imprimés (ayant peu de texte et beaucoup de photographies et de croquis) expliquant les méthodes de planning familial, des opuscules des écoles médicales et paramédicales) fournissant des explications détaillées sur les méthodes de planning familial, ainsi leur avantages et leurs inconvénients, des diapositives et des films pour causeries dirigées et des affiches.

Un centre d'approvisionnement devra être organisé à l'ONAPO pour distribuer ce matériel. Des projecteurs de diapositives et de films, des magnétophones et un appareil photo devront être conservés au centre et utilisées par le personnel de l'ONAPO à l'occasion de projets communautaires d'animation ("Community Outreach Projects") une série de films sur la PMI/PF et autres supports visuels devront être commandés, les prêter gratuitemenr au public. Des livres de référence sur la démographie et la PMI/PF devront être disponible au centre d'approvisionnement documentaire. L'expert en IEC devra permettre que le matériel produit par l'ONAPO soit distribué au BUFMAR, au CRS et à d'autres organisations.

L'équipement audiovisuel de l'ONAPO devra être entretenu et maintenu en bon état de marche. Un technicien de l'ONAPO recevra pour cela une formation en matière de maintenance et de réparation de l'équipement. Il apprendra comment nettoyer et réparer les films. Un cours de 8 mois désigné sous le nom d'"Entretien et Réparation du Matériel Electromédical" est offert en Français à Lomé,Togo. L'OMS y a envoyé deux Rwandais, qui avaient terminé leur formation dans une école technique au Rwanda. Cette organisation a l'intention d'y envoyer plusieurs autres Rwandais l'année prochaine.

L'expert formé IEC de l'ONAPO sera responsable des relations professionnelles avec les média. Il mettra en oeuvre des émissions radiophoniques diffusant des causeries sur la population, et des concours de champs et de poèsies. Toutes les oeuvres des participants devront avoir pour thème l'espacement des enfants. Les gagnantes recevront une grande publicité. Les résumés des émissions radiophoniques devront être envoyés à tous les centres de santé et les hôpitaux des régions pilotes.

Des dispositions seront prises pour que les personnes qui ont été formées à l'ONAPO dirigent des discussions de groupe, consécutives aux diffusions radiophoniques, dans les préfectures et les communes. Des émissions radiophoniques enregistrées en Français, provenant d'organisation internatioanles de planning familial, seront commandées et diffusées sur les antennes de la radio rwandaise.

Tous les textes des émissions radiophoniques devront être envoyés régulièrement à l'IMVAHO pour être publiés. L'ONAPO devra préparer périodiquement des articles à publier dans ce journal. L'ONAPO devra rédiger en plus une lettre circulaire deux fois par an, qui donnera des informations sur les activités actuelles et futures. Ces lettres seront distribuées à tous les ministères gouvernementaux, aux CCDFs, aux centres nutritionnels, aux hôpitaux, aux centres de santé, aux institutions de formation, etc. Les programmes de toutes les écoles de formation médicale et paramédicales rwandaises devront être révisés. Les information sur la PMI/PF devront être intégrées au programme.

Un spécialiste des programmes attaché à l'ONAPO pendant deux ans pourra analyser et réviser les programmes. Avec l'aide de l'expert IEC d'ONAPO, ce spécialiste pourra organiser des cours de perfectionnement, qui prépareront les professeurs des institutions de formation, à donner un enseignement d'après le programme révisé.

Les programmes des écoles primaires et secondaires devront aussi être révus. L'éducation sur la vie familiale devra être incluse dans ces programmes. Des cours de perfectionnement devront être donnés aux professeurs chargés de l'enseignement des programmes révisés. Les enseignants des écoles situées aux alentours des secteurs pilotes, devront recevoir en premier ces cours de perfectionnement.

Un membre de la Faculté de l'Institut Pédagogique National devra être envoyé aux Etats-Unis pour recevoir une formation de deux ans, spécialisée dans l'éducation sanitaire scolaire. Avant qu'un candidat soit sélectionné pour cela, un consultant, professeur de santé publique, devra être attaché à l'IPN pendant trois mois. Il devra participer à la sélection du candidat, et conseiller l'IPN dans le domaine de la mise en oeuvre du programme de formation de santé publique et de nutrition. Quand le membre de la Faculté sera de retour au Rwanda, il aura la responsabilité d'enseigner la santé publique et la nutrition à l'IPN, et de s'assurer que l'enseignement relatif à la population, et à la vie familiale, sont intégré dans tous les cours de formation des enseignants de l'IPN.

La description des besoins spécifiques en matière de formation, de consultants et d'assistance en matériel est résumé dans le document VII 1.

Document VII - 1.

Besoins d'aide spécifique en matière de IEC

1. FORMATION

Nombre de Personnes	Durée de Formation	Description de la Formation
		A. A long terme
	2 ans (1982-1983)	Expert IEC, ONAPO doit recevoir une formation sur les communications en insistant spécialement sur les communications relatives au planning familial, un diplôme de maîtrise serai décerné en fin d'études.
1	1 an 1982	Artiste spécialiste en arts graphiques ONAPO, doit recevoir une formation dans les techniques modernes du graphisme, de la photographie, de la production de séries de diapositives. (Rhode Island School of Design).
1	8 mois 1982	Technicien (Maintenance et Réparation de l'Equipement). ONAPO Un diplômé de l'école technique du Rwanda doit recevoir une formation en matière de maintenance, et de réparation de l'équipement électrique, en insistant sur l'équipement audiovisuel. (Cours de Maintenance et de Réparation de l'Equipement Electrique Médical, Lomé, Togo).
	1-2 ans (1982-1983)	Expert en Education Pédagogique Sanitaire, Institut Pédagogique National, Butare doit recevoir une formation en matière de santé publique, en insistant spécialement sur l'éducation pédagogique sanitaire, la santé maternelle et infantile, le planning familial et la démographie; un diplôme de santé publique serait décerné en fin d'études.
		B. A court terme
30	3 semaines (1982-1983)	Instructeurs en communications. Les fonctionnaires rwandais de différents ministères, qui ont une responsabilité évidente en matière de distribution de l'information sur la PMI/PF, assistant à des groupes d'études de trois semaines aux USA, relatifs à la théorie des communications.
300	1 semaine (1982-1984)	Responsable de l'instruction en groupe aux CCDFPs, etc... Les monitrices, les travailleurs sociaux et les assistants médicaux chargés de l'instruction en groupe dans les différents centres, assistant à un enseignement d'une semaine sur l'information et l'éducation concernant le PF.

II. CONSULTANTS

Nombre	Catégorie du Consultant	Durée du Séjour	Importance de la tâche
2	Expert pédagogiques attachés à l'ONAPO	6 mois (1982)	- Conçoivent une information sur le planning familial, et un modèle-type d'enseignement à utiliser dans la formation pratique des personnes responsables de l'instruction en groupe des CCDFPs, des centres nutritionnels, des hôpitaux, des centres de santé et des dispensaires. - Assure une formation pilote pratique aux personnes responsables de l'instruction en groupe, près des trois hôpitaux pilotes, et dans les centres de santé des alentours où les services de planning familial seront initialement offerts.
	Experts pédagogique en matière de santé publique attaché à l'ONAPO.	2 ans (1982-1983)	Dirige des activités d'I.E.C. à l'ONAPO pendant qu'un homologue rwandais en IEC d'ONAPO reçoit une formation aux U.S.A.
	Spécialiste en programmation attaché à l'ONAPO.	2 ans (1984-1986)	Analyse et revoit le programme existant dans les institutions de formation médicale et paramédical pour y intégrer les sujets sur la PMI/PF dirige, dans les établissements d'enseignement, des cours d'information sur la révision des programmes pour les professeurs : analyse et revoit le programme des écoles primaires et secondaires pour y intégrer les différentes parties de l'éducation sur la vie familiale, et dirige des cours de perfectionnement sur les programmes révisés pour les enseignants.
	Professeur de santé publique, attaché à l'IPN, Butare	3 mois (1982)	Participe à la sélection des membres de la Faculté de l'IPN, qui poursuivront une formation aux USA sur la santé publique; conseille l'IPN pour la mise en oeuvre d'un programme de santé publique et de nutrition, et sur les moyens disponibles nécessaires.

III ASSISTANCE MATERIEL

Prix	Description.
200.000	Fonds nécessaires à la production et à l'expérimentation du matériel pour le planning familial, devant être distribué dans tout le Rwanda. (ONAPO)
100.000	Fonds nécessaires à la production et à l'expérimentation du matériel éducatif de PMI/PF, devant être distribué gratuitement dans tout le Rwanda (Ministère de la Santé).
50.000	Fonds nécessaires à l'achat d'équipement et de fournitures pour l'atelier d'art graphique actuel (si la demande financière à l'OMS n'est pas satisfaite) (Ministère de la santé).
30.000	Fonds destinés au matériel audiovisuel du centre d'approvisionnement documentaire, ONAPO : - 3 projecteurs à diapositives (manuel, en métal) - 3 projecteurs à films (à bobinage non automatique) - 3 magnétophones - 3 écrans - 2 appareils photos et pièces d'équipement d'appareil photos - 20 séries de diapositives sur la PMI/PF et la démographie - 20 films sur le planning familial et la démographie
8.000	Fonds nécessaires à l'achat de films sur la PMI/PF et la nutrition à conserver à la cinémathèque d'USICA.
5.000	Frais de postage, ONAPO.
15.000	Fonds nécessaires aux supports éducatifs pour le Ministère de la Santé, les hôpitaux, les centres de santé et les dispensaires aux alentours des hôpitaux pilotes. - 20 tableaux noirs - 20 classeurs à papier pour conserver les prospectus, les opuscules, les brochures. - 20 tableaux à feuillets (vierges, pour être utile lors de l'instruction en groupe). N.B. La liste a besoin d'être complétée par l'Office de l'Education Sanitaire au Ministère de la Santé.
10.000	Fonds nécessaires aux supports pédagogiques, à l'équipement et au matériel de production, pour compléter les supports visuels existants de PMI/PF, et à la production de matériel pour le Centre Universitaire de Santé Publique de Butare. N.B. Il est nécessaire que la liste soit établie par le Directeur du Centre Universitaire de Santé Publique.

10.000 Fonds nécessaires aux supports pédagogiques, à l'équipement et aux matériels de production pour compléter les supports visuels existants de PMI/PF, et au matériel de production pour le Centre d'Education Nutritionnelle de Ruhengeri.
N.B. Il est nécessaire que la liste soit faite par le Directeur du Centre d'Education Nutritionnelle.

10.000 Fonds nécessaire aux supports pédagogiques, à l'équipement et au matériel, pour compléter les supports visuels de PMI/PF, et à la production de matériel pour l'institut Pédagogique de Butare.
N.B. Il est nécessaire que la liste soit établie par le Directeur de l'Institut Pédagogique National.

VIII. FORMATION

Pour garantir la disponibilité et la qualité des services au Rwanda, le développement d'un système et d'éducation, et l'évaluation du phénomène démographique, il sera nécessaire que le personnel reçoive une formation qui lui permette de donner des services de PMI/PF, d'utiliser les techniques d'IEC relatives aux activités de planning familial.

Il est nécessaire que le personnel de l'Office National de la Population reçoive une formation pour remplir toutes ces tâches. Les autres personnels doivent recevoir une formation. Ceux qui seront formés en premier seront ceux qui traivaillent aux alentours des trois hôpitaux pilotes à Kigali, à Ruhengeri et à Butare. Le personnel des hôpitaux, des centres de santé, des CCDFPs et des centres nutritionnels de sept autres préfectures sera ensuite choisi pour bénéficier d'une formation.

Les auteurs décrivent dans les pages suivantes (voir documents VIII-1, VIII-2 et VIII-3), les différents types de formation locale et à l'étranger, à long terme et à court terme, dont on a besoin pour établir un programme de planning familial systématique au Rwanda.
On trouvera au document VIII-4 une liste d'institution pédagogique médicales et paramédicales, et une description de la qualification de leurs étudiants sortants.

Document VIII -1

FORMATION DE FONCTIONNAIRES RESPONSABLES ET DE SPECIALISTES EN SOINS MEDICAUX DE PMI/PF.

1. Voyages d'Observation

Nombre de sonnes	Durée de Formation	Description de la formation
		Des Voyages d'Observation dans les pays où les programmes de planning familial sont établis (les autres recommendent les USA, la Tunisie, les Philippines et l'Indonésie), devraient être organisés pour les fonctionnaires responsables rwandais des ministères suivants:
5	1 mois	ONAPO
2	1 mois	Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif.
3	1 mois	Ministère de la Santé
2	1 mois	Ministère de l'Education

2. Formation à long terme

1	1 an	Un gynécologue obstétrical de la Faculté de Médecine de l'Université Nationale du Rwanda à Butare, doit poursuivre des études sur la stérilité et la distribution des services de planning familial.
1	1 an	Un spécialiste génito-urinaire de la Faculté de Médecine de Butare doit poursuivre des études sur la stérilité et la distribution des services de planning familial.
1	1 an	Un professeur spécialiste de la PMI/PF de la Faculté de Médecine de Butare doit poursuivre des études sur la santé publique et obtenir une maîtrise en santé publique (Masters in Public Health.MPH) il faudrait qu'un candidat supplémentaire de la Faculté de Médecine de Butare soit formé pour remplacer toute démission qui pourrait intervenir.

1	1 an	Un professeur en Epidémiologie du Centre Universitaire de Santé Publique à Butare doit obtenir une maîtrise en Santé Publique (Masters Public Health, MPH)
1	1 an	Un professeur nutritionniste du Centre Universitaire de Santé Publique à Butare doit obtenir une maîtrise en Santé Publique (MPH).
1	1 an	Une infirmière sage-femme du Centre Universitaire de Santé Publique devrait poursuivre des études dans une faculté de Santé Publique aux USA et obtenir une maîtrise en Santé Publique.
1	1 an	Un professeur d'hygiène du Centre Universitaire de Santé Publique à Butare, devrait poursuivre des études dans une faculté de Santé Publique aux USA et obtenir une maîtrise en Santé Publique (MPH). Un candidat supplémentaire du Centre Universitaire de Santé Publique à Butare devrait préparer une maîtrise en Santé Publique pour remplacer toute démission qui pourrait intervenir.
1	1 an	Un médecin en Santé Publique du Ministère de la Santé devrait poursuivre des études en matière de PMI/PF dans une faculté de Santé Publique aux USA et obtenir une maîtrise en Santé Publique (MPH).
1	1 an	Une infirmière sage-femme du Ministère de la Santé devrait poursuivre des études en matière de PMI/PF dans une faculté de Santé Publique aux USA et obtenir une maîtrise en Santé Publique (MPH).
1	1 an	Un travailleur social du Ministère des Affaires Social et du Mouvement Coopératif devrait continuer ses études en matière d'éducation sanitaire dans une faculté de Santé Publique des USA et obtenir une maîtrise en Santé Publique (MPH). Un candidat supplémentaire du Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif devrait poursuivre ses études pour obtenir une maîtrise en Santé Publique, (MPH) afin de remplacer toute démission qui pourrait intervenir.

3. Formation à court terme.

3	3 mois	Les docteurs de chacun des trois hôpitaux pilotes au Rwanda devront reçevoir une formation complémentaire en matière de planning familial au Centre Universitaire de Johns Hopkins. Ces études les prépareront à devenir des experts régionaux en planning familial.
3	3 mois	Les infirmières sage-femmes de chacun des trois hôpitaux Pilotes au Rwanda devront reçevoir une formation complémentaire en matière de planning familial au Centre Médical Universitaire Johns Hopkins. Cette formation les préparera à devenir des experts régionaux en planning familial. Un candidat supplémentaire devrait être formé à Johns Hopkins pour remplacer toute démission qui pourrait intervenir.
10	1 mois	Les docteurs de chacun des hôpitaux préfectoraux devront reçevoir une formation en matière de planning familial en Tunisie.
10	1 mois	Les infirmières sage-femmes de chacun des hôpitaux préfectoraux devront reçevoir une formation à Tunis pour remplacer toute démission qui pourrait intervenir.

4. Formation locale

Des séminaires traitant du planning familial devraient avoir lieu pour les catégories professionnelles sanitaires suivantes:

143	1 semaine	Les assistants médicaux responsables des centres de santé;
143	1 semaine	Des infirmières sage-femmes des centres de santé, et
64	1 semaine	Des candidats supplémentaires qui devraient assister à ces séminaires pour remplacer toute démission qui pourrait intervenir.
50	1 semaine	Un séminaire sur l'évaluation des programmes de PMI/PF devrait avoir lieu en 1983.
50	1 semaine	Un séminaire sur l'évaluation des programmes de PMI/PF devrait avoir lieu en 1985.

Document VIII- 2

FORMATION POUR L'I.E.C.

1. Formation à long terme.

Nombre de Personnes	Durée de formation	Description de la formation.
1	2 ans (1982-1983)	Un expert en IEC à l'ONAPO doit reçevoir une formation théorique sur les communications. On insistera sur les communications dans le domaine du planning familial. Un diplôme de maîtrise sera remis en fin d'études à Stanford.
1	1 an (1982)	Un artiste en arts graphiques à l'ONAPO, doit poursuivre ses études dans les techniques modernes de l'art graphique, la photographie et la production de série de diapositive à "Rhode Island School of Design".
1	8 mois (1982)	Un technicien chargé de la maintenance et de la réparation de l'équipement à l'ONAPO et un diplôme de l'école technique doivent continuer leurs études dans le domaine de la maintenance et de la réparation de l'équipement électrique. On insistera sur l'équipement audiovisuel. La formation aura lieu au "Cours d'Entretien et Réparation du Matériel Electromédicale", à Lomé. Togo.
1	1-2 ans (1982-1983)	Un expert pédagogique en l'éducation sanitaire, de l'institut National Pédagogique de Butare, doit approfondir ses connaissance en matière de santé publique. On insistera sur l'éducation sanitaire à l'école, la santé maternelle et infantile, le planning familial et la démographie. On devra lui décerner une maîtrise en santé publique en fin d'études.

2. Formation à court terme

30	3 semaines (1982-1986)	Les instructeurs en communications et les fonctionnaires rwandais de différents Ministères, dont les activités professionnelles sont liées à la difusion de l'information sur la PMI/PF devront participer à des séminaires aux USA.
500	1 semaines (1982-1986)	Des instructeurs de groupes aux centres nutritionnels, aux CCDFPs, aux centres de santé (c-à-dire les monitrices, les travailleurs sociaux et les assistants médicaux) devront bénéficier d'une formation d'une semaine dans le domaine de l'information et de l'éducation du PF.
50	3 jours (1982-1986)	Les professeurs des instituts de formation médicale et paramédicale au Rwanda qui suivront le programme révisé de PMI/PF devront bénéficier d'une formation d'une semaine les informant sur le programme révisé.
200	3 jours (1982-1986	Les instituteurs et professeurs de l'école primaire et secondaire qui suivront ce programme révisé comprenant l'éducation sur la vie familiale devront assister à un cours de perfectionnement d'une semaine. Les premiers bénéficiaires de cette formation seront les enseignants des écoles aux alentours des hôpitaux pilotes.

Document VIII - 3

FORMATION DES DEMOGRAPHES ET DES STATISTICIENS

1. Formation à long terme

Nombre de personnes	Durée de formation	Description de la formation
1	2 ans	Un démographe devra poursuivre ses études à IFORD Yaoundé, Cameroun.
3	1 an (1982)	Un statisticien, chargé de superviser le regroupement et l'analyse des statistiques du planning familial, doit continuer ses études dont le niveau se situera dans celui de la moyenne, à Yaoundé, Cameroun ou à Dakar, Sénégal.

2. Formation à court terme

1	1 mois (1981)	Un démographe de l'ONAPO doit bénéficier d'une formation à la Division des Statistiques, à l'Office National du planning familial et de la population, Tunisie.
1	3 semaines (1982)	Le staticien en chef de l'ONAPO, doit bénéficier d'une formation à l'Office National du Planning Familial et de la Population, Tunisie.

3. Formation Locale

3	2 semaines (1981)	Les staticiens travaillant au niveau préfectoral, chargé de superviser les statistiques de planning familial doivent reçevoir une formation pratique à l'ONAPO.
7	2 semaines (1982)	
3	2 semaines (1981)	Les personnes chargées des statistiques du planning familial des trois hôpitaux pilotes doivent bénéficier d'une formation sur la méthodologie statistique à l'ONAPO.
7	2 semaines (1982)	Les personnes chargées des statistiques du planning familial dans les autres hôpitaux préfectoraux doivent bénéficier d'une formation sur la méthodologie statistique à l'ONAPO.

Suivant les besoins	2 semaines (1983-1986)	Les personnes chargées des statistiques de planning familial dans les centres de santé doivent bénéficier d'une formation sur la méthodologie statistique à l'ONAPO.
	3 jours/an (1983-1986)	Des cours de perfectionnement seront organisés pour les personnes antérieurement et chargées des statistiques de planning familial dans les hôpitaux et les centres de santé.
		<u>Formation des spécialistes en sciences sociales</u>
3	2 ans	Des anthropologues poursuivront des études d'anthropologie du niveau de la maîtrise.

Document VIII - 4

Etablissements d'Enseignement médical et paramédical au Rwanda. *

Institutions	Formation des Diplômes	Nombre de diplômes par an	Débouchés professionnels des diplômes
Faculté de Médecine Université Nationale du Rwanda, Butare	Docteur en médecine (médecine générale)	15 (1979)	Hôpitaux, Ministère de la Santé
Ecole d'Assistants Médicaux	Assistants médicaux (A2)	24 (1979)	Hôpitaux, Centres de Santé, Dispensaires, Ministère de la Santé.
Groupe Scolaire, Officiel, Butare	Assistants médicaux (A2)		Hôpitaux, Centres de Santé, Dispensaires, Ministère de la Santé.
Ecole d'Infirmières, Rwamagana	Infirmières sages-femmes (A2)	18 (1979)	Hôpitaux, Centres de Santé, Dispensaires, Ministère de la Santé.
Ecole d'Infirmières, Kabgayi	Infirmières sages-femmes (A2)	12 (1979)	Hôpitaux, Centres de Santé, Dispensaires, Ministère de la Santé.
Ecole Technique Médicale, Kilinda	Infirmières Auxiliaires sages-femmes (A2)	22 (1979)	Hôpitaux, Centres de Santé, Dispensaires, Ministère de la Santé.
Ecole d'Infirmieres auxiliaires, Mugonero	Infirmières auxiliaires sages-femmes (A3)	24 (1979)	Hôpitaux, Centres de Santé, Dispensaires, Ministère de la Santé.
Département de santé publique et Nutrition, Institut Pédagogique National, Butare	Enseignants	49 (1980)	Ecoles, Ministère de l'Education CCDFPs, et de Centres Nutritionnels, Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, Centres de Santé, Ministère de la Santé.

Ecole de Formation des Travailleurs sociaux, Karubanda	Travailleurs sociaux		CCDFPs et Centres Nutritionnels, Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif.
Ecole de Formation des Travailleurs sociaux, Kansi	Travailleurs sociaux		CCDFPs et Centres Nutritionnels, Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif.
Institut de Formation Nutritionnelle Ruhengeri	Monitrices	44	Centres nutritionnels.

---

* Les étudiants de ces établissements d'Enseignement assument des résponsabilités dans le domaine des soins sanitaires après avoir reçu leur diplôme.

IX. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Le programme de PMI/PF au Rwanda progresse bien avec l'assistance de l'OMS, de l'UNICEF et de l'AID. L'AID devra continuer à assurer une assistance, mais on devra canaliser cette assistance vers le planning familial car cet élément est essentiel au programme d'ensemble de la PMI/PF.

2. Le GOR créa l'ONAPO après avoir étudié et délibéré à juste titre sur la question. Par cette initiative, on pourra conclure que le Rwanda est prêt et peut mettre en oeuvre un programme national de protection de la population et de planning familial. Une étude de Projet, "PMI/PF au Rwanda", a été réalisée. Le programme décrit dans cette étude est basé sur les recommendations par l'équipe APHA et devra être supporté par AID.

3. Quarante Rwandais environ ont bénéficiés d'une formation sur le planning familial. Douze cliniques ont contribuées des services à quelques 2000 clients, quoique "officieusement". L'approvisionnement inadéquat des contraceptifs et l'insuffisance de l'équipement médical limitent sévèrement le programme. Sans ses éléments, il est difficile d'offrir des services routiniers et en quantité suffisante de planning familial. L'AID devra s'entendre avec les "Pathfinders" ou l'FPIA, pour que ceux-ci assurent immédiatement l'approvisionnement de contraceptifs et de trousses médicales. Le projet de PMI/PF devra s'assurer que l'approvisionnement de ces produits soit constant.

4. Au Rwanda, les clients aussi bien que les docteurs préfèrent Depo Provera. Son emploi convient particulièrement bien au pays car les femmes nourissent généralement leurs bébés au sein et parcourent de longues distances jusqu'aux cliniques encombrées. Le GOR est peu disposé à l'emploi de Depo Provera à cause des questions qui se sont élevées au sujet de sa sécurité. Une grande partie de la contreverse est due au défaut de la part du "U.S. Food and Drug Administration", d'approuver ce produit médical. L'AID devra réunir toutes les informations disponibles sur Depo Provera pour soumettre à l'ONAPO. L'ONAPO pourra décider, grâce à cette information, si, oui ou non, Depo Provera pourra être utilisé au Rwanda. Si l'AID ne peut pas assurer l'approvisionnement de ce produit médical, il devra encourager l'IPPF ou l'UNFPA à le faire.

5. Beaucoup d'institutions ont besoin, mais n'ont pas suffisament d'information en Français sur la population et le planning familial. L'AID devrait distribuer en grande quantité des copies en Français de rapports PIP, de monographies "Pethfinders" et de rapports d'Omian et de May, sur les avantages sanitaires du planning familial.

6. Le GOR n'a pas élaboré de politique sur le planning familial. Ses considérations sur les problèmes du planning familial sont vagues et conservatrices. Les officiels de l'ONAPO, du Minisanté et du Minasodeco devraient aller s'informer sur les programmes de planning familial de la Tunisie (Français), des USA, des Philippines (catholiques) et de l'Indonésie (largement généralisés) pour mieux comprendre ce qui peut être fait, et ce qui est réalisé.

7. L'ONAPO insiste pour que les services de PF soient donnés uniquement par un personnel sanitaire qui a été formé en matière de planing familial. L' équipe pense également que c'est une bonne approche conservatrice pour la première phase du programme de planning familial. Il est essentiel que de généreuses dispositions soient prises en matière d'éducation pour assurer le succès de la mise en oeuvre du projet. On recommande que cette formation soit donnée à l'Université de Johns Hopkins et à Tunis, pour que son contenu soit consistant, et pour qu'elle profite d'un enseignement donné en langue française.

8. L'ONAPO a besoin de la compétence technique d'un médecin spécialiste en santé publique, formé dans les questions de planning familial, et d'un pédagogue spécialiste de la santé, ayant une expérience dans la manière dont fonctionnent les programmes. L'UNFPA a l'intention de pourvoir à l'assistance du médecin spécialiste de la santé publique, et l'AID à celle du pédagogue spécialiste de la santé.

9. L'ONAPO devra être un organisme administratif de coordination impliqué dans les opérations de planification, de recherche et d'évaluation. Il devra compter sur l'assistance d'autres bureaux pour mettre à exécution le programme de planning familial au Rwanda. Par exemple, le Minisanté pourrait assurer la distribution des services de planning familial en tant que service de PMI, le Minasodeco pourrait informer les individus des avantages des méthodes, et de la disponibilité du planning familial, par l'intermédiaire de son système de centres nutritionnels et de développement communautaire, et Radio Rwanda pourrait en diffuser l'information. Le Ministère de l'Education assure déjà la direction des institutions d'enseignement supérieur et de formation sanitaire. Il est nécessaire que l'ONAPO et l'AID cultivent et entretiennent de bonnes relations avec tous les Ministères.

10. Les officiels de l'AID/W, le personnel de la mission de Kigali, et l'Ambassadeur des USA au Rwanda devraient user de leur influence pour encourager d'autres donneurs à participer au programme de PMI/PF au Rwanda. Le Rwanda reçoit maintenant une importance assistance technique et matérielle de l'OMS et de l'UNICEF. L'INFPA a l'intention de pourvoir à l'assistance d'un médecin spécialiste de la santé publique aussi bien que de participer à l'analyse démographique et statistique. L'IBRD prendra en considération la possibilité de contribuer à la construction de centres nutritionnels, de centres de santé et de centres de développement communautaire. On s'attend à ce que la Banque Africaine de Développement finance plusieurs centres de santé et assure une assistance matérielle et technique indispensable à l'OPHAR.

11. L'AID ne devra pas aider le GOR dans la construction d'hôpitaux supplémentaires. La construction devra se limiter à un centre de formation pour l'ONAPO et à des centres de santé et nutritionnels.

12. Les trousses médicales et les contraceptifs fournis par AID devront dépendre de l'administration de l'ONAPO, mais les produits destinés au secteur gouvernemental devront être reçus, emmagasinés et distribués par OPHAR. L'approvisionnement du secteur privé (églises) devra être assuré par BUFMAR.

13. Il est essentiel de superviser un programme de planning familial. Des programmes de santé rurale et de planning familial échouent, plus à cause du manque de supervision (et d'approvisionnements) adéquate qu'à cause de n'importe quelle autres raisons. Au Rwanda une clef du succès serait la participation d'un inspecteur bien formé, consacré à sa tâche, employé à plein temps dans chacune des 10 préfectures. Chaque inspecteur aurait besoin d'un véhicule en état de marche pour superviser les 10 ou 15 centres de santé communaux de son territoire.

14. Il est essentiel qu'un système soit mis en place pour le regroupement, l'enregistrement et l'analyse des données appropriées, sur les services de PF.

15. L'ONAPO devra être l'organisation centrale responsable de l'évaluation du programme de PF. Il devra assurer la coordination de toute recherche en matière de population.

16. Une enquête nationale sur la fécondité devrait être entreprise au Rwanda au cours du troisième plan (1983-1984).

17. A cause de la quantité et de la complexité des facteurs qui déterminent les attitudes, au Rwanda, vis-à-vis de la reproduction, il est essentiel que le programme de PF adopte une approche flexible, créative et compréhensive.

18. On devra porter un soin particulier dans la sélection et la formation des hommes et des femmes qui distribueront les informations et les services en matière de PF. Ces futurs travailleurs sanitaires devront se consacrer à leur travail, être pleins de tact, et sensibles aux appréhensions de leurs clients.

19. Une recherche anthropologique intensive faite dans les collines, devrait être entreprise dans trois régions au moins du pays, pour déterminer le niveau, la force, et les liens internes des nombreux facteurs dans le comportement procréatif et les attitudes vis-à-vis du PF.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sociologie

Charest, Paul. Les réseaux de relations intra-familiales sur la colline de Mpare (Thèse de Maîtrise). Rwanda, Afrique Centrale, and Québec: Université de Laval, Faculté des Sciences Sociales, 1965; 156 p.

Chrétien, J-P. "Echanges et hiérarchies dans les royaumes des Grands Lacs de l'Est africain." Annales E.S.C. 29th Year. 6(1974):1334.

Feltz, Gaëtan. "Evolution des structures foncières et histoire politique du Rwanda (XIXe et XXe siècles)." Etudes d'Histoire africaine. VII (1975):143-153.

Freedman, James M. Principles of Relationship in Rwandan Kiga Society (Ph.D. Thesis). Princeton, University Microfilms, 1974; Ann Arbor, 1980.

German Agency for Technical Cooperation, Project Agro-Pastoral, Coopération Technique Allemande - Nyabisindu/Rwanda. An Example for Agro-Forestry in Tropical Mountain Areas. Behmel/Neumann, June 1980.

Gravel, Pierre Betez. Remera A. Community in Eastern Rwanda. Paris and The Hague, 1968.

Heusch, Luc de. "Mythe et société féodale. Le culte du kubandwa dans le Rwanda traditionnel." Archives de Sociologies des Religions. 18(1964): 133-146.

Hertefelt, M. d', A.A. Trouwborst, and J.H. Scherer. Les anciens royaumes de la zone interlacustre méridionale Rwanda, Burundi, Byha. Monographies Ethnographiques, No. 6. Terviren, Belgium: Musée Royal de l'Afrique Centrale, 1962.

Horowitz, Michael M. Kagera Basin Multi-Donor Multi-Disciplinary Mission - Social Analysis. Binghamton, N.Y., May 31, 1980.

Institut Africain et Mauricien de Statistique et d'Economie Appliquée, Enquête socioéconomique. 2 Vols. April 1980.

Institut Pédagogique National, Rwanda. Etude socio-culturelle pour l'Education en matière de Population. 2 Vols. Butare, 1979.

Kagame, A. Le code des institutions politiques du Rwanda précolonial. Brussels, 1952.

———. Les organisations socio-familiales de l'Ancien Rwanda. Brussels, 1954.

Kalibwami, Justin. Le Rwanda face à son avenir. Paris: Hermelin & Fils, 1979.

Mabogunje, Akin L. and O. Ardwolo. Social Science Research on Population and Development in Africa South of the Sahara. Appendix 7. Mexico City: International Review Group (IRG) of Social Science Research on Population and Development, December 1978.

Maquet, Jacques J. and Maigiziki Saverio. "Les droits foncières dans le Rwanda ancien." Zaire. XI(4):340-359.

Maquet, Jacques J. The Premise of Inequality in Ruanda. London, 1961.

Meshi, Lydia. "Evolution des structures foncières au Rwanda: le cas d'un lignage Hutu." Cahiers d'Etudes africaines. XIV(1974):39-51.

Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif. Recherche sur les conditions de vie des femmes rwandaises. Kigali, 1975.

Morris, W.H.M. A Report on Agricultural Production, Marketing, and Crop Storage in Rwanda. Kigali: USAID, 1979.

Newbury, M. Catherine Atterbury. The Cohesion of Oppression: A Century of Clientship in Kinyaga, Rwanda (Ph.D. Thesis, Pol. Sciences). University of Wisconsin, Madison, 1975.

Newbury, M.C. "Deux lignages au Ninyaga." Cahiers d'Etudes africaines. 14(1974):26-39.

Nothomb, D. "La Fécondité en culture rwandaise." Parole et Mission. 5ème année. 6(1962):72-84.

Pfeiffer, J. and E. Grosser. Etude socio-économique sur la région du Projet agropastoral Nyabisindu. Rapport préliminaire pour la vulgarisation d'une conception agro-écologique orientée aux besoins actuels du milieu rural, mars 1981. Office allemand pour la Coopération technique (GTZ) Gmbh, Eschborn/Tannus.

Préfol, B. and G. Delepierre. Disponibilité et utilisation des terres au Rwanda, Situation actuelle et Perspectives. Ministère du Plan et des Ressources naturelles, Institut des Sciences agronomiques du Rwanda (ISAR), November 1973.

Projet Agro-pastoral, C.T.A. Rapport annuel 1980 soumis au MINAGRI. March 1981.

Rwabukumba, Joseph and Vincent Mudandagizi. "Les formes historiques de la dépendance personnelle dans l'Etat rwandais." Cahiers d'Etudes africaines. 14(1974):12-15.

Saucier, Jean-Francois. The Patron-Client Relationship in Traditional and Contemporary Southern Rwanda (Thesis). Columbia University, June 1974.

Vidal, Claudine. "Anthropologie et histoire: le cas du Rwanda." Cahiers Internationaux de Sociologie. 43(1967):143-157.

———. "Economie de la société féodale rwandaise." Cahiers d'Etudes africaines. XIV(1), 53(1974):52-74.

———. "Le Rwanda des anthropologues ou le fétichisme de la vache." Cahiers d'Etudes africaines. IX(3), 35(1969):384-401.

Vis, H.L., C. Yourassowsky, and H. Van der Borght. A Nutritional Survey in the Republic of Rwanda. Tervuren, Belgium: Musée Royal de l'Afrique Central, 1975.

Ware, Helen. Population and Development in Africa South of the Sahara. A Review of the Literature, 1970-1978. Appendix 7A. Mexico City: IRG, December 1978.

Zeuner, Tim H. "An Ecological Approach to Farming. Some Experiences of the Agro-Pastoral Project, Nyabisindu/Rwanda." National Seminar on Agro-Forestry, Nairobi, Kenya, November 1980.

Zeuner, T.H. and J. Neumann. "La Production du Bois au Rwanda sous l'aspect du boisement intégré à l'agriculture." Contributions à la réunion du Groupe forestier national, March 26, 1981.

2. Démographie

Bureau National du Recensement, Recensement 1978. Résultats preliminaires. Rwanda: Ministère du Plan; 62 p.

Bureau de Nutrition. Rapport 1979 des Centres Nutritionnels du Rwanda. Rwanda: Ministère des Affaires Sociales.

Conseil Scientifique Consultatif pour l'étude des problèmes socio-démographiques. Rapport d'activités 17 Juin 1974. Rwanda: Ministère des Affaires Sociales, December 31, 1979.

Da Costa, Carlos. Analyse des données de l'echantillon au dixième du Recensement général de la population 1978. Rwanda: Bureau National du Recensement, July 1981; 84 p.

———. Projections démographiques des Nations Unies pour le Rwanda. Rwanda: Bureau National du Recensement, 1980.

Decourt, C. "Les aspects et l'âge de la puberté féminine au Rwanda." Revue Médicale Rwandaise. No. 30, 2e trimestre. Rwanda, 1975.

Direction Générale de la Statistique. Bulletin de Statistique. No. 60. Rwanda: Ministère du Plan, January 1979; 108 p.

———. Enquête Démographique 1970. Vols. I-II. Rwanda: Ministère du Plan, 1973; 280 p.

The Futures Group. Rwanda: The Effects of Population Factors on Social and Economic Development, RAPID. Washington, D.C., January 1981.

Institut Pédagogique National. Etude socio-culturelle pour l'éducation en matière de population - Cas du Rwanda. Vols. I-II. Rwanda: Ministère de l'Education Nationale, November 1979 and February 1980; 305 p. plus annex.

McCook, Anne. Population and Nutrition in Burundi, Rwanda, and Zaire: Problems and Recommendations. Gisenyi: Permanent Secretariat, Communauté Economique des Pays des Grands Lacs, July 1980; 73 p.

Meheus, A., S. Butera, O. Dindinian, and W. Eylenbosh. Evaluation de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans dans la République Rwandaise 1976. Wibrijk, Belgium: Universitaire Instelling Antwerpen, 1977.

Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif. Recherche sur les conditions de vie des femmes rwandaises. Kigali, 1975; 115 p.

Ministère du Plan. Deuxième Plan quinquennal de Développement Economique, Social, Culturel 1977-1981.

——— (Direction Générale de la Statistique) and Ministère des Travaux Publics et de l'Equipement (Direction Générale de l'Urbanisme et des Batiments Civils). Enquête Socio-économique Butare-Gisenyi. Vol. I, Tables, 162 p.; Vol. II, Analyses, 37 p. Rwanda, April 1980.

———. Document préparatoire au IIIe Plan - Section V, Santé. Rwanda, May 1981; 53 p.

Ministère de la Santé Publique. Enquête nutrition de Gisenyi. Projet PAM.

———. Rapport Annuel: exercice 1979; 100 p.

Ministère des Travaux Publics et de l'Equipement. Enquête Urbaine Kigali 1977; 54 p. plus tables.

Ndengejeho, Pascal Baylen. Etude du Comportement Socio-psychologique du Rwandais face à la situation démographique du Rwanda. Projet d'étude. Butare, July 1980; 25 p.

Niyibizi, Silas. Etude des variations géographiques de l'âge moyen au premier mariage chez les femmes et les hommes rwandais. Kigali: Bureau National du Recensement, June 1978.

———. La fécondité, ses facteurs ainsi que les attitudes des femmes rwandaises face au planning familial. Manuscript. University of Butare, 1975.

ONAPO. Document pour l'élaboration du IIIe Plan quinquennal de développement 1982-1986. MINICO. Rwanda, 1981; 22 p.

———. Esquisse du Programme d'activités de l'ONAPO. MINICO. Rwanda, 1981; 10 p.

Office National du Planning Familial et de la Population. Enquête sur la continuation des méthodes contraceptives: DIU et Pilule. Tunis, 1973.

———. Programme d'activités 1977-1981. Tunis, September 1977.

Petit-Marie-Heinz, N. Croissance et Puberté féminine au Rwanda, ed. J. Dyulot. Belgium: S.A. Gembloux, 1963.

PNUD-BIT. La promotion de l'emploi rural et de l'emploi des jeunes. December 1978.

Prefol, B. and G. Delepierre. Disponibilité et utilisation des terres au Rwanda. University of Chicago, Community and Family Study Center; 4 p. plus tables.

Sledoons, G. L'explosion démographique au Rwanda: La place du Planning Familial. Boston: Pathfinder Fund, 1971.

United Nations. Demographic Estimates and Projections for the World Regions and Countries as Assessed in 1978. Provisional Report. New York: United Nations, Population Division, January 1979.

———. Selected World Demographic Indicators, By Countries, 1950-2000. ESA/P/WP55. New York: United Nations, Population Division, May 1975.

———. The Methodology of Measuring the Impact of Family Planning Programs on Fertility. Manual IX. ST/ESA/SER.A/66. July 1979; 154 p.

———. Methods of Measuring the Impact of Family Planning Programs on Fertility: Problems and Issues. E.78.XIII.2

UNFPA. Report of Mission on Needs Assessment for Population Assistance: Rwanda. Report Number 26. June 1979; 137 p.

The World Bank. World Development Indicators. Washington, D.C., 1981.

APPENDICES

APPENDICE A

LISTE DES CONTACTS

Appendix A

LIST OF CONTACTS

U.S. Agency for International Development

Eugene Chiavaroli, Director

Robert Melone, Ambassador

Norman Olsen, Program Officer

Government of Rwanda

Ntagerwa Andre, Minister of Social Affairs and Community Development

Christophe Boneza, Demographer, National Office of Population

Gervais Condo, Departmental Director, Bureau of Census

Habimana Nyirisafari Gaudence, Director, National Office of Population

Sylvere Habimana, Assistant Director, National Office of Population

Evariste Hkizimana, Secretary-General, Ministry of Health

Dr. Rutger Hornikx, Bureau de Formation Medicale Agree au Rwanda

Dr. Musafili Ildephonse, Minister of Health

Emmanuel Mabwire, Chief, Statistical Services, Ministry of Health

Dr. Mugabushaka, Director of General Services, Ministry of Health

Mohammed Abdul Mutalib, Assistant Director-General, Supply, Medical Supplier Department, Ministry of Health

Silas Niyibizi, Director, Bureau of Census

Karema Nyiramatama, Social Assistant, National Office of Population

Augustin Rurinjumbwe, Immunization Program, Ministry of Health

Jacques Schwarts, Technical Counselor, Direction of Plan, Ministry of Planning

Ephrem Twagirayezu, Director-General of Statistics, Ministry of Planning

Voluntary Private Organizations

Wally Amundson, Director, Seventh Day Adventists, Burundi, Rwanda

Nicole Catrais, Supervisor, Catholic Relief Services

Patrice A. Flynn, Preschool, Catholic Relief Services

Israel Kanyabukamba, Assistant Medicale, Titulaire Health Center Rwankeri, Seventh Day Adventists

Francoise Nambaza, Catholic Relief Services

David Piraino, Director, Catholic Relief Services, Rwanda

Rhonda Sarnoff, Regional Officer, Catholic Relief Services, Nairobi

Andy Venisco, Regional Officer, Catholic Relief Services, Nairobi

Barry Wecker, M.D., M.P.H., Medical Director, Seventh Day Adventists

Others

Dr. Bagusabira, Chief of Medicine, Kibungo Hospital

Dr. Anatholie Bazubagira, Pediatrician, Kibungo Hospital

Agathe Bendantarama, Ruhengeri Nutrition Training Center

Sister Janine Broquet, Maternity of Nyundo

Carlos Da Costa de Carvalho, Demographer, FNUAP

Catherine Chevallier, Sociologist

Jerome Chevallier, Representative, International Bank for Reconstruction and Development

George Detre, Director of Studies, African and Mauritian Institute for Statistics and Applied Economics

Alison des Forges, Department of History, State University of New York, Buffalo

Dr. Geoffroy Gatera, Chief of Surgery, Butare University Hospital

Jean Griet, Université Radiophonique, Gitarama

Emmanuel Hakolimana, Administrative Assistant, Regional Health Educator, Ruhengeri

Ezekiel Harindintwli, Agronome A-2, Coopération Technique Allemande

Dr. Kambada, Director, Butare Pedagogical Institute

François Kamari, Agronome A-2, Coopération Technique Allemande

Pierre Claver Karera, Director of the Library, University of Rwanda

B. Lunenburg, Acting Director, Coopération Technique Allemande, Projet Agro, Pastoral et Laiterie, Nyabisindu

Bianca Massai, Kigufi Health Center

Richard Michel, Professor of Economics, African and Mauritian Institute for Statistics and Applied Economics

Dr. R. Molouba, Epidemiologist, Expand Immunization Program Project, World Health Organization

Georges Munyantwali, Agronome A-2, Coopération Technique Allemande

Dr. Andre Ndikuyeze, Public Health Medical Director, Chief of Epidemiology, University Center

J. Neumann, Assistant to the Director for Technical Affairs

Yves Poulin, Computer Programmer, United Nations Fund for Population Activities

Dr. Jean-Baptiste Rwasine, Director-General of Pharmacy

Dr. V.B. Tommasi, Representative, World Health Organization

Pancrace Twagiramatara, Director, Economy and Social Research Center, University of Butare

Monseignor Thomas White, Papal Nuncio

Nsengiyumva Willbrod, Chief of Statistics, Ruhengeri Prefecture

Dr. Rene Wolf, Gisenyi Prefectural Hospital

Dr. Charles Zilimwabagabo, Gynecologist, Kigali Central Hospital

APPENDICE B

LISTE DES SITES VISITES

Appendix B

LIST OF FACILITIES VISITED

Bureau de Formation Medicale Agree au Rwanda, Combined Churches Warehouse Center

Butare Hospital, Teaching Hospital of Medical School

Butare Medical School

Butare Social Workers School

Butare University Library

Dispensary and Maternity, Hospital, Rwankeri, Seventh Day Adventist

Dispensary and Maternity, Shyorongi

Gahini Hospital, Episcopal Mission

Gisenyi Prefectural Hospital, Gisenyi

Health Center, Kigufi

Hospital of Ruhengeri, Reference, Prefectural; French-Assisted Center for Nutrition Training, Ruhengeri

Imprimerie de Kabgayi, Kabgayi

Institute of Pedagogy

Kabarondo Health Center[1]

Kibungo Nutrition Center, Catholic Relief Services

Kibungo Prefectural Hospital

Kigali Central Hospital

Kigararma Commune[2]

Kigoma Commune, Center for Cooperation and Development of Permanent Training (CCDFP) (Communal Center)

---

[1] Not operating at this time.

[2] No dispensary.

157

Kigoma Commune Dispensary[1]

Maternity and Dispensary, Nyondo Mission

Mukarange Health Center

OPHAR, Ministry of Health, Central Pharmacy and Supply Department

Rwamagona Garage, UNICEF/AID[2]

Université Radiophonique, Gitarama

University Center for Public Health

University Center for Research on the Pharmacology of Traditional Medicines

---

[1] Staff absent.

[2] Ministry of Health vehicles.

APPENDICE C

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES

Appendix C

LIST OF DOCUMENTS REVIEWED

Reading and Working Papers

Activities Report, The Scientific Consultative Council on Socio-Demographic Problems, June 1974-December 1979.

ADB Health Sector Pre-Investment Review, University Research Corporation, February 1981.

Annual Report, Rwanda Health Ministry, 1979.

Arrete Presidential re Organization and Authorities of ONAPO (including organizational chart), February 16, 1981.

Assessment of the Health Sector in Rwanda, Analytic Sciences Corporation, December 1978.

Brochure, Population and Family Planning in Rwanda, and Brochure Project, Pathfinder, April 1981.

Brochures re Opposition to Artificial Methods of Contraception and Support of Family Planning, Catholic Church, 1980.

Cables re Family Health Initiatives and MCH/FP, 1980-1981.

Comments re UNFPA's Activities in Rwanda, Embassy of Belgium, November 1980.

Decret-Loi Establishing ONAPO, February 15, 1981.

Draft Reviews, 1980-1981.

Excerpt, Plan for Assistance to Primary Health Care, UNICEF, 1980.

Handouts re Central Pharmaceutical Procurement Organization of Church Mission, BUFMAR.

Information on CRS Nutrition Centers, November 1980.

Inventory of Activities, UNFPA, Rwanda, 1979.

Matching Grant Project and Cables on Mungonero Hospital, Seventh Day Adventists, 1981.

Anne McCook, Population and Nutrition in Burundi, Rwanda and Zaire: Problems and Recommendations, CEPGL, July 1980.

155

1983 Annual Budget Submission, AID/Rwanda, May 1981.

1983 Country Development Strategy Statement (CDSS), AID/Rwanda, January 1981.

Plan for Integration of Family Planning into CCDFPs, Government of Rwanda, January 1980.

Pre-Investment Study of Basic Health Services in Rwanda, Planning and Human Systems, July 1979.

Press Release re Central Committee of the MNRD, December 1980.

Press Release re Conseil du Gouvernement Review of Proposal to Create ONAPO, September 1980.

Press Release re President Habyarimana on Rwanda's Demographic Problem, Agence Rwandaire de Presse, May and June 1980.

Project for the Creation of Communal Centers of Development and Training, February 1977.

Project Identification Document (PID) re MCH/FP, Draft, November 26, 1980.

Project Paper, Expanded Program for Immunization (EPI), Rwanda, July 1980.

Project Paper, Rwanda Family Health Initiatives (FHI), September 1979.

Project Proposals: Creation of ONAPO, September 1980; MCH/FP IEC, October 1979, Amended, October 1980; Population IEC, June 1979.

RAPID, Rwanda, January 1981.

Report, OXFAM Aid to Rwanda, 1980.

Report of the UNFPA on Needs Assessment for Population Assistance, Rwanda, June 1979.

Report on the Development of Primary Health Care in Rwanda, UNICEF, August 1980.

Report re EPI, CDC, March 1981.

Rural Health and Family Planning Project, Writeups on Early ABS and CP, 1979, 1980.

Scope of Work for APHA Team, 1980-1981.

Trip Report and Proposal for Assistance, INTRAH, December 1980.

Additional Publications

African and Mauritian Institute for Statistics and Applied Economics, Enquête Socio-Economique: Butare-Gisenyi, Kigale, Rwanda, April 1980.

Forence E.F. Barnes (ed.), Ambulatory Maternal Health Care and Family Planning Services, Policies, Principles, Practices, American Public Health Association, Washington, D.C., 1978.

Lawrence W. Green, et al., Health Education Planning: A Diagnostic Approach, Mayfield Publishing Company, Palo Alto, California, 1980.

Ministère de la Santé Publique, Direction d'Epidemiologie, Bureau d'Hygiene et d'Education Sanitaire, Projet RWA/BSN/001--Mésures d'assainissement de base, "Theme de Flanellographies en Kinyarwanda" (mimeo), Kigale, Rwanda, 1981.

UNFPA, Report of Mission on Needs Assessment for Population Assistance: Rwanda, Report Number 26, New York, June 1979.

USAID, Rwanda Country Development Strategy Statement FY83, AID Affairs Office, Kigale, Rwanda, January 1981.

World Bank, World Development Indicators, Washington, D.C., 1981.

APPENDICE D

FICHE DE PLANNING FAMILIAL, CLINIQUE DE BUTARE

Appendix D

FAMILY PLANNING RECORD FORM, BUTARE CLINIC

Institut National de Santé
B.P.68 BUTARE

CLINIQUE DE CONTROLE DES NAISSANCES

1. Nom et prénom: _____

2. Commune: _____ Colline: _____ Umurenge: _____

3. Nom et occupation du mari: _____

4. INDICATION DU CONTROLE:

5. Age: _____ Parité: _____ Nombre d'enfants vivants: _____

   Nombre d'enfants décédés: _____

   Kwashiorkor: _____

6. Age du dernier enfant: _____

7. ANAMNESE GENERALE (antécédents pathologiques):

   _____

   _____

8. Anamnèse gynécologique:

   Date des Ières règles: _____ Durée du cycle menstruel: _____

   Durée des règles: dysménorrhée: ___ Date des dernières règles: _____

   Troubles menstruels: _____

   _____

   Artres: _____

9. Anamnèse obstétricale: _____ Parité: _____

   Accouchements à domicile: _____ Maternité: _____

   Suites des couches pathologiques: _____

10. EXAMEN CLINIQUE GENERAL:

Appareils: Respiratoire: _____

Circulatoire: _____

T.A. _____

Urinaire: _____

Nerveux: _____

Digestif: _____

Etat général: Poids: _____ Taille: _____

11. EXAMEN GYNECOLOGIQUE:

Vulve: _____

Vagin: _____

Col utérin: _____

Culs de sac: _____

Annexes: _____

_____

12. Laboratoire: Frottis V. _____

_____

Papanicolaou: _____

Divers: _____

_____

13. Recommandations:

_____

_____

14. Visites subséquentes: Dates: _____

_____

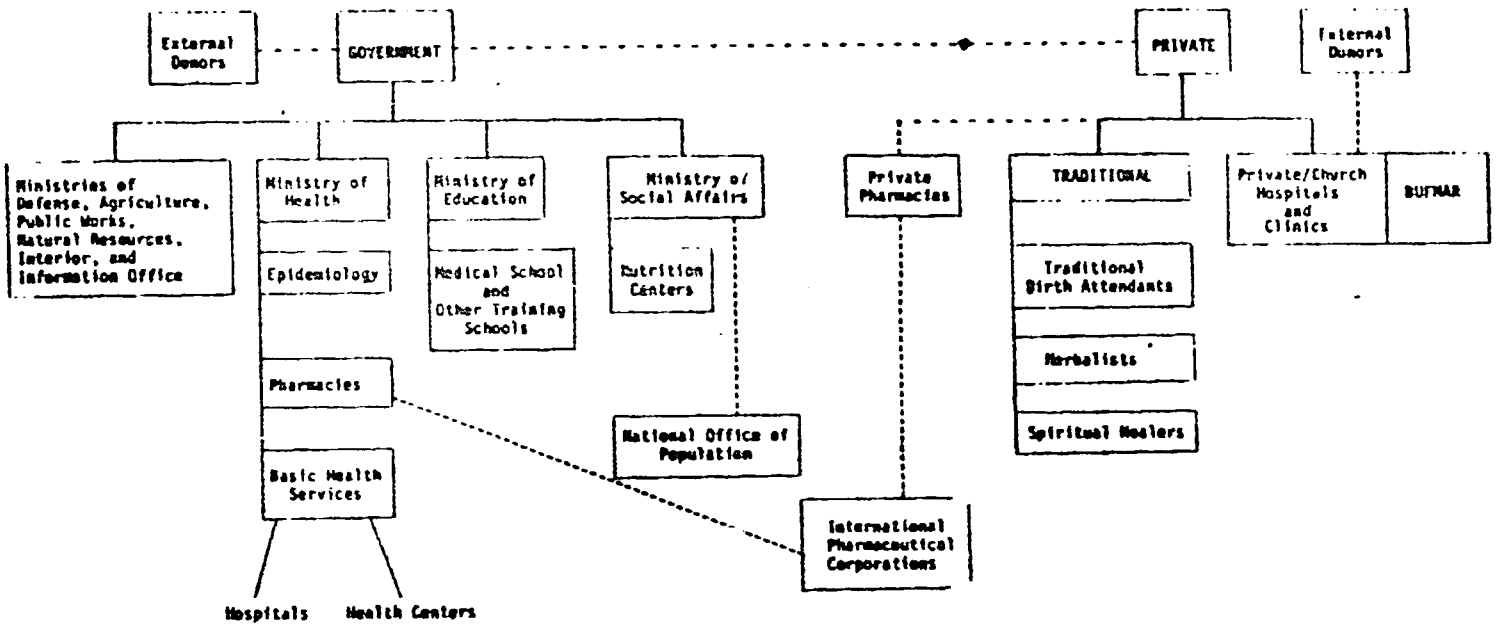
_____

APPENDICE E

ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE AU RWANDA

Appendix E

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES IN RWANDA

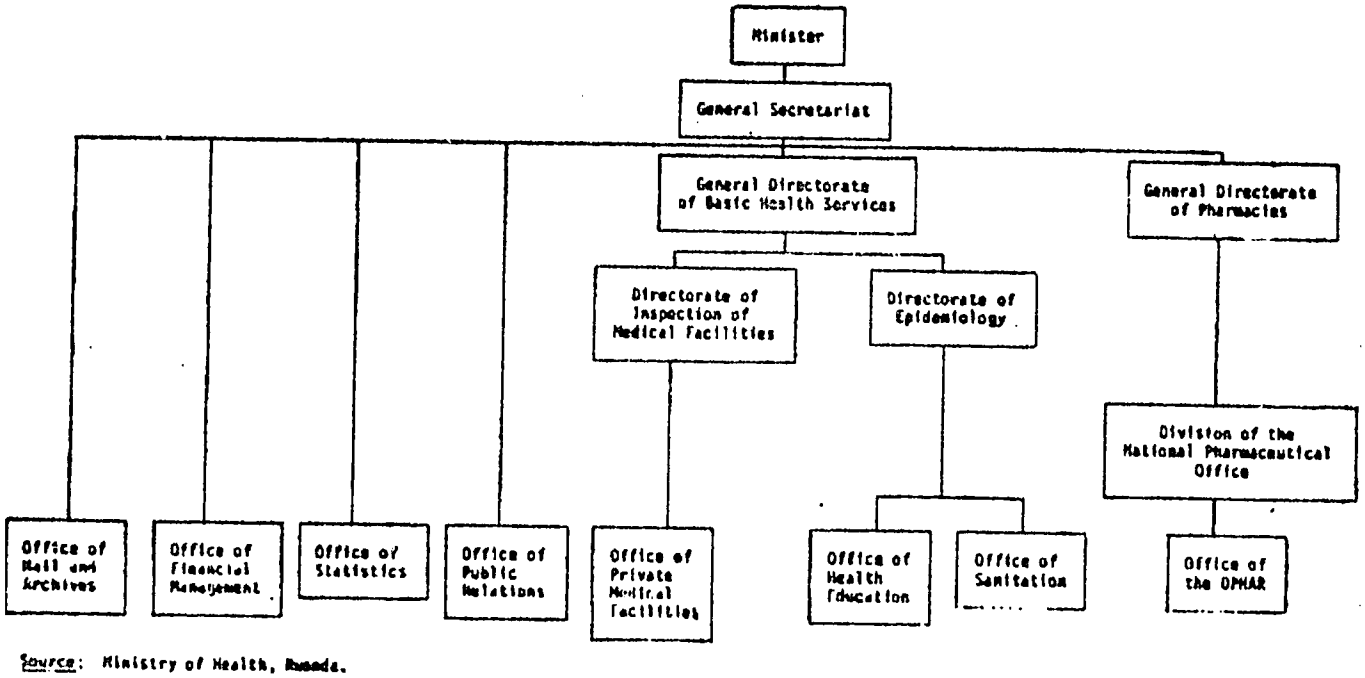


APPENDICE F

ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Appendix F

ORGANIZATIONAL CHART OF THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH



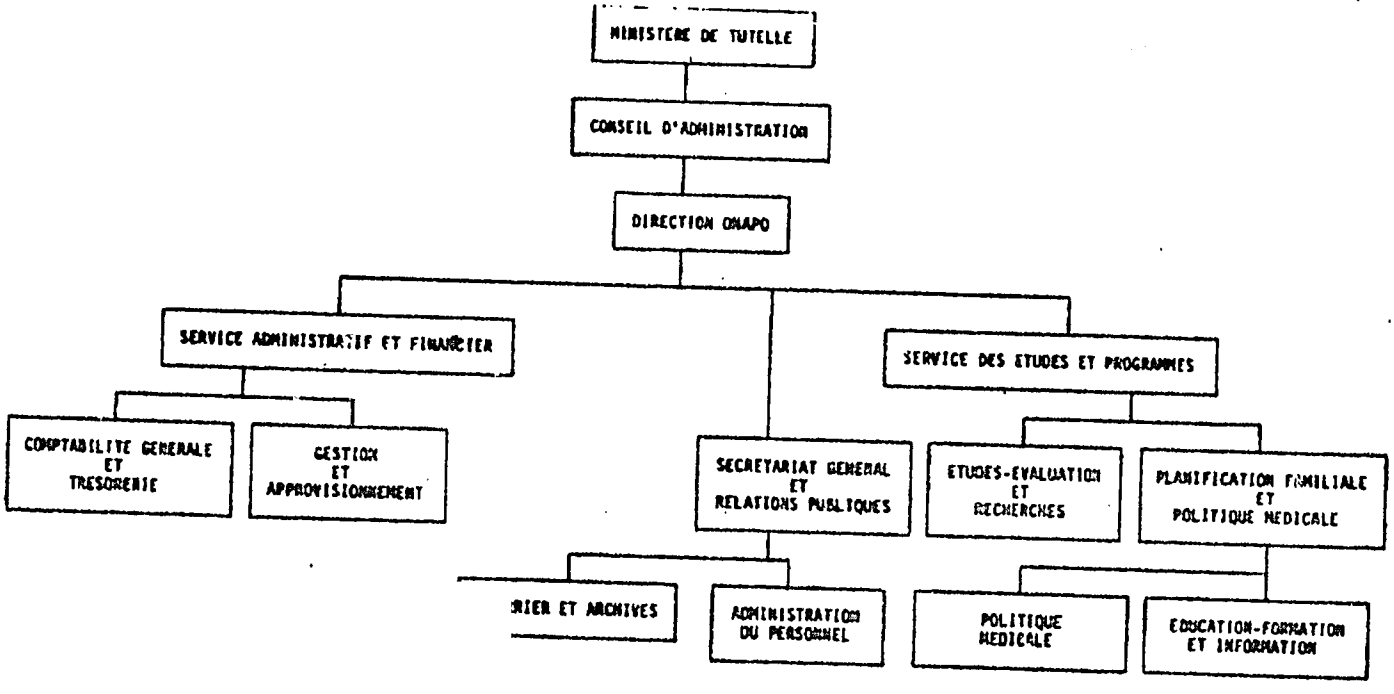
Source: Ministry of Health, Rwanda.

APPENDICE G

ORGANIGRAMME DE L'OFFICE NATIONAL DE LA POPULATION

Appendix G

ORGANIZATION OF THE NATIONAL OFFICE OF POPULATION



APPENDICE H

L'INFRASTRUCTURE DE LA SANTE AU RWANDA, 1980

Appendix H

DISTRIBUTION OF HEALTH FACILITIES AND HEALTH PERSONNEL IN RWANDA IN 1980

Régions Sanitaires \ Equipements	Hôpitaux	Dispensaires	Centres de Santé	Communes	Nbre de Lits	Médecins	Infirmier(e)s A1	Ass. Médicaux	Infirmières A2	Infirmières A3	Aides Acc.	Aides Infirmier(e)s	Vaccinateurs	Agents Sanitaires	Laborantins	Sociales	Travailleurs	Ets Sociaux	Laboratoires	Ecoles Médicales	Infirmiers
Kigali	2	36	16	17	1212	59	30	61	101	101	29	42	8	9	16	32	554	1	1	1	18
Gitarama	2	27	15	17	992	8	6	25	23	36	9	41	10	-	3	4	215	1		1	7
Butare	3	32	20	20	1066	32	20	48	44	66	36	36	10	1	14	32	572		1	4	19
Gikongoro	1	15	9	13	461	3	-	8	17	8	18	4	9	-	1	8	99				2
Cyangugu	3	15	5	11	577	9	4	16	15	28	10	26	6	-	6	3	147				5
Kibuye	3	15	8	9	501	10	7	10	15	42	9	28	5	2	7	3	164			2	5
Gisenyi	3	20	9	12	769	9	7	30	33	28	14	15	6	3	4	14	198				8
Ruhengeri	2	19	12	16	705	9	3	27	43	4	8	16	9	-	2	3	219		1		3
Byumba	2	24	3	17	398	9	6	18	12	15	9	14	9	2	1	6	114				8
Kibungo	4	16	6	11	796	16	3	21	15	18	15	17	7	6	1	10	177	1		1	0
ENSEMBLE	25	219	103	143	7477	164	85	264	318	346	157	239	79	23	55	115	2459	4	3	9	81

Budget de la Santé (dépensés) 1980 = 647.646.619 FRW.

Source: Bureau des Statistiques Sanitaires.

APPENDICE I

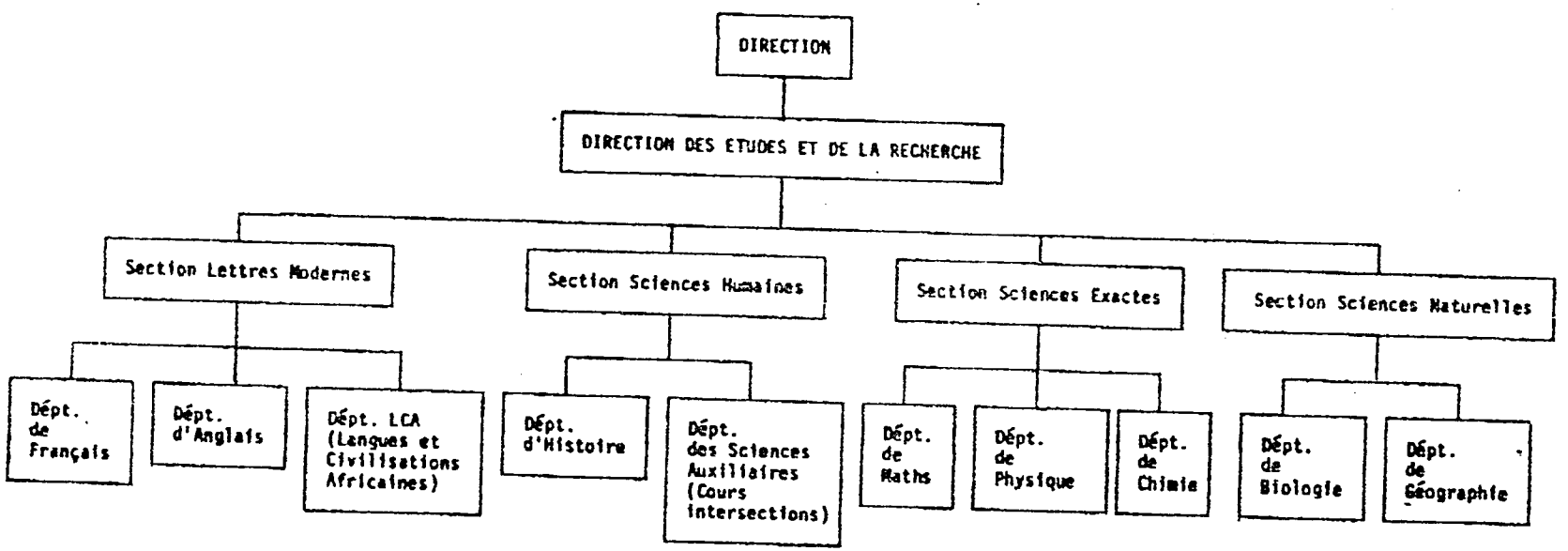
ORGANIGRAMME ET PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENT DE L'INSTITUT PEDAGOGIQUE NATIONAL

Appendix I

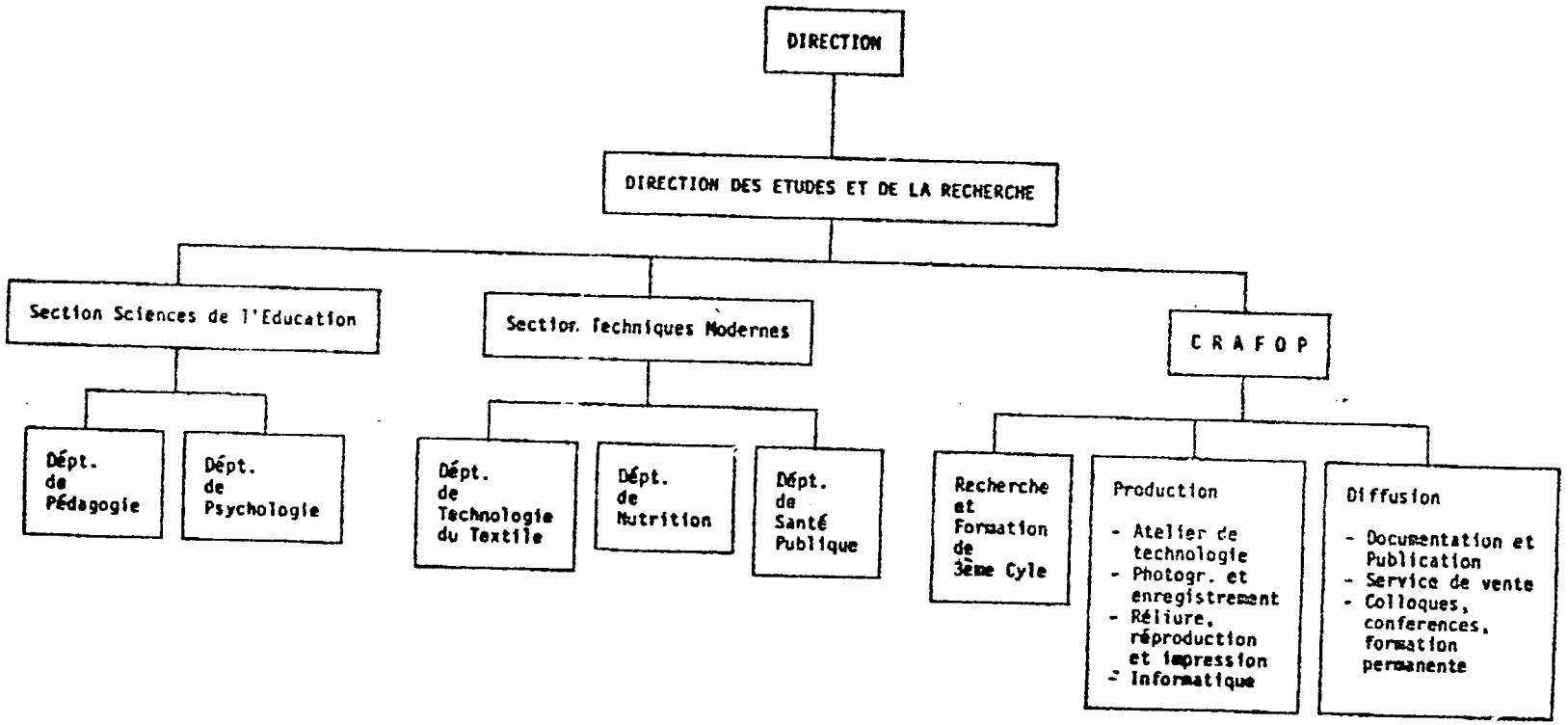
ORGANIZATION AND CURRICULUM OF THE NATIONAL PEDAGOGIC INSTITUTE

République Rwandaise
Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Institut Pédagogique National
B.P. 56 - BUTARE

ORGANIGRAMME DE L'INSTITUT



ORGANIGRAMME DE L'INSTITUT (suite)



PROFIL DE SORTIE: SANTE PUBLIQUE
(1er Cycle d'Enseignement Supérieur)

1. **Objectifs généraux**

   - Former des enseignants capables d'assurer les cours d'initiation à la Santé Publique aux établissements secondaires suivants: paramédical, social, normal technique, etc....

   - Former les enseignants capables de participer au développement des centres de santé sur le plan éducationnel.

2. **Objectifs comportementaux**

   - Planifier et mettre en oeuvre une formation de Médecine Préventive, à l'enseignement et au développement communautaire.

3. **Objectifs opérationnels**

   - Participer, en matière de santé publique, à l'organisation des séances éducationnelles données aux élèves, aux centres de santé, en milieu rural et urbain.

PROPOSITION DES MODULES PRIORITAIRES

Module 1	Module 2	Module 3	Module 4	Module 5	Module 6	Module 7
Hygiènes	**Maladies transmissibles**	**Protection Maternelle et Infantile**	**Techniques Médicales**	**Administration**	**Cours de Soutien**	**Formation Pédagogique**
Hygiène Générale	Epidémiologie Générale	Santé de la Mère	Nursing	Statistiques	Nutrition	Méthodologie Spéciale
Hygiène Scolaire et Universitaire	Epidémiologie Spéciale des Maladies Transmissibles	Santé de l'Enfant	Secourisme	Démographie Sanitaire	Diététique	Psychologie Générale
Hygiène du Travail	Microbiologie	Planning Familial		Organisation et Planification des Services de Santé	Biochimie	Pédagogie Générale
Hygiène Alimentaire	Education pour la Santé				Biologie	Méthodologie Générale
Hygiène Mentale	Toxicologie				Chimie Organique	Psychologie Génétique
					Sociologie	Législation Scolaire
						Déontologie Professionnelle
						Audiovisuel

Source: National Pedagogic Institute, July 10, 1981.

Ces cours sont choisis parmi ceux qui, au début de chaque année académique figurent sur une liste proposée par le Département de psychopédagogie. Cependant l'un des cours peut être choisi dans un autre domaine que la psychopédagogie, pourvu qu'il soit du niveau de 2ème cycle de l'enseignement supérieur.

Exemples: Psychologie dynamique, Histoire de la psychologie, Méthodologie approfondie de la recherche, Sociométrie, Organisation, Direction et inspection scolaire, la Psychologie de l'opinion, les Doctrines pédagogiques contemporaines, Etudes approfondies d'auteurs, Education et traitement des déliquants. Séminaire de recherche et méthodologie de la recherche.

6. TECHNIQUES MODERNES

6.1 OPTION COUPE-COUTURE ET ARTS MENAGERS

TROISIEME ANNEE

	H/SEM.
Coupe III	1
Confection III	1
Technologie de la coupe II	2
Méthodologie de l'enseignement de la coupe-confection I	2
Arts ménagers II: broderie, tricot, crochet, cuisine	6
T.P. des textiles II: ressivage, repassage, raccommodag	2
Organisation ménagère	2
Méthodologie de l'enseignement des arts ménagers II	2
Etude des troubles nutritionnels	2
Hygiène scolaire et universitaire	2
Puériculture	2
Statistiques	2
Pédagogie générale	2
Législation scolaire et déontologie professionnelle	2
Pédagogie des techniques audio-visuels	2
	30

6.2 OPTION NUTRITION ET SANTE PUBLIQUE

PREMIERE ANNEE

	H/SEM.
Physiologie de la nutrition	2
Etude des nutriments	3
Biochemie	
Hygiène du milieu	
Biologie générale	
Education pour la santé	
Introduction a la santé publique	
Epidémiologie générale	
Chimie minérale	

PREMIERE ANNEE (suite)	H/SEM.
Manipulations médicales élémentaires I	
Hygiene scolaire et universitaire	
Puériculture	
Microbiologie générale	
Chimie organique	
Pédagogie générale	
Psychologie générale	

DEUXIEME ANNEE	
Toxicologie	2
Administration de la santé et statistiques sanitaires	2
T.P. de microbiologie	2
Equilibre des menus et cuisine	4
Hygiène du travail	2
Epidémiologie spéciale	2
Manipulations médicales élémentaires II	
Problèmes socio-sanitaires de la démographie	
Méthodologie de l'enseignement de la santé publique I	
Diététique	2
Méthodologie de l'enseignement de la nutrition I	2
Psychologie génétique	2
Evolution des meours alimentaires	
Santé familiale	1
Méthodologie générale	2

TROISIEME ANNEE

Diététique et diétothérapie
Méthodologie de l'enseignement de la santé publique II
Technologie des aliments
Etude de la production des aliments
Troubles nutritionnels
Méthodologie de l'enseignement de la nutrition II
Santé familiale
Education de la sexualité
Administration de la santé et statistiques sanitaires
Législation scolaire et déontologie professionnelle
Audiovisuel
Pédagogie générale

APPENDICE J

PROGRAMME DE FORMATION (QUATRE MOIS) DES MONITRICES
(Centre de Formation en Nutrition de Ruhengeri)

Appendix J

FOUR-MONTH CURRICULUM OF MONATRICES
(Centre de Formation en Nutrition de Ruhengeri)

1er Semaine: Semaine du 1 au 6 Juin 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30	Enregistrement de Stagiaires	Nutrition	Animation	Animation	Agri-Elevage	Travaux Pratiques d'Agri-Elevage
8 H 30 à 9 H 30		Technique du Centre	Technique du Centre	Méthodologie	Animation sur Colline	
9 H 30 à 12 H 00		Animation C.N.R. Atelier	Méthodologie C.N.R. Cuisine	Animation C.N.R. Atelier		
15 H à 16 H 00		Méthodologie	Nutrition	Nutrition	Agri-Elevage	
16 H à 17 H 00		Méthodologie	Nutrition	Technique du Centre	Réunion	

2è Semaine: Semaine du 8 au 13 Juin 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30		Animation	Nutrition	Animation	Agri-Elevage	
8 H 30 à 9 H 30		Méthodologie	Technique du Centre	Méthodologie	Animation sur Colline	
9 H 30 à 12 H 30		Cuisine Méthodologie C.N.R.	Atelier Animation C.N.R.	Cuisine Méthodologie C.N.R.		
15 H à 16 H 00		Nutrition	Technique du Centre	Nutrition	Gestation et Comptabilité	Libre
16 H à 17 H 00		Technique du Centre	Technique du Centre	Nutrition	Réunion	

3e Semaine: Semaine du 15 au 21 Juin 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30	Nutrition	Animation	Nutrition	Animation	Agri-Elevage	
8 H 30 à 9 H 30	Technique du Centre	Méthodologie	Nutrition	Animation		Travaux Pratiques d'Agri-Elevage
9 H 30 à 12 H 00	Cuisine C.N.R. Animation	Atelier C.N.R. Méthodologie	Cuisine C.N.R. Méthodologie	Atelier C.N.R. Animation		
15 H à 16 H 00	Méthodologie	Technique du Centre	Agri-Elevage	Technique du Centre	Technique du Centre	
16 H à 17 H 00	Animation	Technique du Centre	Agri-Elevage	Gestion et Comptabilité	Réunion	

42 Semaine : Semaine du 22 au 28 Juin 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30	Nutrition	Animation	Nutrition	Animation	Agri-Elevage	Travaux Pratiques d'Agri-Elevage
8 H 30 à 9 H 30	Nutrition	Animation	Nutrition	Technique du Centre	Animation sur Colline	
9 H 30 à 12 H	Cuisine C.N.R. Méthodologie	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Méthodologie	Atelier C.N.R. Animation		
15 H à 16 H 00	Technique du Centre	Méthodologie	Agri-Elevage	Gestion et Comptabilité	Nutrition	Libre
16 H à 17 H 00	Technique du Centre	Méthodologie	Agri-Elevage	Gestion et Comptabilité	Réunion	

5A Semaine: Semaine du 29 Juin au 5 Juillet 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30	Animation	Nutrition		Nutrition	Agri-Elevage	Travaux Pratiques d'Agri-Elevage
8 H 30 à 9 H 30	Animation	Nutrition		Nutrition	Animation sur Colline	
9 H 30 à 12 H 00	Cuisine C.N.R. Méthodologie	Atelier C.N.R. Animation	C O N G E	Cuisine C.N.R. Méthodologie		
15 H à 16 H 00	Méthodologie	Technique du Centre		Technique du Centre	Gestion et Comptabilité	Libre
16 H à 17 H 00	Méthodologie	Technique du Centre		Technique du Centre	Réunion	

6è Semaine: Semaine du 6 au 12 Juillet 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30	Nutrition	Animation	Nutrition	Animation	Agri-Elevage	Travaux pratiques d'Agri-Elevage
8 H 30 à 9 H 30	Nutrition	Nutrition	Reproduction Humaine Nutrition	Technique du Centre	Animation sur Colline	
9 H 30 à 12 H 00	Cuisine C.N.R. Méthodologie	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Méthodologie	Atelier C.N.R. Animation		
14 H 00 à 15 H 00		Reproduction	Reproduction	Reproduction	Reproduction	
15 H 00 à 16 H 00	Animation	Méthodologie	Technique du Centre	Nutrition	Gestion et Comptabilité	Libre
16 H 00 à 17 H 00	Animation	Méthodologie	Technique du Centre	Nutrition	Réunion	

7è Semaine: Semaine du 13 au 19 Juillet 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30	Nutrition	Animation	Nutrition	Nutrition	Agri-Elevage	
6 H 30 à 9 H 30	Reproduction Humaine	Animation	Reproduction Technique du Centre	Hygiene Nutrition	Animation sur Colline	Travaux Pratiques d'Agri-Elevate
9 H 30 à 12 H 00	Atelier Animation C.N.R.	Cuisine Méthodologie C.N.R.	Atelier Animation C.N.R.	Cuisine Méthodologie C.N.R.		
15 H 00 à 16 H 00	Nutrition Méthodologie	Nutrition	Plan Administration	Gestion et Comptabilité		
16 H 00 à 17 H 00	Méthodologie	Nutrition	Plan Administration	Gestion et Comptabilité		

8ª Semaine: Semaine du 20 au 26 Juillet 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30	Nutrition	Nutrition Reproduction Humaine	Nutrition	Nutrition	Animation sur Colline	Travaux Pratiques d'Agri-Elevage
8 H 30 à 9 H 30	Nutrition	Reproduction Humaine	Nutrition	Santé et Hygiène		
9 H 30 à 12 H 00	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Méthodologie	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Méthodologie		
15 H à 16 H 00	Planification Administration	Technique du Centre	Méthodologie	Méthodologie	Agri-Elevage	Libre
16 H 00 à 17 H 00	Planification Administration	Gestion et Comptabilité	Méthodologie	Nutrition	Réunion	

9è Semaine: Semaine du 27 Juillet au 2 Août 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30	Nutrition	Nutrition Reproduction Humaine	Nutrition Santé et Hygiène	Nutrition	Agri-Elevage	Travaux Pratiques d'Agri-Elevage
8 H 30 à 9 H 30	Reproduction	Reproduction Humaine	Sante et Hygiène	Hygiene Nutrition	Animation sur Colline	
9 H 30 à 12 H 00	Cuisine C.N.R. Méthodologie	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Méthodologie			
15 H à 16 H 00	Puériculture	Méthodologie	Planification Administration	Gestion et Comptabilité	Gestion et Comptabilité	Libre
16 H 00 à 17 H 00	Puériculture	Méthodologie	Planification Administration	Planification Administration	Réunion	

10è Semaine: Semaine du 3 au 9 Août 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30	Nutrition	Nutrition Reproduction Humaine	Technique du Centre	Nutrition	Agri-Elevage	Travaux Pratiques d'Agri-Elevage
8 H 30 à 9 H 30	Hygiène Nutrition	Hygiène Reproduction Humaine	Santé et Hygiène	Hygiène Nutrition	Animation sur Colline	
9 H 30 à 12 H 00	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Méthodologie	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Méthodologie		
14 H 00 à 15 H 00	Hygiène	Hygiène	Hygiène			
15 H 00 à 16 H 00	Planification Administration	Planification Administration	Méthodologie	Planification Administration	Gestion et Comptabilité	
16 H 00 à 17 H 00	Planification Administration	Planification Administration	Planification Administration	Planification Administration	Gestion et Comptabilité	

11è Semaine: Semaine du 10 au 16 Août 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30	Nutrition	Nutrition Reproduction Humaine	Technique du Centre Santé et Hygiène	Nutrition	Agri-Elevage	Travaux Pratiques d'Agri-Elevage
8 H 30 à 9 H 30	Nutrition	Nutrition Reproduction Humaine	Technique du Centre Santé et Hygiène	Nutrition	Animation sur Colline	
9 H 30 à 12 H 00	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Méthodologie	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Atelier		
15 H 00 à 16 H 00	Planification Administration	Planification Administration	Planification Administration	Planification Administration	Gestion et Comptabilité	
16 H 00 à 17 H 00	Planification Administration	Planification Administration	Planification Administration	Planification Administration	Puériculture	

12è Semaine: Semaine du 17 au 23 Août 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30	Planification Administration	Animation	Nutrition Santé et Hygiène	Nutrition	Agri-Elevage	Travaux Pratiques d'Agri-Elevage
8 H 30 à 9 H 30	Nutrition	Reproduction Humaine	Nutrition Santé et Hygiène	Planification	Animation sur Colline	
9 H 30 à 12 H 00	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Méthodologie	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Méthodologie		
15 H 00 à 16 H 00	Nutrition	Planification Administration	Nutrition	Puériculture		
16 H 00 à 17 H 00	Déontologie	Planification Administration	Planification Administration	Nutrition	Puériculture	

13è Semaine: Semaine du 24 au 30 Août 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30	Nutrition	Nutrition	Agri-Elevage	Nutrition	Agri-Elevage	Travaux Pratiques d'Agri-Elevage
8 H 30 à 9 H 30	Planification Administration	Nutrition	Déontologie	Déontologie	Animation sur Colline	
9 H 30 à 12 H 00	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Méthodologie	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Méthodologie		
15 H 00 à 16 H 00	Nutrition	Puériculture	Nutrition	Education Civique	Puériculture	
16 H 00 à 17 H 00	Nutrition	Puériculture	Nutrition	Education Civique	Puériculture	

14è Semaine: Semaine du 31 Août au 6 Septembre 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30	Nutrition	Nutrition	Agri-Elevage	Nutrition	Agri-Elevage	Travaux Pratiques d'Agri-Elevage
8 H 30 à 9 H 30	Déontologie	Nutrition	Déontologie	Déontologie	Animation sur Colline	
9 H 30 à 12 H 00	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Méthodologie	Atelier C.N.R. Animation	Cuisine C.N.R. Méthodologie		
15 H 00 à 16 H 00	Nutrition	Déontologie	Nutrition	Education Civique	Déontologie	
16 H 00 à 17 H 00	Nutrition	Puériculture		Nutrition	Education Civique	

15è Semaine: Semaine du 7 au 13 Septembre 1981

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
7 H 30 à 8 H 30	Nutrition	Nutrition	Agri-Elevage	-	Animation sur Colline	Travaux Pratiques d'Agri-Elevage
8 H 30 à 9 H 30	Nutrition	Nutrition	-	-		
9 H 30 à 12 H 00	Atelier	Cuisine	Atelier	Cuisine		
15 H 00 à 16 H 00	Nutrition	-	-	Education Civique	-	Libre
16 H 00 à 17 H 00	Nutrition	-	-	Education Civique	Réunion	

APPENDICE K

FICHES MODELES CONCERNANT LE CONTROLE DE LA SANTE

Appendix K

EXAMPLES OF CHARTS FOR HEALTH SURVEILLANCE

Nom de la formation: ..... N° fiche familiale: ..... Année: ..... C.P.N. n° .....

Nom: ..... Commune: ..... Nom mari: .....

Secteur: .....

Age: ..... Umurenge: ..... Occupation: .....

GROSSESSES ANTERIEURES

	Date	Accouchée à			Eut. à terme	Eut. prém.	F.C	Dystocique (spécification)	Hémorr.	Né viv.	Mort né	Décédé avant 1 sem.	Décédé après 1 sem.	Remarques
		Dom.	Disp.	Hôp.										
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														

APPENDICE K

FICHES MODELES CONCERNANT LE CONTROLE DE LA SANTE

Maladies ou opérations antérieures:

V.D.R.L. KAHN: date: ..... Groupe sang.: ..... Urine sucre: ..... résultat:

Pelvimétrie interne: c.l. ..... cm. Lignes innominées: suivies entièrement/pas entièrement

arc pubien: étroit/pas étroit

Bi-ischiatiques ..... cm.

CONSULTATIONS PRENATALES

Date des dern. règles: .....

Date prévue de l'acc.: .....

Date	Age d'après date	Hauteur utérine	Poids	Préc.	Engag.	B.C.	T.A.	Oed.	Urine alb.	Urine sucre	Hb.	Perte sang	Observations/Traitement	Cause suivie

DECISION PRENATALE : accouchement au disp./à l'hôpital est oui/non nécessaire

192

NOM .....

SURVEILLANCE AU COURS DU TRAVAIL

ARRIVEE: ..... Début du travail: date ..... heure ..... Poche rompue: oui/non

Prise de médicaments indigènes: oui/non si oui: date ..... heure .....

Date	Heure	B.C.	P.M.	Contractions Esp.	Contractions Durée	Presentation Engagement	T.V.: dilatation effacement, etc.	Poche des eaux	Divers	Traitement	Nom

ACCOUCHEMENT: Date ..... Heure .....

Délivrance: heure ..... spontanément/manuellement Placenta: complet/pas complet

Périnée: épisiotomie/déchirure ..... Traitement:

Avant/après la délivrance: pertes: normales/abondantes .....

globe de sûreté: présent/pas présent

ENFANT: sexe: ..... poids: .....

Etat à la naissance: .....

Traitement: .....

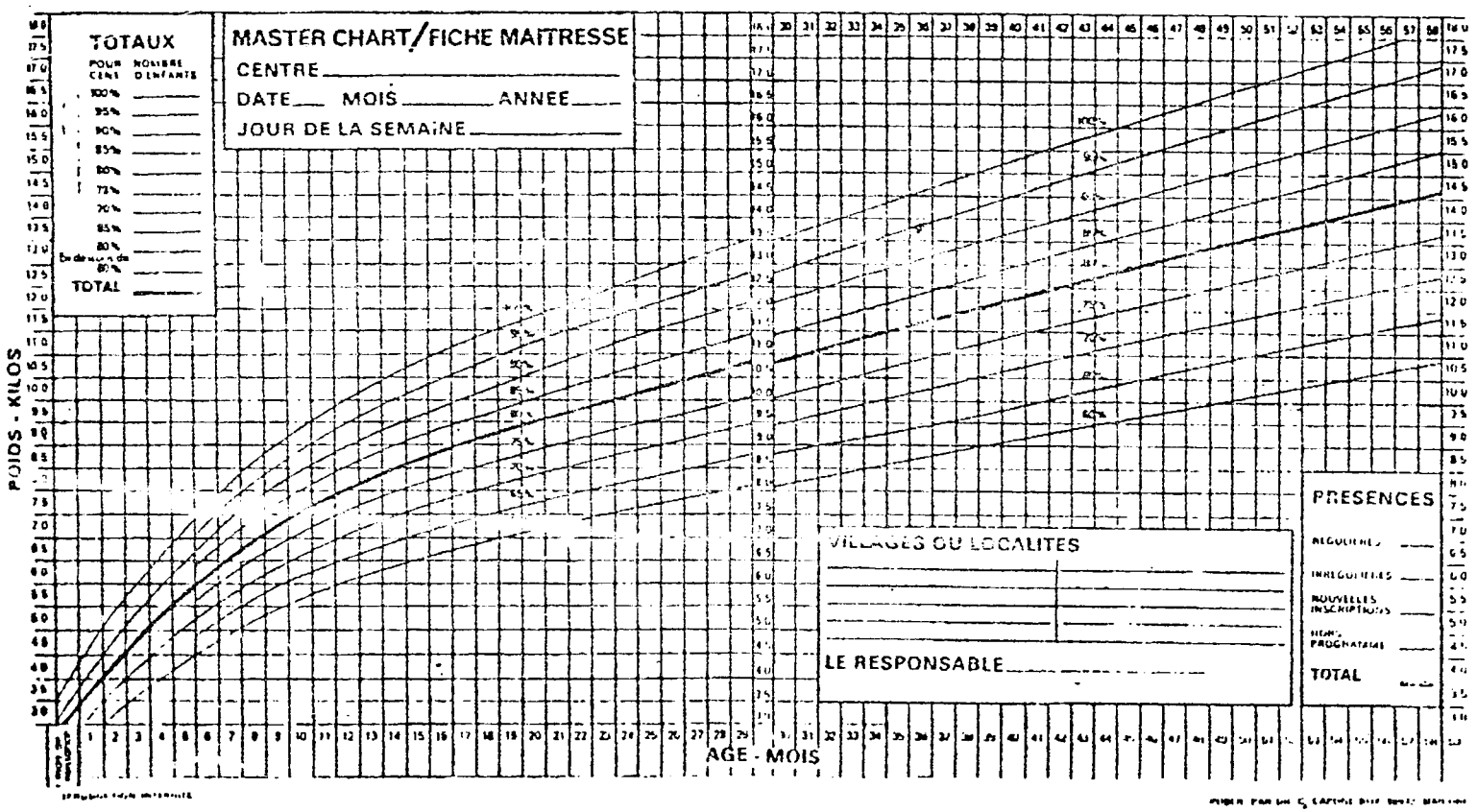
Résultat: .....

Malformations: .....

Nom accoucheuse: .....

Période puerpérale:

192


MASTER CHART/FICHE MAITRESSE
CENTRE
DATE MOIS ANNEE
JOUR DE LA SEMAINE
TOTAUX
POUR CENT
NOMBRE D'ENFANTS
100%
95%
90%
85%
80%
75%
70%
65%
60%
En dessous de 60%
TOTAL
POIDS - KILOS
AGE - MOIS
VILLAGES OU LOCALITES
LE RESPONSABLE
PRESENCES
REGULIERS
IRREGULIERS
NOUVELLES INSCRIPTIONS
NON PROGRAMMES
TOTAL

CENTRE ____________________

NOM ____________________ NOM DU PERE ____________________ NOM DE LA MERE ____________________

DATE DE NAISSANCE - PRECISE ____________ LIEU DE RESIDENCE ____________________ GROUPE ____________

ESTIMEE ____________________ DATE D'INSCRIPTION ____________________ SEXE ____________

POURCENTAGE DE LA CROISSANCE STANDARD

100

95

90

85

80

75

70

65

60

En dessous de 60

DATE

POIDS

MALADIE

AGE EN MOIS

POUR ENREGISTRER LE POURCENTAGE, [illegible]
ET CASIER [illegible] POINT COMME SUIT

TOUS DROITS D'ADAPTATION ET DE REPRODUCTION RESERVES PAR [illegible] CAPONE BOX [illegible] NAIROBI

K-4

NOTES

ACTIVITES DE SANTE

NOTES

SUPPRESSION DU PALUDISME

ANNEE

JAN.	F	M	A	M	JUIN	
JUIL	A	S	O	N	DEC.	

JAN.	F	M	A	M	JUIN	
JUIL	A	S	O	N	DEC.	

JAN.	F	M	A	M	JUIN	
JUIL	A	S	O	N	DEC.	

VACCINATIONS

VARIOLE

VACCINATION DATE _____

REVACCINATION DATE _____

DIPHTERIE-TETANOS-COQUELUCHE (DTC)

DATE
1. _____
2. _____
3. _____

TUBERCULOSE (B.C.G.)

DATE _____

POLIO

DATE
1. _____
2. _____
3. _____

ROUGEOLE

DATE _____

APPENDICE L

ESSAI D'ESTIMATION DE LA QUANTITE DES NOUVELLES ACCEPTANTES

Appendix L

EXAMPLE OF THE ESTIMATION OF NEW ACCEPTORS ---

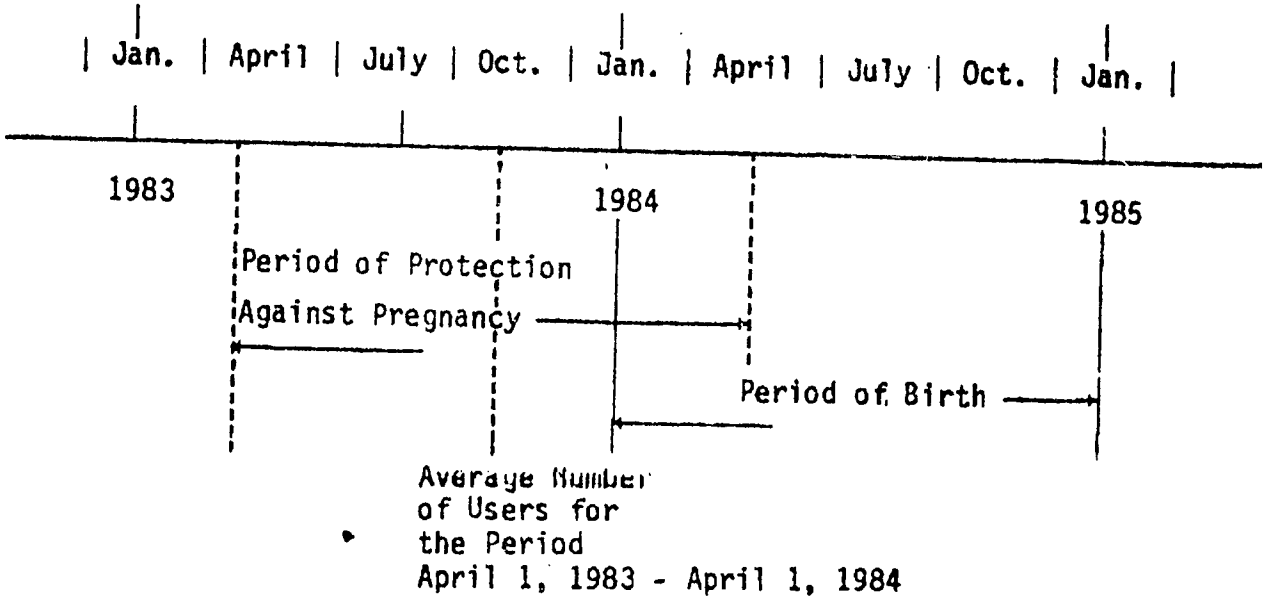


Figure: Period of Birth Control and Period of Birth

From the number of births to be averted in 1985, the number of women to be protected (15-49) has been computed by applying a marital fertility rate of 250/1,000:

$$8{,}633 \times 250/1{,}000 = 34{,}532.$$

The number of users, as of October 1, 1984, is estimated by applying the appropriate retention rates to the annual number of acceptors in the previous years (1982-1983) and, for 1984, to the number of acceptors from January 1 to October 1, that is, the first nine months of 1984. In the method of estimation, the annual numbers of acceptors are represented as being of July 1 in that year, except for 1982, when the representation is of May 15.

Thus, the number of acceptors of earlier years, which would be Model B for the pill, would be:

1982 : 2,301

1983 : 4,762.

It is possible to compute the number of pill users still using on October 1, 1984, by applying the retention rates:

$$2{,}301 \times 20.4\% = 469$$

$$4{,}762 \times 36.2\% = 1{,}724.$$

Knowing that 6,388 women should be using the pill on October 1, 1984, it is possible to estimate how many users will have accepted the pill in 1984 up to October 1:

$$6{,}388 - (469 + 1{,}724) = 4{,}195.$$

By directing that number of users by the appropriate retention rate, it is possible to calculate the number of acceptors in the first nine months of 1984, which is:

$$4{,}195 \ / \ 60.8\% = 6{,}900,$$

and to get the annual number of acceptors in 1984 by multiplying by 4/3:

$$\frac{6{,}900}{3} \times 4 = 9{,}200.$$

APPENDICE M

BESOINS EN ASSISTANCE TECHNIQUE EN DEMOGRAPHIE ET INFORMATIQUE

Appendix M

CONSULTANCY IN DEMOGRAPHY AND DATA PROCESSING-

1983-1984

- 2 years for a demographer for the fertility survey from beginning of 1983.

1984

- 1 year for data processing specialist for fertility survey.
- 6 months for a demographer to give assistance for follow-up survey to estimate retention rates for evaluation of impact of the program on fertility and for the definition of objectives for the Fourth Plan.

RECRUITMENT

1981

- 1 demographer for ONAPO (from Louvain).
- 1 adjoint-statistique for ONAPO (level of ITS from IAMSEA).

Between 1981-1983

- 10 délégués régionaux.

1982

- 1 statistician (level "licence es sciences economiques").

1984

- 1 demographer from IFORD

APPENDICE N

FORMATION

Appendix N

TRAINING

1981

- For 1 demographer from ONAPO in Tunis before the end of 1981 (1 month).

1982

- For 1 statistician from ONAPO in Tunis, mid-1982 (3 weeks).

Between 1981-1983

- "Agents Statistiques"

  A. 3 in 1981 (2 weeks in Kigali)

  B. 7 in 1982 (ONAPO)

  C. As it is needed: 2 weeks every 3 months in Kigali (ONAPO)

  D. Refresher course: (once a year - 3 days).

- "Délégués Régionaux"

  A. Training in Yaoundé or Dakar for 1 year for 10 persons between 1981-1983.

  B. Practical training in Kigali (ONAPO)

  - 3 in 1982
  - 7 in 1983 (2 weeks)

1982-1984

- 1 demographer to be trained at IFORD (Yaoundé) during 2 years

APPENDICE O

PROPOSITION DU PROJET DE FORMATION EN STATISTIQUES DE PLANNING FAMILIAL

Appendix O

PROPOSAL FOR A COURSE IN FP STATISTICS

The objective of the course will be to train the personnel responsible for keeping records of the FP activities in the FP centers.

Duration: 2 weeks

Location: ONAPO (Kigali)

Contents:

The course will be conducted in two phases, each lasting one week.

First Week: General Initiation to Demography

- The demographic policy of Rwanda.
- The relationship between the growth of the population and socioeconomic development.
- The family planning program, its activities and objectives.
- ONAPO.
- The purpose of collecting FP statistics.

Second Week: Organization of a FP Center: the Statistics

- The documents to be used and how to use them.
- Tests on how to fill the documents.
- How to keep a file and how to write reports.
- Relationship between the FP center and the statistical service at ONAPO.

APPENDICE P

INDICES DEMOGRAPHIQUES SELECTIONNES POUR LE RWANDA

Appendix P

SELECTED DEMOGRAPHIC INDICATORS FOR RWANDA

	1970[1]	1978[2]
Total Population	3,379,800	4,819,317
Density (inhabitants/km^2)	140	180
Age Composition		
0 - 14		45.7%
15 - 59		49.5%
60 +		4.8%
Crude Birth Rate	51.0%	51.0 - 54.0%
Crude Death Rate	22.0%	21.0%
Annual Growth Rate	2.9%	3.0 - 3.3%
General Fertility Rate	208.0%	237.0%
Total Fertility	7.6	8.6
Cumulated Fertility	6.6	7.4
Age at First Marriage		
Men	22.6	24.4
Women	20.1	22.1
Infant Mortality Rate	127.0%	137.0 - 157.0%
Life Expectancy at Birth		
Men	38	41.3
Women	42	47.2
Total	39	45
Percent Illiterate		
Men	67.2	86.0
Women	49.0	72.4
Total	77.0	61.4

---

[1] Demographic Survey, 1970

[2] Census 15-16, August 1978.

APPENDICE Q

LISTE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS

Appendix Q

LIST OF ESSENTIAL MEDICINES

REPUBLIQUE RWANDAISE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION GENERALE DES PHARMACIES
B.P.640 KIGALI

LISTE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS DONT L'USAGE
EST PERMIS SUR LE TERRITOIRE RWANDAIS

PRODUITS

1.0 EXCITANTS NERVEUX

1.1 Amitryptiline
1.2 Caféine
1.3 Lobéline

2.0 DEPRIMANTS NERVEUX

2.1 Bromazepam (lexotan)
2.2 Chlorpromazine (largactil)
2.3 Clopentixol (sordinol)
2.4 Clomipramine (anafranil)
2.5 Diazepam
2.6 Etybenzatropine
2.7 Halopéridol (haldol)
2.8 Levomépromazine (nozinan)
2.9 Orphénadrine (disipal)
2.10 Perphénazine (trilafor)
2.11 Phenobarbital
2.12 Propériciazine (neuleptil)
2.13 Trifluoropropéridol

3.0 ANESTHESIQUES ET CURARISANTS

3.1 Ether éthylique (pour narcose)
3.2 Lignocaïne hyperbare
3.3 Thiopenthal sodique
3.4 Bupivacaïne (A épidur)
3.5 Lignocaïne + - 20 ml 2% (A.L.)
3.6 Lidocaïne + Adrénaline
3.7 Suxaméthonium (flaxédyl)
3.8 Tubocurarine amp

PRODUITS

4.0 ANALGESIQUES NARCOTIQUES

4.1 Morphine
4.2 Péthidine
4.3 Spasmalgine

5.0 ANALGESIQUES NON-NARCOTIQUES, ANTIPYRETIQUES, ANTI-INFLAMMATOIRES

5.1 Acide acétylsalicylique
5.2 Allopurinol
5.3 Butylscopolamine (buscopan)
5.4 Colchicine
5.5 Ibuprofène
5.6 Indométacine
5.7 Paracétamol
5.8 Phenylbutazone (butazolidine)

6.0 SYMPATICOMIMETIQUES

6.1 Adrénaline
6.2 Ephédrine
6.3 Isoprénaline
6.4 Salbutamol

7.0 SYMPATICOLYTIQUE

7.1 Néostigmine métilsulfate

209

8.0 VITAMINES + OLIGO-ELEMENTS

8.1 Chlorure de Potassium
8.2 Gluconate de calcium
8.3 Huile de foie de morue
8.4 Levure de bière
8.5 Lugol (litre)
8.6 Multivitamines + Minéraux
8.7 Vitamine A
8.8 Vitamine B1 (Thiamine)
8.9 Vitamine B6
8.10 Vitamine C (acide ascorbique)

9.0 HORMONES

9.1 Levothyroxine
9.2 Propylthiouracile
9.3 Insuline rapide
9.4 Insuline retard
9.5 Dexamithasone
9.6 Hydrocortizone
9.7 Prednisolone
9.8 Ester de testostérone
9.9 Oxytocine

10.0 REGENERATEURS ET SUBSTITUANTS DU SANG

10.1 Acide folique
10.2 Cynocobalamine (vitamine B12)
10.3 Dextran-fer
10.4 Dextran 40 (succédané du plasma)
10.5 Sulfate de fer

11.0 COAGULANT ET ANTICOAGULANT

11.1 Phytomenadione (vitamine K2)
11.2 Sulfate de protamine
11.3 Héparine
11.4 Warfarine

12.0 SULFAMIDES

12.1 Sulfacombinaison (trisulfa)
12.2 Sulfaméthoxypyridazine (Sultirène)
12.3 Sulfanilamide poudre
12.4 Sulfadimidine
12.5 Sulfaméthoxasole triméthoprim (bactrim)
12.6 Sulfaguanidine

13.0 SULFONE, ANTIMALARIEN, ANTISCHISTOMIASE

13.1 Dapsone (DDS)
13.2 Diéthylcarbamazine
13.3 Niridazole (ambilhar)

14.0 ANTIBIOTIQUES, ANTITUBERCULEUX ANTIMYCOTIQUES

14.1 Ampicilline
14.2 Chloramphénicol
14.3 Benzantine (pénicilline) (Extencilline)
14.4 Doxycycline (vibramycine)
14.5 Erythromycine
14.6 Gentamicine
14.7 Kanamycine
14.8 Pénicilline G Cristalline
14.9 Pénicilline procaïne
14.10 Tétracycline
14.11 Etambutol
14.12 Ethionamide
14.13 Isoniazide (INH)
14.14 PAS
14.15 Rifampicine
14.16 Streptomycine
14.17 Thiocétazone (TB1)
14.18 Cyclophosphamide (endoxan)
14.19 Fluorouracil

15.0 MYCOSTATIQUES

15.1 Amptotéricine
15.2 Griséofulvine
15.3 Nystatine
15.4 Violet de gentiane pdre

16.0 CARDIOTONIQUES + REGULATEURS DU RYTHME CARDIAQUE

16.1 Digoxine
16.2 Nitroglycérine (trinitrine-antiangineux)
16.3 Procaïnamide (anti arythmie)
16.4 Dopamine (antichoc)

17.0 HYPOTENSEURS

17.1 Propranolol
17.2 Réserpine

18.0 UTEROTONIQUES

18.1 Ergométrine maléate
18.2 Ergotamine tartrate (gynergen)

19.0 SPASMOLYTIQUES

19.1 Metochlorpramide (plasir)
19.2 Aminophylline

20.0 ANTIHISTAMINIQUES

10.1 Prométhazine
20.2 Chlorphénamine

21.0 EXPECTORANTS-MATIERES DE BASE

21.1 Codéïne phosphate (poudre)
21.2 Essence d'eucalyptus
21.3 Teinture d'eucalyptus

22.0 HYPOCRINIENS - MATIERES DE BASE

22.1 Benzoate sodique poudre
22.2 Chlorure d'ammonium poudre
22.3 Extrait de balladone
22.4 Hydrate de terpine
22.5 Iodure de potassium poudre

23.0 ESTOMAC

23.1 Atropine sulfate
23.2 Belladone phénobarbital
23.3 Belladone teinture
23.4 Hydroxyde d'aluminium
23.5 Poudre gastrique (Bicarbonate de Na Nitrate de Bi, Extrait de belladone)

24.0 FOIE-CHOLERETIQUES

24.1 Pilule antibilieuse (extrait voix vomique, aloés, extrait belladone, extrait Boldo)

25.0 INTESTIN GRELE-CONSTIPANTS-LAXATIFS

25.1 Charbon de bois (poudre)
25.2 Codéïne phosphate
25.3 Poudre réhydratante (Na, Cl, Na H CO3, K cl, Glucose) sache
25.4 Aloés
25.5 Huile de ricin (litre)
25.6 Paraffine liquide (litre)
25.7 Senné
25.8 Sulfate de magnésie (sel anglais)
25.9 Antihémoroïde: anésthésique local + Astringent + anti-inflammatoire (préparation locale)

26.0 VERMIFUGES ET VERMICIDES

26.1 Bephénium granules
26.2 Déhydroémetine
26.3 Mébendazole (vermox)
26.4 Metronidazole
26.5 Niclosamide
26.6 Pipérazine
26.7 Tiabendazole

27.0 DIURETIQUES

27.1 Chlortalidone (hygroton)
27.2 Furosémide (lasix)
27.3 Hydrochlorothiazide (esidrex)
27.4 Mannitol

28.0 ANTIMALARIENS ET TRYPANOCIDES

28.1 Chloroquine
28.2 Fansidar
28.3 Primaquine
28.4 Quinimax
28.5 Pentamidine
28.6 Quinine

29.0 ORL - OPHTALMO

29.1 Argyrol (gouttes nasales)
29.2 Acétazolamide (diamox) pour glaucome
29.3 Atropine sulfate gttes sol
29.4 Nitrate d'argent sol
29.5 Oxytétracycline-hydrocortisone qtte
29.6 Oxytétracycline-hydrocortisone (Auréomycine) pommade
29.7 Pilocarpine (myotique)
29.8 Tétracaïne sol

30.0 DERMATO-RHUMATOLOGIE + CORPS GRAS MATIERES DE BASES

30.1 Acétate d'aluminum sol
30.2 Acide benzoïque poudre
30.3 Acide salicylique (poudre)
30.4 Baume de Pérou
30.5 Benzoate de benzyl (poudre)
30.6 Bethamétasone tube
30.7 Camphre (cristal)
30.8 Hydrocortisone poudre)
30.9 Icthyol (fluide)
30.10 Iode (cristal)
30.11 K Br (cristal)
30.12 Mentol (cristal)
30.13 Miconazole crème
30.14 Néomycine bacitracine ongents
30.15 Nitrate d'argent (cristal)
30.16 Oxyde de zinc poudre
30.17 Phénylsalicylate poudre
30.18 Térébenthine (fluide)
30.19 Thymol (cristal)
30.20 Beurre de Cacao
30.21 Glycérine liquide
30.22 Onguent simple
30.23 Vaseline blanche

31.0 ANTISEPTIQUES EXTERNES + DESINFECTANTS

31.1 Alcool dénaturé à l'ether
31.2 Bleu de méthylène
31.3 Cétrimide + Chlorhexidine (Cétavlon)
31.4 Chloramine poudre
32.5 Hypochlorite de sodium (eau de javel)
31.6 Mercurochrome
31.7 Nitrate d'argent (crayon)
31.8 Paraformaldehyde (formol)
31.9 Permanganate de potassium
31.10 Sapophénium (créoline)
31.11 Teinture d'iode

32.0 SOLUTES BUVABLES ET INJECTABL PRODUITS DE BASE

32.1 Acétate de sodium
32.2 Bicarbonate de sodium
32.3 Chlorure de potassium
32.4 Chlorure de sodium
32.5 Glucose poudre
32.6 Eau injectable

33.0 SERUMS, VACCINS

33.1 Antitoxine tétanique
33.2 Antitoxine diphtérique
33.3 Immunoglobuline anti D
33.4 Immunoglobuline normale
33.5 Sérum antirabique hyperimmun
33.6 Sérum pour groupe sanguin (anti A, B, O, RH)
33.7 Vaccin BCG
33.8 Vaccin antiamaril
33.9 Vaccin anti diphtérique, antitétanique et anticoquelucheux (DiTePar)
33.10 Vaccin antipoliomyélitique
33.11 Vaccin antirabique
33.12 Vaccin antirougeoleux
33.13 Vaccin antitétanique
33.14 Vaccin antityphoïdique

34.0 PRODUITS POUR DIAGNOSTIC (LAI

34.1 Acéton
34.2 Acid acétique
34.3 Acide chloridrique
34.4 Acide citrique
34.5 Acide ortho-phosphorique, 85
34.6 Acide picrique très pur
34.7 Acide sulfurique, 95-98%
34.8 Alcool à brûler

212

34.9 Aldéhyde formique, 35%
34.10 Anthydride acétique
34.11 Bleu de méthylène
34.12 Chlorure de sodium
34.13 Citrate de sodium
34.14 Ethanol, 95%
34.15 Fuchsine phénique en solution selon Ziehl-Nealsen
34.16 Fuchisine de gram
34.17 Glycérol bidistillé
34.18 Huile de cèdre
34.19 Hydroxyde de soude
34.20 Iodure bisubliné
34.21 Lugol
34.22 Melange sulfochromique
34.26 Réactif d'Esbach
34.27 Solution de Fontana (Nitrate d'argent)
34.28 Solution de Giemsa
34.29 Violet cristalisé indicateur pour microscope
34.30 Violet de gentiane phéniqué solution selon gram pour microscope
34.31 Violet de gentiane
34.32 Xylène p.a.

35.0 RADIO

35.1 Films (dim 36 X 43 cm)
Films (dim 35 X 35 cm)
Films (dim 30 X 40 cm)
Films (dim 24 X 30 cm)
Films (dim 18 X 24 cm)
35.2 Acide iopanoïde
35.3 Amidotrizoate de méglumine (urographine)
35.4 Amidotrizoate de sodium
35.5 Sulfate de baryum
35.6 Fixateur
35.7 Révérateur

213