

**Rapport de l'Évaluation Qualitative de la  
Planification Familiale au Rwanda**

**AVANT-PROJET**

15 avril 2002

**Advance Africa  
Deliver  
Ministère de la Santé du Rwanda  
Prime II, Rwanda  
USAID/Kigali**



## **Table des matières**

**Sigles et Abréviations**

**Résumé analytique**

**Carte du Rwanda**

### **I. Données générales sur le Rwanda**

### **II. Introduction**

### **III. Objectifs de l'évaluation**

### **IV. Méthodologie pour l'évaluation**

Composition de l'équipe

Examen de la documentation

Travail sur le terrain

Analyse et rédaction du rapport

Contraintes de la méthodologie

### **V. Résultats**

A. Pourquoi les femmes rwandaises n'utilisent-elles pas les services de PF ?

B. Dans les points de prestation de services de santé, quels sont les obstacles entravant la fourniture de services de planification familiale de qualité ?

C. Motivation et pratique de la planification familiale : quelles sont les possibilités/options de participation/engagement communautaire ?

### **VI. Recommandations**

A. Recommandations pour augmenter la demande pour les services de planification familiale : comment pouvons-nous augmenter la demande des femmes pour des services de planification familiale ?

B. Recommandations pour améliorer la qualité et l'accès aux services de planification familiale : comment pouvons-nous améliorer la qualité des services de PF dans les points de prestation de services ?

C. Recommandations pour accroître le rôle des communautés au niveau de la promotion de la planification familiale : Comment pouvons-nous améliorer l'engagement communautaire pour augmenter la motivation pour les services de PF et la distribution des services de PF ?

### **VII. Renforcer le rôle de l'USAID et d'autres bailleurs de fonds**

### **VIII. Conclusions**

## **IX. Annexes**

Annexe I- Données générales sur le Rwanda

Annexe II- Participants

Annexe III- Calendrier

Annexe IV- Questionnaire- Dirigeants communautaires

Annexe V- Questionnaire- Hommes

Annexe VI- Questionnaire- Femmes

Annexe VII- Questionnaire- Adolescents

Annexe VIII- Questionnaire- Clients

Annexe IX- Questionnaire- Prestataires de services de santé

Annexe X- Participants au groupe de travail technique

Annexe XI- Première réunion des parties concernées

Annexe XII- Indicateurs du suivi de la pauvreté

Annexe XIII- Références

## SIGLES ET ABREVIATIONS

ARBEF	Association du Rwanda pour le Bien-Etre familial
AT	Accoucheuse traditionnelle
AVEGA	Association pour les Veuves du Génocide
CAMERWA	Centrale d'Achats de Médicaments essentiels du Rwanda
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDV	Counseling et Dépistage volontaires
CHK	Centre hospitalier de Kigali
CIPD	Conférence internationale pour la Population et le Développement
CNS	Comptes nationaux de la Santé
CNUAD	Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement
DRPC	Document sur la Stratégie de Réduction de la Pauvreté et la Croissance
DSS	Direction des Soins de Santé
EDS	Enquête démographique et de Santé
FHI	Family Health International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FPR	Front patriotique rwandais
FRw	Francs rwandais
GR	Gouvernement du Rwanda
GTZ	Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (Société pour la Collaboration technique)
HCRNU	Haute Commission des Réfugiés des Nations Unies
HRF	Hôpital du Roi Faycal
IEC	Information, Education et Communication
ISF	Indice synthétique de Fécondité
IST	Infections sexuellement transmissibles
JHU	Université John Hopkins
MIGEPROFE	Ministère du Genre et de la Promotion des Femmes
MIJRPOC	Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Culture
MINEDUC	Ministère de l'Education
MINIJUST	Ministère de la Justice
MS	Ministère de la Santé
MST	Maladie sexuellement transmissible
OBC	Organisation à base communautaire
OC	Organisme collaborateur
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONAPO	Office national de la Population
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la Société civile
PCS	Services de Communication pour la Population
PDEI	Personnes déplacées à l'échelle interne
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut

PRB	Population Reference Bureau
PROFEMME	Pro-Femmes Twese Hamwe
PSI	Plan stratégique intégré
PSI	Population Social International
PTME	Prévention de la Transmission mère à enfant
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIG	Systèmes intégré de gestion
SMI	Santé maternelle et infantile
SR	Santé de la reproduction
TCIR	Tribunal criminel international pour le Rwanda
TME	Transmission mère à enfant
TRAC	Centre de Traitement et de Recherche pour le SIDA
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## Résumé analytique

A la demande de l'USAID/Rwanda et du Ministère de la Santé du Rwanda, une équipe conjointe comprenant des membres d'Advance Africa, du Ministère de la Santé, du Projet DELIVER, de l'USAID/Kigali et de Prime II/Rwanda a effectué une évaluation dans le pays concernant la planification familiale au Rwanda, du 28 janvier au 23 février 2002. La collaboration de multiples organisations et experts a permis à l'équipe de puiser dans les ressources techniques d'experts polyvalents. L'objectif fixé par le Ministère de la Santé (MS) et l'USAID était d'identifier les principales barrières, ainsi que les possibilités concernant l'apport d'information et la prestation de services de planification familiale dans le pays. Au vu de la nette diminution de l'utilisation des contraceptifs modernes, tel qu'indiqué par l'EDS en 2001, tant l'USAID que le MS ont jugé que la présente évaluation était une étape d'importance critique dans le but de concevoir des stratégies pour maximiser les ressources afin d'améliorer l'accès aux services de planification familiale, ainsi que la qualité de ces services. Des discussions ont été organisées avec des représentants d'un certain nombre de ministères, d'institutions, de bailleurs de fonds, de dirigeants religieux et communautaires à Kigali et dans six districts. Le rapport intègre ces divers points de vue lorsqu'il recommande les stratégies adéquates, par le biais d'une approche multidisciplinaire, pour supprimer les obstacles et identifier les possibilités de renforcer les services de planification familiale et de faire des choix favorables à la santé des Rwandais.

L'évaluation analyse les obstacles concernant l'utilisation des services de planification familiale (PF) se plaçant dans l'optique des dirigeants communautaires, des hommes, des femmes et des adolescents de six districts : Gitarama, Kibuye, Byumba, Umutara, Kibugo et la ville de Kigali. Les raisons à la non-utilisation des services de PF et les facteurs connexes ont été reliés tant à la qualité des services qu'à l'accès aux services. Les questions sociales, culturelles et religieuses influencent également le comportement sexuel et en matière de reproduction, notamment la demande pour la planification familiale. La réponse de la communauté confirme également des études précédentes qui ont montré que le génocide était un facteur important lié aux comportements en matière de fécondité au Rwanda. Les visites sur le terrain ont permis à l'équipe d'observer les établissements de santé où sont fournis les services de planification familiale de SMI et de CDV. Des interviews à la sortie avec les clients et des discussions avec les prestataires de santé ont permis de mieux comprendre les questions se rapportant à l'accès, à la qualité et à la demande en matière de services de PF.

Suite à la complexité de l'évaluation et aux diverses sources d'information utilisées, l'équipe espère que les principales parties concernées verront cette évaluation comme l'occasion de formuler et d'articuler une stratégie pour le programme de planification familiale repose sur un vaste consensus dans ses principes et une responsabilité partagée en vue d'atteindre ses objectifs. La sexualité et la santé de la reproduction sont intrinsèquement liées aux questions socioculturelles, religieuses et économiques. Dans le cas du Rwanda, les répercussions du génocide font ressortir de nouveaux problèmes.

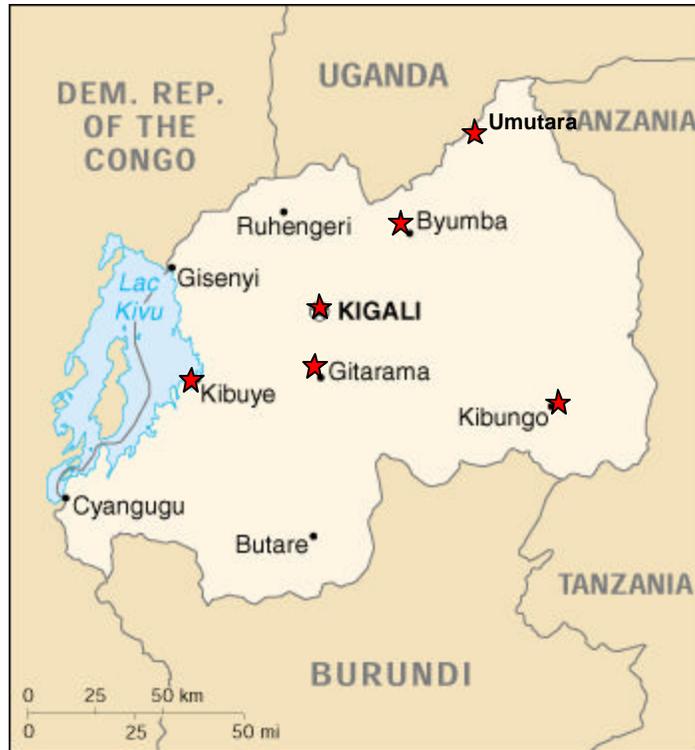
Ce rapport synthétise les résultats de cette évaluation complète et démontre la nécessité de :

- Forger des liens entre les programmes de planification familiale et les politiques et programmes pertinents du GR en fonction de discussions avec des représentants du secteur public et des examens de directives spécifiques de politiques publiques ;
- Utiliser les points de vue communautaires concernant les obstacles entravant l'utilisation de la planification familiale moderne afin de concevoir des interventions adéquates qui améliorent l'accès aux programmes de planification familiale au Rwanda ainsi que la qualité de ces programmes ;
- Formuler des stratégies pour intégrer la planification familiale aux programmes existants de sorte à renforcer mutuellement chaque programme et à améliorer la qualité de la vie en général des habitants ;
- Chercher des possibilités de créer des liens politiques et programmatiques à l'extérieur du secteur traditionnel de la santé pour fournir à la population un accès aux services de planification familiale et améliorer la qualité de ces services ;
- Recommander un plaidoyer stratégique pour obtenir un consensus et promouvoir ainsi les programmes de planification familiale à différents niveaux et pour divers groupes cibles ;
- Définir les rôles et responsabilités possibles des diverses parties concernées dans le contexte de la société civile, ainsi que leur rôle pour promouvoir les programmes de planification familiale dans le contexte de leurs propres missions ; et
- Identifier des groupes cibles spéciaux et déployer des interventions adéquates qui élargissent leur accès à l'information et aux services de PF/SR.

Les investissements dans les programmes de planification familiale et de santé de la reproduction ont des avantages tant dans le court terme que dans le long terme. L'octroi de ressources qui répondent aux besoins de groupes à risques peu desservis aura un impact sur le développement du pays.

**L'équipe espère que ce rapport encouragera le dialogue pour arriver à un consensus sur les stratégies, les responsabilités des diverses parties prenantes et élaborer un plan d'action pour mobiliser les secteurs public et privé et engager les bailleurs de fonds à fournir des ressources pour mettre en œuvre les interventions.**

Carte du Rwanda, 2002



# I. Données générales sur le Rwanda

## Situation géographique et politique

Situé dans la région des Grands Lacs en Afrique subsaharienne, le Rwanda est le pays de l'Afrique comptant la plus forte densité de population avec plus de 7,3 millions de personnes sur une superficie de 26 300 km<sup>2</sup>.<sup>1</sup> Les riches ressources internes dont dispose le pays ont été diminuées suite à la pression démographique. Il est difficile d'obtenir des terres adéquates dans ce pays à prédominance agricole et rurale (90%). Depuis 1994, le Rwanda lutte pour se remettre de la terrible guerre civile et génocide. Etant l'un des pays les plus pauvres au monde, le Rwanda a un lourd fardeau de dette externe s'élevant à 34% du produit national brut.<sup>2</sup> Toutefois, l'économie du pays s'est améliorée lentement ces 10 dernières années suite essentiellement à l'apport important d'aide étrangère et au traitement spécial de la part de la communauté internationale depuis les événements du génocide. Outre ces problèmes économiques, la charge de santé est élevée au Rwanda, avec des niveaux de mortalité extrêmement élevés pour les femmes, les nourrissons et les enfants de moins de cinq ans. L'espérance de vie n'est que de 39 ans.<sup>1</sup> Toutefois, depuis les génocides de 1994, bien des progrès ont été faits dans le secteur économique et le secteur de la santé du pays, lui aussi, continue à bien progresser.

---

<sup>1</sup> Population Reference Bureau, Fiche de données sur la Population dans le Monde, 2001

<sup>2</sup> PHR. *Utilization, Cost, and Financing of District Health Services in Rwanda* Rapport technique No. 61, mars 2001.

## II. Introduction

Les questions concernant la sexualité et la fécondité relèvent d'un aspect du comportement humain qui a des implications culturelles, sociales et économiques. Aussi, le rapport de l'évaluation de la planification familiale, qui a été réalisé par l'équipe d'Advance Africa, utilise-t-il ce canevas général pour l'interprétation des résultats et des recommandations concernant les services de planification familiale au Rwanda. L'équipe a tenu compte des aspects suivants dans le cadre de la méthodologie utilisée pour l'évaluation :

- La planification familiale dans le contexte de l'épidémie du VIH/SIDA au Rwanda ;
- Le génocide rwandais et ses répercussions, surtout sur les relations entre les hommes et les femmes, ainsi que sur le comportement sexuel et reproducteur au Rwanda ;
- L'analyse des politiques et programmes existants conçus pour la reconstruction, la remise en état, la démocratie et la paix et leur pertinence pour le programme de planification familiale.

Si l'on veut réussir à promouvoir les programmes de planification familiale, il est évident qu'un consensus doit être atteint entre toutes les parties concernées, aussi bien sur le contenu que sur le contexte des politiques et des programmes. Le Rwanda a déjà obtenu un vaste consensus au sein de la population pour la paix, la remise en état, la réconciliation et la réduction de la pauvreté. La formulation de ces politiques a revêtu un caractère participatif et leur mise en œuvre est une tâche remplie de défis pour toutes les parties concernées dans les décennies à venir. Toutefois, il est évident que ces politiques et directives peuvent renforcer des programmes tels que la planification familiale. En effet, elles posent les fondements nécessaires pour forger des partenariats, des alliances et des collaborations afin de créer consensus, sensibilisation et plaidoyer. Deuxièmement, les interventions qui seront proposées pour promouvoir la planification familiale se tourneront également vers des secteurs autres que celui de la santé. Elles exigeront une collaboration entre d'autres ministères, au sein de la société civile où on peut sensibiliser aux besoins de PF et fournir des services à ceux qui ont besoin de la planification familiale. Le défi est de taille pour répondre aux besoins des communautés du Rwanda sur le plan de la planification familiale et de la santé de la reproduction et ne saurait être relevé sans la mobilisation d'un grand nombre de parties concernées. Toutefois, il est évident que les politiques et programmes existants ont préparé le terrain pour une intégration efficace tant des politiques que des programmes de planification familiale.

### III. Objectifs de l'évaluation

La présente évaluation compte de multiples objectifs :

- Evaluer la nature, les causes profondes et l'ampleur des barrières qui entravent l'utilisation des services de planification familiale au Rwanda ;
- Fournir des recommandations sur la manière de supprimer ces barrières ;
- Fournir des recommandations sur la manière de réconcilier le besoin non satisfait en matière de planification familiale et la résistance à l'utilisation de la PF suite au génocide ; et
- Recommander la manière dont on peut engager la communauté pour supprimer les barrières et soutenir la planification familiale.

Certes, l'USAID et le MS partagent les objectifs susmentionnés, mais l'USAID est également intéressée par d'autres résultats concernant son rôle au niveau du soutien des programmes de planification familiale :

- Comment peut-on améliorer la coordination entre bailleurs de fonds concernant les programmes de planification familiale/santé de la reproduction ?
- Quel est le rôle que peut jouer l'USAID pour soutenir le programme de planification familiale ?
- Où l'USAID devrait-elle concentrer en priorité ses ressources ?

L'USAID espère que cette étude et d'autres mécanismes permettront d'obtenir une vue complète de la situation actuelle concernant les services de planification familiale, la mesure dans laquelle les barrières entravent l'utilisation des services, et comment la mission peut octroyer de la manière la plus efficace ses ressources. L'évaluation observera également les différents bailleurs de fonds intervenant dans le domaine de la SR et fera des suggestions aux fins d'une meilleure coordination et collaboration entre ces bailleurs de fonds.

Les résultats de l'évaluation seront utilisés aux fins suivantes :

- Comme apport à la formulation et au perfectionnement des politiques de santé de la reproduction du GR ;
- Pour traduire les politiques opérationnelles en stratégies servant à la suppression des barrières entravant l'utilisation de la planification familiale ;
- Pour aider l'USAID à définir plus clairement son propre rôle au niveau du soutien au programme de planification familiale/santé de la reproduction ;
- Pour aider à formuler des stratégies pour engager les communautés.

Les recommandations des stratégies de l'étude doivent informer la formulation et le renforcement de la politique en santé de la reproduction du gouvernement et des bailleurs de fonds au Rwanda. En effet, une meilleure connaissance des défis et des obstacles est une partie importante de ce processus de formulation de politiques. Les résultats de

l'étude sont également partagés avec des dirigeants communautaires et des agents de santé au niveau local pour leur permettre de devenir d'authentiques partenaires dans les nouveaux développements du programme.

## **IV. Méthodologie pour l'évaluation**

Cette section du rapport traite de la composition de l'équipe, de la méthodologie, y compris l'examen de la documentation, du travail de terrain et de l'analyse, ainsi que de la rédaction du rapport et des limites de cette méthodologie.

### **Composition de l'équipe**

L'évaluation de la planification familiale au Rwanda était un effort conjoint réalisé par Advance Africa, Deliver, l'USAID Rwanda et PRIME II. Un tel travail d'équipe a permis à l'équipe de puiser dans les diverses ressources pour atteindre ses objectifs. Les objectifs fixés par le Ministère de la Santé et l'USAID étaient d'identifier les principales barrières et d'examiner les possibilités concernant l'apport d'information et la prestation de services de planification familiale dans le pays. Au vu de la nette diminution de l'utilisation des contraceptifs modernes, tel qu'indiqué par l'EDS en 2001, tant l'USAID que le MS ont jugé que la présente évaluation était une étape d'importance critique dans le but de concevoir des stratégies pour maximiser les ressources afin d'améliorer l'accès aux services de planification familiale, ainsi que la qualité de ces services. L'équipe d'Advance représentait les disciplines suivantes : clinique, VIH/SIDA, équité entre les sexes et adolescence. Vu que l'évaluation a été faite conjointement avec l'équipe de Deliver, on a pu relier les données collectées sur la logistique et les contraceptifs aux questions de qualité des soins identifiées par l'équipe d'Advance. (Voir Annexe II pour une liste des membres de l'équipe.)

Le rôle de l'USAID, de PRIME II et du Ministère de la Santé aux niveaux de la logistique, de la mise au point d'instruments et de la collecte de données dans les six districts était d'importance critique pour la réalisation des objectifs. L'engagement des parties concernées a fourni un feed-back important à l'équipe et a témoigné de l'importance de l'évaluation pour le MS, l'USAID et d'autres bailleurs de fonds.

Le Ministère de la Santé, par l'entremise de la Direction de la Santé de la Reproduction, a revu et a approuvé les membres proposés de l'équipe de l'USAID, a coordonné le calendrier des visites aux bureaux du GR, a dirigé le processus d'intégration des résultats et des recommandations en stratégies et plans d'action pertinents et a fourni une direction générale à la présente évaluation. (Voir Annexe III pour le calendrier des événements.)

### **Examen de la documentation**

L'équipe de l'évaluation a commencé par faire un examen approfondi de la documentation concernant la planification familiale et la santé de la reproduction, ainsi que de documents généraux traitant de la situation actuelle au Rwanda. Ce travail a été réalisé essentiellement dans les bureaux d'Advance Africa à Arlington, en Virginie, Etats-Unis. Il existe peu d'études actuelles sur la planification familiale et la santé de la reproduction au Rwanda. Toutefois, les documents concernant le VIH/SIDA et le rôle de

la femme fournissent des ressources utiles. L'EDS de 2000 est un document de la plus grande importance. Depuis le génocide, de nombreux articles ont parlé des très graves répercussions sur l'infrastructure de la santé et du bien-être social dans le pays. Suite au génocide du Rwanda et à ses répercussions, d'importantes recherches ont également été faites sur les répercussions pour les femmes et les enfants et l'évolution des rôles. Toutes ces études sont utiles pour comprendre l'impact sur la santé de la reproduction des femmes. Toutefois, il faut encore étudier les problèmes à long terme des personnes déplacées, du bouleversement social et de la manière dont la communauté a fait face et continue à faire face à ces problèmes. Ce type de recherche est particulièrement important pour comprendre le comportement en matière de fécondité. La priorité a été accordée au souci immédiat de créer stabilité, paix et réconciliation. L'équipe a trouvé que les documents sur le VIH/SIDA étaient utiles pour identifier les groupes à hauts risques dans le pays afin de déterminer où les ressources doivent être affectées pour prendre en charge ceux qui sont sexuellement actifs. Se servant de la recherche et de l'analyse pour le VIH/SIDA, l'évaluation essaye d'utiliser les données pour déterminer les groupes qui peuvent être atteints par le biais des activités existantes de prévention et de soins du VIH/SIDA. Parallèlement, l'évaluation cherche à soutenir les services de santé de la reproduction comportant de solides volets sur le counseling et le dépistage du VIH/SIDA. Vu l'épidémie du VIH/SIDA dans le pays et la propagation élevée de la prévalence de cette épidémie, l'information concernant le VIH/SIDA était également utile pour comprendre les questions se rapportant à la santé sexuelle et reproductive.

### **Travail sur le terrain**

Les activités sur le terrain ont été réalisées du 28 janvier au 23 février 2002 dans plusieurs endroits au Rwanda. Les travaux ont débuté à Kigali, où le questionnaire a été perfectionné et finalisé en collaboration avec les partenaires clés, l'USAID/Kigali, le MS, Deliver, PRIME II et l'équipe d'Advance Africa. Un questionnaire supplémentaire pour les veuves et les femmes célibataires a été mis au point pour tenir compte des besoins de ce groupe car l'équipe a réalisé, une fois sur le terrain, que ses problèmes particuliers n'étaient pas pris en compte dans les questionnaires mis au point pour la population en général. Une fois qu'on s'est mis d'accord sur les questions, elles ont été traduites en français et en kinyarwanda. Cette démarche a été très importante pour vérifier que les bonnes traductions étaient utilisées.

Avant les visites sur place, Advance Africa a préparé une série de questions sur *l'accès, la qualité et la disponibilité* qui ont été discutées lors de la réunion technique et qui doivent être utilisées dans les interviews avec les hommes, les femmes, les adolescents, les clients de la PF et les prestataires de services de santé. Voici certaines de ces questions :

- Quelles sont les principales barrières entravant l'utilisation des services de planification familiale du point de vue accès, qualité et disponibilité des services ?
- Quel est l'impact sur l'utilisation des services suite au génocide ?
- Quelles sont les possibilités de promouvoir les services de planification familiale dans les communautés ?

- Quel est le contexte social, culturel et politique pour promouvoir l'information et les services de planification familiale au Rwanda ?
- Comment les programmes de planification familiale et de SR traitent-ils des besoins des adolescents, à l'avis des adultes et dans l'optique des jeunes ?
- Quels sont les besoins spéciaux des veuves et femmes seules dans la communauté dont il faut tenir compte lors de la conception des programmes de PF/SR ?
- Quelles sont les possibilités d'intégrer les programmes de planification familiale ?

Les réunions avec les parties concernées représentaient une partie très importante de l'étude faite par l'équipe. Une fois le questionnaire finalisé et traduit et une fois qu'on s'est mis d'accord sur l'approche de l'équipe, celle-ci a rencontré des représentants de divers ministères, d'instituts, de bailleurs de fonds, des dirigeants religieux et communautaires, d'abord à Kigali et ensuite dans les districts. La première réunion avec les parties concernées a permis d'expliquer les objectifs de l'évaluation. A la fin des activités de terrain, les résultats préliminaires ont été présentés lors d'une autre réunion où le MS, l'USAID et les bailleurs de fonds étaient représentés. La participation à la réunion des bailleurs de fonds au début et à la fin de la mission montre combien le rapport sera un document important pour l'USAID, le Ministère de la Santé et d'autres bailleurs de fonds quand ils devront identifier et planifier leurs interventions programmatiques. (Voir Annexe XI : Première réunion des parties concernées - Objectifs de l'évaluation ; Annexe X : Réunion technique pour formuler les questionnaires.)

Lors de la réunion des parties concernées, l'équipe a démarré la phase interview de l'étude. Les membres de l'équipe se sont divisés en quatre équipes avec deux personnes chacune (un membre de l'équipe Advance Africa collaborant avec un interviewer du MS), puis ils se sont rendus dans les centres des six districts, y compris Kigali. Dans chaque centre de santé, ils ont interviewé des groupes séparés avec 8-10 hommes, femmes, adolescents et adolescentes. Les groupes étaient rassemblés dans le centre de santé local. En plus, chaque équipe a interviewé des prestataires de la santé au centre ainsi que des clients à la sortie du centre de santé (un client sur deux a été choisi). (Voir Annexe III pour le calendrier des visites sur place.)

Toutes les interviews de groupe ont été facilitées en kinya-rwanda par le personnel de PRIME II, avec un observateur d'Advance Africa accompagné d'un traducteur. A chaque endroit, on a réuni un groupe d'hommes, de femmes, de femmes seules/veuves, de dirigeants communautaires, d'adolescents et d'adolescentes. Les interviews avec les prestataires de services et les clients ont été réalisées avec un membre de l'équipe d'Advance Africa travaillant comme partenaire de l'interviewer du MS.

Le choix des sites où allaient se dérouler les interviews a été fait par l'USAID, en collaboration avec le MS et PRIME II.

- Faible prévalence de la contraception.
- Prévalence élevée de la contraception comparée à d'autres districts (ville de Kigali).
- Prévalence élevée de mariages d'enfants.
- Prévalence élevée de polygamie.

- Prévalence de mutuelles.

Les visites sur place ont été réalisées dans les districts suivants. Les interviews de groupe ont été réalisées avec les groupes suivants :

### Evaluation du Rwanda : Visites sur le terrain

District	Adolescents		Femmes	Hommes	Veuves et femmes célibataires	Dirigeants communautaires		Clients	Accoucheuses traditionnelles	Animateurs de santé ***	Prestataires de santé
	M	F				M	F				
Gitarama <i>Hôpital Kabgayi*</i>	10	9	10	10	12	2	5	6	7	3	7
Kibuye, <i>Hôpital Kibuye</i>	9	9	8	14	5	5	1	5	5	24	3
Byumba <i>Centre de santé Bungwe**</i>	10	8	8	11	6	9	6	11	6	21	5
Umutara, <i>Centre de santé Tabagwe</i>	6	7	8	8	*	4	1	7	N A	7	2
Kibungo, <i>Centre de santé Kirehe</i>	8	6	8	7	6	5	NA	4	N A	5	8
Ville de Kigali, <i>Centre de santé Kabusunzu</i>	7	6	8	6	3	3	2	2		2	2

\*Catholique \*\* Anglican

\*\*\*La majorité des animateurs de santé que l'équipe a rencontrés sur le terrain étaient des hommes. Mais c'est le niveau élevé d'abandon des femmes animatrices de santé qui en est la raison plutôt que la préférence pour les animateurs masculins.

### Analyse et rédaction du rapport

A la fin des interviews, l'équipe s'est réunie à Kigali pour une analyse initiale des données de l'interview. PRIME II a facilité les discussions lors des interviews de groupe et les résultats ont été traduits en français. Les réponses des questionnaires ont mis à jour des aspects/problèmes communs à tous les districts et d'autres revêtant un caractère plus spécifique au district.

En fonction de l'évaluation initiale, l'équipe a préparé une présentation approfondie pour la seconde réunion avec les parties concernées et une séance d'information avec l'USAID.

L'analyse des données des questionnaires a été faite par l'équipe d'Advance à Washington. L'équipe a ensuite fait le rapprochement entre les résultats du questionnaire et les données collectées lors de l'examen des documents complétant l'examen initial par d'autres documents pertinents. Sur la base des deux ensembles de données, l'équipe a préparé le présent rapport.

## **Contraintes de la méthodologie**

Cette évaluation n'a été faite que dans six des 10 districts du Rwanda. Les sites n'ont pas été choisis aléatoirement et les personnes interviewées n'ont pas été choisies par un processus statistique aléatoire. De plus, l'évaluation a adopté une approche qualitative approfondie et n'a pas utilisé de méthodes quantitatives. Aussi, n'est-il pas possible de généraliser les résultats à l'ensemble de la population rwandaise. Toutefois, les résultats ont été guidés par une pléthore de données et un examen approfondi de la situation, ainsi que par le point de vue des dirigeants, des prestataires de services et des clients du Rwanda. Les contraintes de temps n'ont pas permis à l'équipe de couvrir tous les districts et, par conséquent, les résultats ne devraient pas être utilisés pour arriver à des conclusions générales s'appliquant à l'ensemble du pays. Toutefois, l'évaluation dégage une évaluation essentielle pour guider la formulation de politiques et programmes en matière de santé de la reproduction au Rwanda.

## V. Résultats

Cette section se rapporte strictement et amplement à l'information collectée pendant cette évaluation.

### A. Pourquoi les femmes rwandaises n'utilisent-elles pas les services de PF ?

Plusieurs résultats clés sont discutés ci-après en réponse à cette question. L'association de femmes vivant dans la pauvreté avec des taux de fécondité élevés revêt un caractère primordial. Il faut également noter que les doctrines socioculturelles et religieuses définissent les comportements des femmes et affectent leur utilisation des services de PF. L'inadéquation de l'information, des conseils et des services de planification familiale sont d'autres barrières évidentes qui entravent l'utilisation des services. On a également demandé à l'équipe d'examiner dans quelle mesure le génocide était une question « particulière » qui a pu contribuer à l'augmentation de la fécondité et à la faible utilisation de contraceptifs.

#### 1. Pauvreté

Dans tous les districts, les communautés relient une fécondité élevée et une faible utilisation de la contraception avec la pauvreté et, par ailleurs une faible fécondité avec de meilleurs niveaux de vie. Les communautés donnent des exemples de familles avec moins d'enfants comme ayant « moins de kwashiorkor », étant « plus heureuses » et ayant les moyens d'éduquer leurs enfants. Il existe d'amples preuves montrant qu'une fécondité élevée est reliée à la pauvreté. Les indicateurs clés des caractéristiques générales de l'EDS confirment les points de vue communautaires. Toutefois, il existe également une contradiction entre ce que les gens disent et ce qu'ils font du point de vue utilisation de la contraception. Les signes de la pauvreté sont décrits comme l'ignorance, l'analphabétisme et le manque de connaissance des services de PF.

#### 2. Influences socioculturelles et religieuses

Les femmes, les hommes et d'autres étaient d'accord pour dire que la doctrine de l'Eglise, surtout la doctrine catholique, encourage la planification familiale naturelle et décourage l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. La doctrine catholique renforce les concepts rwandais traditionnels concernant « les enfants comme étant des cadeaux de Dieu. » Cela renforce encore les croyances culturelles contre l'utilisation de contraceptifs modernes. Les dirigeants communautaires de Gitarama observent que, « *l'Eglise aggrave la situation en désapprouvant l'utilisation de la planification familiale.* » Certaines églises n'informent pas à propos de la PF car, tel que le dit ce répondant, « *La Bible nous dit que nous devrions avoir autant d'enfants que les grains de sable de l'océan et, quand vous pratiquez la planification familiale, vous tuez des*

*créatures de Dieu.* »<sup>3</sup> Les dirigeants communautaires de Kibungo, groupe composé uniquement d'hommes, ont noté que, « *Les églises ne sont pas sensibles [à ces questions] et les églises sont ignorantes, alors comment peuvent-elles enseigner quelque chose ?* » Toutefois, l'Eglise anglicane souligne le bien-être familial et, dans ce contexte, l'Eglise encourage la planification familiale depuis les années 80. On pensait que les protestants fondamentalistes, tels que les pentecôtistes, étaient opposés à l'utilisation de la planification familiale moderne et il faudrait donc peut-être noter que la raison pour laquelle les influences religieuses sont importantes, c'est parce qu'elles viennent renforcer les croyances culturelles traditionnelles au Rwanda.

### 3. Information et counseling sur la planification familiale

La connaissance du VIH/SIDA était très élevée parmi ceux que l'équipe a rencontrés lors de l'évaluation sur le terrain au Rwanda. Par ailleurs, les hommes et les femmes pensaient que l'information sur la planification familiale n'était pas disponible. Il n'existe pas de messages d'IEC pour les clients qui viennent consulter d'autres services. Selon les répondants, les programmes radiophoniques parlent rarement de la planification familiale alors que des campagnes de sensibilisation au VIH/SIDA sont organisées sur l'ensemble du pays. Aussi, existe-t-il diverses conceptions erronées sur les dimensions de la planification familiale qui est vue uniquement comme « un moyen de limiter les naissances. » Telle est la marque laissée par l'ONAPO, qui était structuré d'après l'ancien modèle visant à atteindre des objectifs démographiques plutôt qu'en fonction des nouvelles directives de la CIPD.

### 4. Accès aux services

Le Gouvernement du Rwanda a placé les centres de santé à des endroits proches de la population, mais le terrain physique et le manque de transport font qu'il est difficile pour les femmes de se rendre aux centres de santé pour des services « préventifs » de non-urgence. Les interviews dans les districts indiquent que le travail des femmes qui pratiquent l'agriculture de subsistance est tellement ardu qu'elles n'ont pas le temps de se rendre dans les formations sanitaires pour obtenir des services de planification familiale.

Pour les femmes qui sont seules à la tête d'un ménage, il est impossible de faire tout leur travail et de venir au centre de santé car les services **ne sont pas disponibles tous les jours ou alors les centres sont fermés.**

- [Les femmes] n'ont pas le temps de se rendre au centre de santé pour obtenir les services car elles ont trop de travail dans les champs.
  - Lorsque [les femmes] rentrent après une journée de travail dans les champs, elles sont fatiguées et en plus, le centre de santé est fermé.
- Buyumba, dirigeants communautaires

<sup>3</sup> Discussions à Umutara avec des dirigeants communautaires.

## 5. Manque de pouvoir décisionnel des femmes dans le ménage

Dans tous les districts, les gens pensaient que ce sont les hommes qui prennent essentiellement les décisions concernant la taille de la famille. Quand le mari ou le partenaire ne semble pas la soutenir, la femme évite d'utiliser des contraceptifs. Même les adolescents pensaient que, « puisque les hommes sont responsables de la famille, c'est à eux de décider ou de participer aux décisions concernant le nombre d'enfant. » Un groupe composé uniquement de dirigeants communautaires masculins de Kibungo indiquent que, « *Ils ont des problèmes dans la communauté quand la femme est allée au centre de santé sans le consentement du mari.* »

- Les maris s'opposent à ce que leur femme utilise la PF.
  - Les femmes n'ont pas grand chose à dire concernant le nombre d'enfants que doit avoir la famille.
  - Dans la culture rwandaise, l'homme devrait produire autant d'enfants qu'il veut.
  - La famille du mari peut s'opposer à la pratique de la planification familiale de la femme qui ne veut plus d'enfants ou qui veut en avoir moins.
  - Les gens pensent encore que les enfants sont des cadeaux de Dieu et ainsi, ils continuent d'avoir des enfants.
  - Si la communauté pense que vous allez chercher des services de planification familiale, elle vous critiquera et, par conséquent, les femmes cachent le fait qu'elles utilisent la planification familiale.
  - Les femmes ne veulent pas utiliser la planification familiale parce qu'elles ont peur que leur mari aille voir d'autres femmes.
- Dirigeants communautaires de Gitarama,

Aujourd'hui, les femmes ont le droit de posséder des terres, mais les lois coutumières qui ont refusé pendant si longtemps de tels droits aux femmes sont ancrées dans l'esprit des gens et, par conséquent, ceux qui ont répondu ont indiqué que, « ce sont les hommes qui doivent décider car ce sont eux qui possèdent les ressources. »

## 6. Modes de mariage et de relations

La guerre et le génocide ont laissé 85 000 ménages aux mains d'enfants dont certains ont grandi ou ont été acceptés par d'autres familles. Environ 120 000 personnes sont en prison, attendant d'être jugées pour des crimes liés au génocide, imposant ainsi un fardeau économique de taille, tant pour l'Etat que pour les ménages.

Selon l'EDS du Rwanda, la « polygamie n'est pas très répandue au Rwanda ; elle ne concerne que 12% des femmes vivant en union. Chez les hommes, le taux de polygamie s'élève à 7%. » Même si la polygamie n'est pas très répandue, l'évaluation constate que les relations informelles et les multiples partenariats sont chose courante, créant ainsi des distorsions dans les organisations et les moyens de

Beaucoup d'hommes pratiquent la polygamie. Tel était déjà le cas avant la guerre mais depuis, la pratique est encore bien plus répandue. Même certaines femmes riches cherchent des hommes et les épousent. Le besoin de planification familiale dans le ménage polygame est très important car les femmes se livrent concurrence quant au nombre d'enfants.  
Exemple de Cellule : Il existe 159 familles avec 38 veuves et six familles polygames. Une autre qui est en charge du secteur avec 816 familles compte de nombreuses veuves et 36 familles polygames. Dans cette région, si une femme n'a pas d'enfant dans les deux ans, l'homme prend une autre épouse et la première peut être abandonnée.  
-Animateur de santé à Umutara, centre de santé de Tabagwe

subsistance des ménages. Le fait que la polygamie soit condamnée par l'Eglise et ne soit pas approuvée par l'Etat ne semble guère compter. Un nombre important de personnes en

âge de procréer cherchent des partenaires, sont sexuellement actives et n'ont pas accès aux services de PF ou alors, souhaitent un plus grand nombre d'enfants pour réaliser leurs intentions en matière de procréation.

## 7. Crainte des effets secondaires liés à l'utilisation des méthodes modernes de PF

Les injectables sont les méthodes les plus utilisées parmi les méthodes de planification familiale modernes au Rwanda.<sup>4</sup> Dans les six districts, l'équipe a entendu des plaintes répétées et constantes des hommes, des femmes, des adolescents et des dirigeants communautaires concernant les éventuels effets secondaires liés à l'utilisation des contraceptifs. Le génocide a également augmenté les peurs de perdre la capacité d'avoir des enfants. Tel que l'indique cette répondante, elle « avait entendu parler de quelqu'un qui avait eu une vasectomie avant le génocide

- Les complications sont graves pour les femmes dans les zones rurales ayant un accès limité aux services de santé et, par conséquent, elles arrêtent d'utiliser la PF. Les prestataires de santé sont « incompetents » et ne fournissent pas aux femmes des explications suffisantes.  
*-Pasteur presbytérien*
  - Les femmes se plaignent des effets secondaires. Normalement, des examens sont faits avant de fournir la PF.  
*-Assemblée du Bon Pasteur*
  - En tant que mère, je pense que les contraceptifs ont trop d'effets secondaires et, par conséquent, je préfère ne pas utiliser de contraceptifs.  
*-Représentante féminine d'une association de femmes*
  - Il existe un manque de formation efficace pour identifier et traiter les complications liées aux contraceptifs.  
*-Représentant du Secteur de l'Education*
- Dirigeants communautaires à Kibungo, février 2002

et qui a perdu à présent tous ses enfants. Maintenant, il est seul et il ne peut plus avoir d'enfants. » Parmi ceux qui soutiennent les services de planification familiale, cela semble constituer un obstacle de taille.

Une autre étude confirme ces résultats sur les effets secondaires, notamment : les maux de tête qui durent tout le temps que les femmes continuent d'utiliser les contraceptifs ; le gain de poids, surtout dans les pieds, les règles prolongées et la stérilité.<sup>5</sup> Les discussions avec les hommes, les femmes et même les adolescents ont spécifié des plaintes liées à des saignements excessifs, une baisse de la production du lait maternel et même le « cancer. »

## 8. Difficulté à utiliser les méthodes de planification familiale naturelle

Des questions étaient incluses sur la planification familiale naturelle pour déterminer l'adéquation de telles méthodes pour des groupes choisis puisqu'une grande majorité de la population est catholique. Les méthodes de planification familiale naturelle (PFN)

<sup>4</sup> EDS 2000, Rwanda.

<sup>5</sup> SWAA Rwanda L'HHUMURE Society for Women and AIDS in Africa B.B. 5196 Kigali Rwanda. Etude sur la Santé de la Reproduction et les Droits de la Femme rwandaise : Travail réalisé grâce à l'appui technique de l'Université John Hopkins/ Population Communication Services (JHU/PCS) et au soutien financier de l'Agence des Etats-Unis pour Développement international (USAID) Kigali, 2001. (L'information à ce propos a été réunie dans les six districts : **Gikongoro, Ruhengeri, Nyagatare (à Umutara) Kibuye et Remera et ville de Kigali**).

introduites au Rwanda avant la guerre ont probablement connu une certaine réussite. On a cherché à obtenir le point de vue tant de la communauté que des prestataires de santé concernant les possibilités de promotion de méthodes de naturelles. La réponse était favorable du point de vue approbation de la méthode comme idéale, naturelle, sans effets secondaires et respectant les croyances religieuses et culturelles. Mais la majorité pensait que celui ou celle qui cherchait à pratiquer la PFN en tant que méthode efficace devait surmonter des obstacles de taille :

- Les méthodes de planification familiale naturelle devraient être utilisées par une famille qui a de la discipline et un bon contrôle. Ces méthodes sont difficiles à utiliser et demandent beaucoup d'éducation en même temps qu'un compromis entre le couple.
  - Dirigeants communautaires de Buyumba
- Les méthodes de planification familiale naturelle ne sont pas efficaces et elles sont difficiles à utiliser. La planification familiale naturelle demande éducation et discipline.
  - Groupe de dirigeants communautaires masculins de Kibungo

- La discipline et le contrôle de soi-même, surtout quand l'alcool est présent et que les hommes ne participent pas. Cela a également été cité par d'autres études faites au Rwanda.<sup>6</sup>
- La difficulté pour les femmes d'utiliser la méthode du calendrier, surtout celles qui ne savent pas lire.
- Le problème de l'alcool et la pratique du retrait.
- Les femmes ont peur que leur partenaire se rende chez une autre femme si elle insiste pour pratiquer la planification familiale naturelle.

## 9. Problèmes particuliers rencontrés par les veuves, les femmes séparées et divorcées

L'équipe a constaté que les veuves et les femmes seules rencontrent des obstacles de taille pour avoir accès aux services de planification familiale. En effet, dans tous les districts, les prestataires de soins de santé ont dit que les veuves ne venaient généralement pas au centre de santé pour parler au personnel de la planification familiale et cela, pour diverses raisons. Les gens se moquent d'elles et elles n'ont personne à qui faire confiance pour parler de la planification familiale. Les femmes hésitent à utiliser des services qui sont clairement identifiés comme des services de planification familiale. Le fait que l'on ne respecte pas le caractère confidentiel de l'entretien est un autre problème. Les besoins des femmes qui sont seules, divorcées,

Les veuves dans la communauté recherchent des hommes pour les soutenir afin qu'elles puissent survivre. Si vous allez chercher des services de planification familiale dans la communauté, les gens vont vous critiquer. Par conséquent, les femmes cachent qu'elles utilisent la planification familiale.

- Dirigeants communautaires

<sup>6</sup> SWAA Rwanda L'HHUMURE Society for Women and AIDS in Africa B.B. 5196 Kigali Rwanda. Etude sur la Santé de la Reproduction et les Droits de la Femme rwandaise : Travail réalisé grâce à l'appui technique de l'Université John Hopkins/Population Communication Services (JHU/PCS) et au soutien financier de l'Agence des Etats-Unis pour Développement international (USAID) Kigali 2001. (L'information à ce propos a été réunie dans les six districts : **Gikongoro, Ruhengeri, Nyagatare (à Umutara) Kibuye et Remera et ville de Kigali**).

veuves ou dont le mari est en prison revêtent un caractère unique car elles n'ont été ciblées par aucun des programmes existants. Cela s'applique tout particulièrement aux femmes qui n'ont pas de partenaire et qui ne sont pas supposées être sexuellement actives.

#### **10. Accès, connaissance et soutien pour les services de santé de la reproduction des adolescents**

Au Rwanda, l'âge légal pour se marier est 21 ans. Mais des mariages précoces ont lieu dans certaines communautés. Pendant ce temps, elles n'utilisent pas les services de santé, s'exposent ainsi elles-mêmes, ainsi que leurs enfants, à un risque accru d'infirmité et de décès.

Nous voyons bien des enfants qui sont à la tête de ménages qui se marient trop jeunes pour avoir des enfants et ensuite, la pauvreté augmente et la polygamie augmente. Puis, il existe un grand nombre de veuves qui sont dans une situation difficile et là aussi, il existe un besoin de PF.  
-Jeunes dirigeants communitaires de Kibungo

#### **11. La planification familiale est vue comme une «limitation des naissances» plutôt que comme un « espacement des naissances »**

La planification familiale est devenue synonyme de la limitation des naissances plutôt qu'une intervention permettant d'améliorer la santé des mères et des enfants. Une représentante d'un groupement féminin a indiqué que, « les gens pensent que la planification familiale concerne la limitation des enfants et que les femmes qui espacent les naissances sont abandonnées par le mari. »

### **Génocide : Impact du génocide sur le comportement sexuel et reproducteur**

Une réponse simple, qui met le génocide en parallèle avec le souhait de « remplacer les morts » ne saisit pas les problèmes complexes que rencontrent les hommes et les femmes au Rwanda après le génocide. A la demande du MS, l'équipe a examiné si le génocide a eu des répercussions sur le comportement en matière de fécondité et a influencé l'utilisation des contraceptifs. Il existe des données qualitatives et des indices importants, mais ce sont les points de vue des communautés et des prestataires de soins de santé sur l'importance du génocide à ce niveau qui exigent une analyse plus détaillée. A l'évidence, le génocide fait partie de la réponse expliquant la diminution de l'utilisation de la contraception au Rwanda. En général, la survie après le génocide était suivie par des mécanismes d'adaptation individuels et collectifs, notamment un changement dans le comportement sexuel et de procréation.

- Les gens souhaitent plus d'enfants pour remplacer ceux qu'ils ont perdus.
  - Les veuves dans la communauté recherchent des hommes qui peuvent les aider à survivre.
  - Le mariage précoce est répandu.
  - La polygamie, il est courant à présent dans ces régions que les hommes ont trois à cinq femmes qui ont beaucoup d'enfants.
  - Après le génocide, la prostitution a augmenté et les hommes qui ne croient pas dans la polygamie sont ceux qui ont des relations avec des prostituées ou qui vont chez d'autres femmes et ils justifient cela en disant qu'ils aident les femmes.
- Dirigeants communautaires de Buyumba

- Les **réalités culturelles et sociales** des gens ont été transformées, renforçant certains aspects des traditions culturelles, telles que la polygamie et le mariage précoce. Ces traditions ressortent, résultant de la perte d'un nombre important d'hommes adultes.
- La vie sociale collective, source de confiance et de soutien mutuel dans les communautés, a été très meurtrie, créant soupçons, tensions et conflits.
- La survie pendant et après le génocide revêtait diverses formes et diverses significations pour la population. Par conséquent, les personnes cherchaient :
  - « à trouver un nouveau sens » à la vie,
  - une raison de « continuer »,
  - une chance de « remplacer les morts »,
  - l'occasion de « créer une famille qui était perdue »,
  - « une occasion de panser les plaies. » Pour un grand nombre, cela signifiait avoir un enfant ou plusieurs enfants. En outre, un grand nombre de veuves n'avaient pas eu le nombre d'enfants qu'elles souhaitaient avoir.
- La communauté voyait les programmes de planification familiale comme des interventions pour la limitation des naissances plutôt que pour l'espacement des naissances. Vu la nature pronataliste de la société rwandaise et l'appui de la doctrine de l'Eglise, il est important de réorienter les anciens messages de la campagne de l'ONAPO concernant la limitation des naissances car le « pays est petit » et le nombre d'habitants trop élevé.
- Le dilemme que connaissent la plupart des jeunes dans les pays de l'Afrique subsaharienne est encore plus prononcé au Rwanda car les jeunes sont soit des témoins, soit des victimes du génocide. Un grand nombre d'entre eux ont pris le rôle de chef de famille et certains sont des orphelins et des enfants de la rue.
- Les faveurs sexuelles sont de plus en plus accordées pour de l'argent, surtout chez les jeunes et les femmes les plus vulnérables, celles seules, divorcées et veuves. Les femmes qui n'ont pas de partenaire pratiquent essentiellement l'agriculture de subsistance et elles manquent d'argent pour acheter les produits de base ou la main-d'œuvre nécessaire pour exécuter les tâches qu'elles ne peuvent pas faire elles-mêmes.
- Les familles perdues et séparées, les veuves, les femmes seules, les orphelins,

• L'utilisation des services de planification familiale a diminué depuis que le génocide a apporté tellement de problèmes. Les femmes et la population ont perdu le « plaisir de la vie » et les gens souhaitent remplacer les morts (femmes représentant l'association féminine).

• Il existe un grand nombre de veuves qui sont sans enfant et qui souhaitent remplacer leurs enfants (pasteur).

• Avant la guerre, le gouvernement avait appliqué la politique de la PF, mais après la guerre, il existe de nombreuses autres priorités et le gouvernement n'insiste pas sur la PF (pasteur).

Dirigeants communautaires de Kiungo

L'ampleur sans précédent et la nature répandue du génocide au Rwanda a affecté directement ou indirectement toutes les personnes, toutes les institutions et tous les groupes. Les organisations doivent chercher les voix légitimes de la communauté pour créer un forum pour des idées qui sont transparentes.

les populations déplacées présentent tous des besoins particuliers auxquels doivent répondre les programmes de santé de la reproduction pour les aider non seulement à prévenir des grossesses non souhaitées, mais également à éviter le VIH/SIDA.

## **B. Dans les points de prestation de services de santé, quels sont les obstacles entravant la fourniture de services de planification familiale de qualité ?**

Les résultats et les recommandations en réponse à cette question sont une synthèse des données collectées dans les points de prestation des six districts auprès de prestataires à différents niveaux, de clients et de communautés. Les recommandations cherchent à supprimer les obstacles dans les points de prestation qui peuvent répondre aux interventions stratégiques pour améliorer la qualité et la disponibilité. On a également examiné les possibilités d'amélioration et de renforcement des services dans les points de prestation. L'identification de ces barrières était la première étape pour trouver la base des recommandations. Le processus en cours de la décentralisation renforcera la gestion des programmes au niveau district. Les données ont été collectées auprès des groupes suivants :

- Prestataires de soins de santé,
- Personnel médical/sanitaire au niveau district,
- animateurs de santé,
- Accoucheuses traditionnelles,
- Clientes.

### **1. Ressources humaines insuffisantes, tout notamment en ce qui concerne les prestataires des services de planification familiale**

L'équipe a constaté que le niveau et l'orientation de la formation varient grandement entre les prestataires et cela pour diverses raisons. Le MS, soutenu par l'OMS, le FNUAP ou d'autres bailleurs de fonds, avec la collaboration de l'ARBEF, a dispensé une importante formation sur la planification familiale. Mais la distribution de prestataires formés en planification familiale dans les points de prestation des districts visités par l'équipe est inadéquate. Une majorité importante des prestataires de soins de santé rencontrés lors des visites dans les districts n'avaient pas reçu une formation suffisante en matière de planification familiale, d'où des répercussions sur la qualité de l'information et des services que reçoivent les clients. Le surcroît de travail sur les prestataires de services peut être observé à Kibuye. Par exemple, la demande pour des services tels que l'assistance qualifiée lors de l'accouchement, les services prénatals et autres urgences ont poussé le prestataire à expliquer que les contraintes de temps ne lui permettaient pas de consacrer son temps aux services de planification familiale.

## 2. Inadéquation du personnel technique à la Direction de la Santé de la Reproduction

En 1998, la Direction de la Santé maternelle et infantile au Ministère de la Santé a adopté un nouveau cadre institutionnel et est devenue la Direction de la Santé de la Reproduction. La Direction a gardé le même niveau de ressources techniques et humaines, malgré l'ampleur des divers volets à mettre en œuvre (élaboration de politiques, normes et procédures de SR, conception, mise en œuvre, suivi et évaluation de programme). Quand l'équipe se trouvait sur le terrain, la Direction comptait quatre membres techniques mais ne disposait pas d'un médecin. Le fonctionnaire du Ministère de la Santé qui accompagnait l'équipe était chargé de la distribution de contraceptifs. Suite à son absence, ses responsabilités ont soit été ajoutées à celles de quelqu'un d'autre, soit n'ont pas été assumées.

## 3. Capacité des centres de santé et prestataires en ce qui concerne la prestation de services de planification familiale de qualité, tel qu'observé dans les six districts visités

La formation des prestataires de santé est insuffisante et les conséquences qui en découlent au niveau des points de prestation sont les suivantes :

**a. Counseling :** Le counseling (ou conseil) pour le choix de la méthode et sur les effets secondaires possibles sont des volets importants pour garantir la qualité. Un counseling approprié sur les méthodes de planification familiale et les effets secondaires n'est pas donné aux clients, tel qu'indiqué par les discussions dans le cadre des interviews avec les clients et des discussions de groupe dans les districts.

Les animateurs de la santé ont indiqué que des clients qu'ils avaient envoyés vers des centres de santé leur ont dit que les prestataires n'avaient pas parlé des effets secondaires et n'avaient pas fourni les méthodes appropriées, leur donnant celles qui étaient disponibles au centre.

**b. Santé de la reproduction des adolescents :** Les prestataires de santé ne peuvent pas fournir les soins complets de santé de la reproduction des adolescents. Il existe également des conceptions erronées concernant les critères cliniques quant au type de contraceptifs que les adolescents peuvent et ne peuvent pas utiliser.

Le prestataire à Kibungo pensait que les méthodes hormonales influencent la future fécondité et, par conséquent, ne fournissaient ni pilule ni injectable aux adolescentes. Une

Vu que le mariage précoce n'est pas permis par la loi, les jeunes hommes peuvent aller en prison et les jeunes femmes seront renvoyées dans leur famille. Aussi, les mariages ne sont-ils pas inscrits officiellement et sont arrangés en cachette. Si une jeune femme a 20 ans et si elle n'est pas mariée, elle est considérée comme une vieille femme. Certaines femmes qui ont beaucoup d'enfants peuvent décider elles-mêmes d'arrêter et de pratiquer la planification familiale. Quand un homme demande à une jeune fille de 16 ans de l'épouser, elle accepte généralement car elle a peur de perdre sa chance de trouver un mari. Quand la fille a 21 ans, ils rendent le mariage légitime. Vu qu'ils ne sont pas un couple légitime, il est difficile de leur parler.

**-Groupes communautaires de Byumba**

telle position est contraire au formulaire des directives de PF utilisé au centre de santé. Le formulaire était disponible, mais n'était pas utilisé par le prestataire.

#### **4. La planification familiale n'est pas jugée une question prioritaire par certains responsables de la santé aux niveaux province et de district**

Les prestataires de la santé à tous les niveaux reconnaissent le lien entre une fécondité élevée et un mauvais état de santé et les difficultés économiques des familles. Toutefois, pour certains responsables de la santé aux niveaux province et de district, la planification familiale n'est pas jugée une priorité. En effet, les nombreuses priorités sanitaires dans les districts font qu'il est difficile pour les responsables d'accorder une attention primordiale à la planification familiale. Dans un district, le médecin chef a dit qu'il juge inutile la planification familiale. Dans un autre district, le directeur de la Santé, des Affaires sociales et de la Femme a indiqué qu'il était trop préoccupé par le travail administratif et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et de lutte contre le paludisme et que la planification familiale n'est pas actuellement une priorité. Coïncidence, ces deux responsables n'avaient pas reçu de formation portant sur la planification familiale.

#### **5. Choix limités de méthodes**

A l'exception de Kigali, dans tous les districts, les seules deux méthodes qui étaient disponibles étaient la pilule et les injectables. Les conséquences de ce manque de choix de méthodes pour les femmes sont graves. A Gitarama, l'équipe a rencontré une femme hospitalisée pour sa quatrième grossesse à hauts risques suite à l'hypertension. Elle avait cherché auparavant à utiliser la planification familiale. Les prestataires lui avaient conseillé de ne pas prendre de méthode hormonale, mais puisque le DIU n'était pas disponible, elle s'est retrouvée enceinte pour la quatrième fois. Le choix de méthodes est limité dans tous les centres de santé auxquels l'équipe a rendu visite. Par exemple, une cliente à Tabagwe utilisant un contraceptif vaginal était forcée d'arrêter l'utilisation car la méthode n'était plus disponible au centre. On lui a proposé des contraceptifs hormonaux qu'elle ne souhaitait pas et, par conséquent, elle a arrêté l'utilisation de la PF.

#### **6. Les services de PF ne sont pas disponibles tous les jours au centre de santé**

La politique de santé stipule, au titre de ses principes, que les services de santé doivent être accessibles afin de vérifier des soins continus pour les clients. Toutefois, les services de planification familiale ne sont fournis dans certains centres que des jours spécifiques de la semaine. La raison en est la suivante : les clients qui viennent pour d'autres services sont servis en premier et ceux qui viennent pour la planification familiale doivent revenir un jour spécial. C'est un obstacle pour les femmes qui doivent parcourir de longues distances pour se rendre aux centres de santé.

## **7. Les services d'IEC dans les points de prestation de services sont précaires**

Il n'existe pratiquement pas d'activités d'IEC dans les points de prestation de services. En effet, dans tous les sites visités par l'équipe, le matériel de PF/IEC n'était pas affiché à des endroits où les gens attendaient pour recevoir les services ou recevaient les services. Les séances d'IEC étaient également rares. Au centre de Tabagwe, à Umutara, par exemple, le centre de santé n'avait réalisé que deux séances de PF/IEC pendant les six derniers mois. Le prestataire a indiqué que les femmes venaient individuellement et qu'il était difficile d'organiser des séances collectives d'IEC.

## **8. Coût des services de planification familiale**

Même si les contraceptifs sont gratuits au Rwanda, les visites de suivi sont payantes. Les femmes qui commencent à utiliser des contraceptifs ont besoin de services de conseil et/ou doivent changer de méthodes s'il existe des complications. Un grand nombre de clientes se plaignent du coût de ce suivi. Vu que les femmes ont d'autres problèmes en plus des complications liées à l'utilisation de contraceptifs, cela donne l'occasion aux conseillers de la santé de traiter d'autres problèmes des femmes et de les orienter à ce moment-là vers d'autres établissements.

## **9. Services limités pour les adolescents et les jeunes**

Les préjugés des prestataires de santé face aux besoins de SR des adolescents sont indiqués clairement par les recommandations d'abstinence comme la solution de prévention, tant du VIH/SIDA que des grossesses non souhaitées. La plupart des prestataires ont dit que les adolescents ne devraient pas utiliser les méthodes de PF car ils ne sont pas en mesure de contrôler leur comportement sexuel. Les prestataires pensent également que l'on encourage l'activité sexuelle si l'on parle de contraceptifs. L'ARBEF continue à être le seul prestataire qui s'occupe d'adolescents et fournit des services de planification familiale aux adolescents à Kigali.

## **10. Collaboration limitée entre les centres de santé, les animateurs de santé et les accoucheuses traditionnelles**

### **a. Animateurs de santé :**

Les programmes des animateurs de santé ont été mis en place au Rwanda en 1995 dans le but de promouvoir les programmes de santé au sein de la communauté et d'augmenter l'accès aux services et l'utilisation des services. Les hommes et les femmes sont choisis par la communauté et le comité du centre de santé garantit leur

- Il n'existe pas de collaboration pour la planification familiale.
  - Nous avons fait des enquêtes de la population que nous avons remises au centre de santé mais il n'y a avait pas de feed-back.
  - La motivation, il n'existe pas de motivation et il n'y a pas suffisamment de temps ; nous devons faire d'autres choses pour survivre.
- Animateurs de santé, centre de santé de Kirehe, Kibungo

candidature et fournit les critères de leur travail. Les animateurs de santé réalisent des activités de connaissance/sensibilisation et fournissent certains services. Ils sont formés et supervisés régulièrement au niveau communautaire par les centres de santé aux niveaux district, régional et central. L'accès aux formations sanitaires pour la plupart des Rwandais n'est guère aisé pour les raisons susmentionnées. Les animateurs de la santé vivent proche de la population et connaissent bien la communauté. Leur connaissance de la vie sociale et culturelle des habitants de la communauté en fait des partenaires très utiles. Les discussions avec les animateurs de la santé montrent qu'ils connaissent la taille de la communauté, les modes de mariage et sont au courant des principaux problèmes auxquels se heurte la communauté. Leurs recommandations reposent sur des réalités concrètes qu'ils observent tous les jours sur place.

Même si l'équipe pense que les animateurs de santé sont une ressource utile pour améliorer la santé des communautés, les discussions avec ces derniers dans les districts ont mis à jour les problèmes suivants :

- La relation entre les animateurs de santé et les centres de santé n'est pas très bonne, même si les animateurs fournissent une information utile dégagée par les enquêtes qu'ils réalisent dans la communauté.
- La formation dispensée aux animateurs de santé semblerait inadéquate. Par exemple, dans le centre de santé de Kirehe, à Kibungo, les animateurs de santé ont indiqué qu'ils

n'avaient été formés que pendant une semaine en 1997 et ils nous ont remis des aides manuelles (aides professionnelles).

- Les réunions organisées avec le centre de santé et le médecin chef de district concernant leurs activités ne sont pas jugées « utiles » par les animateurs de santé.
- Les animateurs de santé qui ont travaillé dans le cadre des anciennes structures de l'ONAPO pensaient que les incitations et la motivation qu'ils recevaient par le passé étaient bien meilleures parce qu'ils n'étaient pas en transition et qu'ils n'ont pas vraiment profité du nouveau programme.

**Les accoucheuses traditionnelles à Kibuye fournissent également** des conseils sur la limitation des naissances aux femmes qui ont beaucoup d'enfants et les envoient à l'hôpital pour des services de planification familiale. Elles fournissent également une information sur les vaccinations et une information prénatale. Si les femmes ont leur premier accouchement ou plus de cinq accouchements, elles sont envoyées à l'hôpital et les naissances avec complications sont également aiguillées vers l'hôpital. Un grand nombre de femmes ne savent pas que la planification familiale est une bonne chose pour elles et certains maris ne sont pas d'accord avec la décision des femmes d'utiliser les services de planification familiale. La collaboration avec les prestataires de santé se limite à une réunion tous les trois mois et, généralement, on ne parle pas de la planification familiale lors de ces réunions. Ces accoucheuses ont été formées il y a longtemps et elles reçoivent une certaine mise à jour quand elles vont à la réunion, mais sur d'autres aspects que ceux se rapportant à la planification familiale. Pour le programme, elles sont informées uniquement sur ce qu'elles font.

## **b. Accoucheuses traditionnelles**

Un grand nombre d'accouchements ont lieu à domicile. Ce sont les accoucheuses traditionnelles formées et non formées qui apportent une assistance à ces femmes. Certaines des accoucheuses traditionnelles formées ont des connaissances en planification familiale et fournissent des conseils en la matière. Certaines sont également

actives et travaillent en collaboration avec le centre de santé. Les réunions mensuelles, les rapports et le feed-back du centre de santé varient d'un district à l'autre. Ces variations sont importantes : dans un district, une sage-femme traditionnelle s'est plainte de ne pas recevoir de gants et de trousse. Tel que décrit dans le paragraphe suivant, le travail de 60 sages-femmes actives à Kirehe semble solide, efficace et représente une source possible d'intégration des services de planification familiale. Non seulement elles fournissent les services, mais cette prestation est efficace par rapport aux coûts et peut être maintenue dans le long terme.

Lors de l'évaluation, l'équipe a rencontré quelques accoucheuses traditionnelles et, dans la plupart des cas, l'accoucheuse connaît le centre de santé, envoie ses clientes au centre de santé, mais il n'existe pas de relation formelle qui est créée entre son travail et celui du centre de santé. Toutefois, **dans certains centres de santé, l'équipe a rencontré quelques accoucheuses traditionnelles et, au centre de Kirehe, même si nous n'avons pas rencontré l'accoucheuse traditionnelle, le directeur du centre de santé nous a parlé de la collaboration réussie que le centre avait avec l'association des accoucheuses traditionnelles.** Il existe 60 accoucheuses traditionnelles actives participant aux consultations prénatales et qui ont envoyé presque 67 femmes chaque jour. L'accoucheuse traditionnelle fournit uniquement des conseils et accompagne les femmes aux services de PF et, parfois, fournit des informations. Elle a été en mesure d'acheter des trousse d'accouchement et celles-ci sont gérées par les accoucheurs. Les femmes qu'elles aident à accoucher payent 500 quand elles sont enceintes de huit mois pour les trousse. L'Association traditionnelle des naissances compte actuellement 230 000 FRw.

## **11. Faible participation du secteur privé**

Le secteur privé (médecins privés) ne participe guère à la prestation de la planification familiale. A l'exception de Kigali, l'équipe n'a pas observé de services privés de PF. Les deux cliniques privées à Byumba et à Kibungo ne fournissaient pas de services de PF. Ils envoyaient simplement les femmes vers le centre public. A Kigali, la seule clinique privée visitée offrait des services de PF, mais a exprimé le besoin d'être équipée en matériel d'IEC adéquat et d'obtenir une formation sur les mises à jour de la planification familiale.

## **12. Les services de PF ne sont pas standardisés dans le pays**

Le Document des Standards des Activités de Santé disponible au niveau central comporte une information à jour concernant la planification familiale. Lors des visites sur le terrain, les districts n'avaient pas d'exemplaire ou alors n'utilisaient pas cette information. Les formulaires de PF utilisés pour les clientes étaient également différents. Des formulaires revus étaient disponibles à Kibungo, Byumba et Gitarama. Au centre de Kabusunzu, à Kigali, les anciens formulaires de l'ONAPO étaient encore utilisés. L'ARBEF continue à utiliser ses propres formulaires. De plus, les critères de l'OMS de 1998 pour la planification familiale ne sont pas inclus dans le nouveau formulaire.

### **13. Généralement, les centres de santé privés de l'Eglise catholique n'offrent pas de méthodes modernes**

La majorité des centres de santé catholiques (plus de 33 % dans le pays) n'ont pas le droit de fournir des méthodes de PF modernes. Seule la planification familiale naturelle (PFN) est autorisée. La PFN n'est pas très bien organisée ni très bien gérée. Les femmes sont envoyées vers les centres publics et il n'existe pas de suivi de ces orientations. Sachant les problèmes que rencontrent les clientes qui veulent utiliser la planification familiale naturelle, certains prestataires offrent des services de PF modernes sans l'autorisation officielle de l'Eglise. Dans un des centres, les services de PF étaient très bien organisés. Cet exemple démontre que, parfois, dans de rares occasions, il est possible de faire participer les centres catholiques aux programmes de PF.

### **14. Participation limitée des ONG nationales à la prestation de services de PF**

L'équipe n'a pas rencontré un grand nombre d'organisations non gouvernementales participant à la prestation de services de PF, à l'exception des deux centres de l'ARBEF à Kigali. Un des deux centres de l'ARBEF offre des services de SR intégrés aux CDV et soins prénatals. L'autre est un centre pour les adolescents et les jeunes. Un grand nombre des ONG nationales participent à l'IEC/SR qui comprend la PF.

### **15. Renforcer les liens entre les activités de planification familiale et de santé infantile**

Le niveau de soutien pour les programmes de vaccinations et d'immunisations au Rwanda est très élevé et, à chaque niveau de discussion que l'équipe a organisée, tout le monde était d'accord sur les avantages de la participation à ce programme. La question à la communauté était formulée pour déterminer pourquoi il existait un soutien pour de tels programmes alors qu'il n'existe pas de soutien pour les programmes de planification familiale. La communauté a articulé cela de bien des manières différentes.

- La vaccination est un service direct et simple car on peut voir les résultats et le programme est structuré ;
  - On peut faire le rapprochement immédiatement entre les vaccinations et la santé de l'enfant ;
  - La population comprend le résultat final et connaît les conséquences si on ne vaccine pas les enfants ;
  - Il n'existe pas de caractère honteux ou de rejet de la communauté ;
  - Les femmes peuvent aller au centre de santé car elles constatent une relation directe entre la grossesse sans problèmes et les accouchements sans risques.
- Dirigeants communautaires de Gitarama

La communauté croit fermement dans les avantages de cette activité sanitaire et participe. Ce sont surtout les femmes qui cherchent à vérifier que leurs enfants sont vaccinés et protégés contre les maladies infantiles. La relation est bien connue entre la participation à de tels programmes et une bonne santé, tant pour les mères que pour les enfants. Par conséquent, l'évaluation voit l'occasion d'intégrer les messages et les services de planification familiale dans le contexte de ces programmes.

A Kibungo, les dirigeants communautaires ont donné une autre dimension expliquant pourquoi le programme de vaccinations était bien soutenu. Ils ont dit que les femmes sont supposées montrer leur carnet de vaccinations et que celui-ci était devenu comme un « ordre » qu'elles sont obligées de suivre. Dans le cas des vaccinations, les femmes se rendent aux séances car c'est un ordre du gouvernement vu que celui-ci a déployé des « campagnes ». La chose a été confirmée par des discussions avec les femmes qui pensaient que c'était obligatoire et que, si elles ne pouvaient pas montrer leur carnet de vaccinations, elles ne seraient pas traitées de manière correcte par les prestataires de santé.

### **C. Motivation et pratique de planification familiale : Quelles sont les options/possibilités de participation ou d'engagement communautaire ?**

La section suivante décrit les possibilités qui existent pour encourager la participation de la communauté afin d'accroître la demande et l'utilisation des services de planification familiale. L'engagement communautaire peut se faire à différents niveaux, suivant la manière dont la communauté souhaite participer.

Les résultats suivants identifient les partenaires possibles dans la communauté où la participation peut être encouragée et maintenue. Les discussions avec des dirigeants communautaires, des animateurs de santé, des dirigeants religieux et des associations de femmes ont permis d'identifier les possibilités suivantes et de faire des recommandations en vue de renforcer l'engagement communautaire.

#### **1. Organisations et associations de femmes**

Les organisations et associations de femmes au Rwanda ne sont pas un nouveau phénomène. En 1986, presque un tiers des 1 457 organisations étaient enregistrées comme des groupes socioéconomiques féminins et 143 comme des réseaux de femmes. L'équipe de l'évaluation a rencontré les coordinateurs de MIGROFE et des membres d'associations et groupements féminins. Le tableau suivant indique le nombre de groupements féminins qui existaient en 1999.

**Groupements et associations de femmes, 1999**

Préfecture	120
Commune	1540
Secteur	1160
Cellule	8620

Source : USAID/Société civile du Rwanda dans Evaluation et Options du Rwanda

Ces associations fournissent toute une gamme de services dont une assistance matérielle en cas d'urgence, des conseils en cas de traumatisme, des formations et assistances juridiques et des activités de mobilisation de revenus. Les organisations féminines aident

essentiellement les femmes qui sont vulnérables, telles que les veuves, ainsi que les orphelins.

## 2. Dirigeants communautaires

Dans chaque district, des discussions ont été organisées avec les dirigeants communautaires qui ont parlé honnêtement de la nécessité de fournir des services de planification familiale. Le lien pauvreté, taux élevés de fécondité et santé des enfants est bien compris et articulé clairement par la communauté. Les dirigeants communautaires ont souligné la nécessité de disposer d'information pour communiquer avec les gens sur la planification familiale afin de les motiver. Les dirigeants communautaires exercent de l'influence dans la communauté et peuvent changer les attitudes. Ils ont indiqué qu'ils étaient intéressés à participer aux activités de planification familiale, bien qu'ils reconnaissent l'existence d'autres priorités. Les questions de planification familiale et de santé de la reproduction ne peuvent occuper une place prédominante qu'avec leur soutien. Les préoccupations à propos des adolescents, des grossesses non souhaitées et du VIH/SIDA sont déjà un problème commun qui relie et mobilise les communautés.

## 3. Institutions et groupes religieux

Au Rwanda, plus de 50% de la population fait partie de l'Eglise catholique, 35% de la population est protestante et 8% à 10% sont des musulmans. Actuellement, il n'existe pas d'opposition organisée aux services de planification familiale. Les fondamentalistes catholiques et les protestants, tels que les pentecôtistes, sont opposés à la planification familiale. Par ailleurs, l'Eglise anglicane prépare un document de planification stratégique pour 2002-2003 qui comprend la planification familiale. L'Eglise anglicane est active, travaillant avec les Unions des Mères sur l'ensemble du pays. Actuellement, 320 unions sont organisées. Elles peuvent servir de mécanisme pour promouvoir les services de planification familiale.

Les discussions avec des groupes d'hommes, de femmes, d'adolescents, de veuves et de femmes seules montrent bien que la religion **a influencé** leur comportement en matière d'utilisation de la planification familiale. L'Eglise recommande l'abstinence pour les jeunes et la fidélité pour les couples mariés comme moyen de prévention, tant du VIH/SIDA que des grossesses non souhaitées. Les centres de santé administrés par des institutions catholiques ne fournissent pas de services de planification familiale. Les clients sont envoyés ailleurs pour obtenir des services de planification familiale. Parfois, quand des prestataires des centres de santé catholiques sont confrontés à la réalité de femmes qui viennent et demandent des services, ils les fournissent en cachette. La chose a été observée par l'équipe durant une visite à un centre de santé.

L'influence de la religion est particulièrement forte chez les adolescents. Une adolescente à Kibungo a indiqué qu'il faudrait « *Suivre les Dix Commandements car les chrétiens ont un bon contrôle d'eux-mêmes et respectent leur corps comme le temple de Dieu.* » Le message demandant que l'on obéisse et que l'on respecte les parents est également communiqué par l'Eglise. Les gens souhaitent également inculquer des rôles traditionnels qui définissent la féminité et la masculinité chez les adolescents. Ces rôles de l'homme et

de la femme sont renforcés par les institutions religieuses. Certaines personnes souhaitent suivre la culture rwandaise et éviter entièrement les choses modernes. Ces personnes se couvrent « *pour ne pas attirer l'attention et cacher leur corps.* » Aussi, si la religion peut s'avérer un obstacle au niveau de l'utilisation des services contraceptifs, elle encourage par ailleurs l'abstinence, l'activité sexuelle plus tardive, le respect de l'âge légal du mariage, la famille, se déclarant par ailleurs contre la prostitution.

#### **4. Syndicats**

Les syndicats sont des partenaires idéaux des programmes de planification familiale et de santé de la reproduction. Les syndicats au Rwanda ont des structures organisées pouvant être utilisées pour communiquer l'information et les activités de planification familiale à leurs membres et à la communauté plus vaste. CESTRAT (Syndicat central des Travailleurs rwandais), qui est la principale entité syndicale au Rwanda, témoigne de l'importance de tels groupes. L'organisation fournit des services de santé et des services bancaires à des taux réduits pour les membres à Kigali, Gisenyi, Cyangugi, Kibungo, Butare, Mugambazi-Kigali Rural et Ruhengeri. Outre sa mission plus traditionnelle de protection des droits des travailleurs, CESTRAR a également déployé plusieurs campagnes d'éducation civique sur la démocratie et la bonne gouvernance. L'évêque anglican à Kigali nous a informé que le Syndicat des Chauffeurs de Taxi a contacté l'Eglise pour lui demander de lui prêter assistance pour la prévention du VIH/SIDA. Cela souligne la nécessité d'informer les hommes qui ont un emploi ou qui sont indépendants.

## VI. Recommandations

### A. **Recommandations pour augmenter la demande pour les services de planification familiale : comment pouvons-nous augmenter la demande des femmes pour des services de planification familiale ?**

Les recommandations pour augmenter la demande pour des services de planification familiale doivent traiter les interventions de politiques, de plaidoyer et de programme à divers niveaux.

#### 1. **Relier l'équité entre les sexes et les questions de population pour améliorer l'accès, la qualité, ainsi que la disponibilité et l'utilisation de la contraception pour les femmes rwandaises**

En 1997, suite à la restructuration du Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires sociales, on a créé le Ministère du Genre et de la Promotion des Femmes, MIGEPROFE, lui confiant les missions suivantes :

- Concevoir des politiques et programmes pour remédier au déséquilibre existant entre les hommes et les femmes concernant leur statut social et économique du point de vue accès aux possibilités et même chance de départ ; et
- Concevoir des programmes pour accroître rapidement la participation des femmes à la productivité économique en concentrant sur leur éducation et en renforçant leur statut économique.

Des structures encourageant l'équité entre les sexes et l'habilitation des femmes ont été mises en place aux niveaux central et local. Elles sont efficaces pour mobiliser le soutien et ont réussi à changer les lois d'héritage concernant les femmes. La politique gouvernementale concernant le rôle de la femme se fonde sur les droits et l'habilitation des femmes qui constituent la base pour promouvoir la santé de la reproduction dans le contexte des droits en matière de reproduction. Les associations et groupements féminins sont **organisés, relativement bien financés et sont reconnus sur le plan national et international** pour le travail qu'ils continuent à faire au niveau de la reconstruction nationale, de la réconciliation et de l'instauration de la paix.

- Reformuler la planification familiale dans le contexte de la santé de la reproduction et utiliser la réussite et le soutien pour les droits de la femme afin d'éviter toute controverse entourant le programme de planification familiale dans un pays avec des attitudes pronatalistes et religieuses très répandues ;
- Forger de solides liens de partenariat et de collaboration avec des groupes intervenant sur le plan de l'équité entre les sexes aux niveaux central, district et communautaire pour le plaidoyer et la mise en œuvre des programmes de planification familiale. Ces programmes devraient être reliés aux activités continues, telles que la mobilisation de revenus, les connaissances juridiques, la

- paix et la réconciliation qui disposent d'un solide soutien et d'un caractère légitime au sein de la population ;
- Fournir les ressources adéquates pour renforcer les capacités nécessaires pour réaliser ces initiatives et ne pas marginaliser les questions de planification familiale, ainsi que pour établir des mécanismes permettant de fournir une information et des services ;
  - Travailler avec des organisations telles que FAWÉ concernant l'habilitation de jeunes femmes, étendre à plus grande échelle leurs programmes sur la sensibilisation à l'équité entre les sexes dans les écoles de l'ensemble du pays. Des organisations comme FAWÉ peuvent élargir le champ d'action de leurs activités et inclure la formation des enseignants en matière de planification familiale et éducation sur la sexualité dans le contexte de l'égalité entre les sexes, d'où de meilleures chances de changer le comportement de fécondité dans le long terme.
  - Mettre en place des programmes conjoints de prévention et de soin, des groupes de microfinancement pour les femmes pour démarrer des programmes de distribution à base communautaire traitant des besoins des femmes, des adolescentes ainsi que de celles qui ont été victimes de la violence sexuelle.

## **2. Augmenter l'engagement des hommes**

L'évaluation a constaté que l'engagement des hommes dans la planification familiale est une question d'importance critique qui doit être traitée si l'on veut que les programmes de planification familiale réussissent au Rwanda. Les résultats du terrain montrent sans exception que « les femmes n'ont pas le principal rôle décisionnel concernant la sexualité et la fécondité. » Vu que les hommes sont les principaux décideurs, il faut concevoir des interventions qui les encouragent à soutenir activement les programmes de planification familiale et encouragent leur partenaire à participer. Les recommandations ci-après présentent certaines des stratégies qui ont été proposées et des expériences qui ont réussi dans d'autres parties du monde.

### **a. Stratégies pour promouvoir l'engagement des hommes**

Les hommes n'ont pas été ciblés par le passé comme des clients de la planification familiale et, par conséquent, des aspects tels que les **préjugés des prestataires** et les besoins sexuels spéciaux des hommes rendent difficile l'accès ou l'utilisation des services pour les hommes. Le counseling du couple, quand il est possible, renforce la communication et augmente l'utilisation de contraceptifs chez les hommes et les femmes dans des relations monogames, mais cela n'est pas toujours possible vu la relation de pouvoir inégale entre les deux sexes. Il existe d'autres canaux pour atteindre les hommes, tels que les prestataires masculins et les distributeurs à base communautaire. L'équipe a constaté que la plupart des animateurs de santé dans les districts étaient des hommes. Dans des cultures plus traditionnelles, on constate que les agents de santé masculins orientent les hommes vers les services. Au Kenya, l'utilisation d'éducateurs-pairs masculins pour apporter l'information sur la planification familiale représentait une source acceptable et fiable d'information pour la plupart des hommes

interviewés. L'étude constate que l'utilisation actuelle de distributrices à base communautaire «soulève des tensions et décourage les hommes de participer aux activités de planification familiale.» Les hommes «ne se sentent pas à l'aise» avec des animatrices communautaires, car «la culture locale ne soutient pas les femmes comme sources crédibles d'information sur les méthodes de planification familiale.<sup>7</sup> Il faut atteindre les hommes par le biais de groupes où il existe un nombre prédominant d'hommes, tels que les syndicats et les associations d'hommes. Par exemple, l'Evêque anglican du Rwanda indiquait que le Syndicat des Chauffeurs de Taxi avait demandé à l'Eglise de l'aider à fournir informations et conseils sur le VIH/SIDA car un grand nombre de ses membres meurent suite au VIH/SIDA.

**b. Promouvoir l'engagement des hommes à la maternité sans risques et à la santé infantile**

On peut constater que les attitudes des hommes face à la santé des enfants sont très positives. Une étude faite par le Population Council indique que la grossesse et le contexte des soins prénatals représentent une bonne occasion de faire participer davantage les hommes à la santé de leur partenaire et de leurs enfants. Toutefois, l'étude montre également que le contexte de la SMI n'est guère «amicale» envers les hommes dont un grand nombre ne voient que peu d'avantages concrets découlant de «l'engagement des hommes».<sup>8</sup> *Les interviews avec des hommes dans les six districts ont montré clairement que les vaccinations et les services prénatals pour les femmes étaient très appréciés et soutenus par les hommes. Leur relation avec une bonne santé, tant pour la mère que pour les enfants, était non seulement comprise mais soutenue activement.* Un tel engagement est important, non seulement pour une grossesse sans risques, mais également comme moyen d'améliorer la santé sexuelle et de la reproduction. C'est une première étape pour faire rentrer les hommes en contact avec le système de prestation de soins de santé, les exposant ainsi à davantage d'information concernant les questions sexuelles et de reproduction et leur permettant ainsi de mieux comprendre les avantages de la planification familiale. Tel que nous l'avons vu dans les centres de santé, exception faite des hommes qui viennent pour des problèmes médicaux, la majorité des personnes qui fréquentent les centres de santé sont des femmes et des enfants.

**c. Atteindre les hommes par le biais de canaux à l'extérieur des services de santé**

Les services de santé au Rwanda n'arrivent pas à atteindre les hommes, adolescents et adultes. Aussi, faut-il chercher d'autres canaux de prestation pour

---

<sup>7</sup> Population Council, « Male Participation in Decision – Making on Family Planning and Modern Contraceptive Use in Kenya » p. 59

<sup>8</sup> Integrating HIV Prevention and Care into Maternal and Child Health Care Settings: Lessons Learned From Horizons Studies July 23-27 Massai Mara and Nairobi Consultation Report, Horizons Program Published in 2002

leur apporter l'information et les services, tant sur le plan de la planification familiale que de la prévention du VIH/SIDA. Il faudrait cibler des institutions religieuses telles que les églises, les mosquées et autres associations masculines pour leur apporter des informations sur la planification familiale. Il faudrait également étudier d'autres canaux qui ont été utilisés efficacement pour apporter des messages d'IEC pour le VIH/SIDA et inclure des messages de planification familiale pour encourager les hommes à soutenir les programmes de planification familiale. Il faut étudier et suivre attentivement la manière dont les deux messages peuvent être communiqués sans s'affaiblir mutuellement afin de vérifier l'adéquation du public et des messages, garantissant la participation active des hommes à leur santé et à celle de leur partenaire.

**d. Concevoir un programme spécifique pour atteindre les adolescents masculins**

Il est capital de traiter la santé de la reproduction des adolescents au Rwanda. Il n'existe pas de formule ou de solution facile pour atteindre ce groupe. Il convient d'utiliser de multiples canaux et toute une gamme d'approches. L'avant-projet de la politique de la santé de la reproduction du ministère définit les problèmes et défis entourant la santé de la reproduction des adolescents au Rwanda. Certaines des raisons citées concernent l'absence de programmes qui ciblent les adolescents pour leur apporter des services dans des contextes confidentiels, l'analphabétisme et le manque d'information, les différences et déséquilibres entre les deux sexes sur le plan de l'éducation, la violence à l'égard des adolescentes, les abandons scolaires suite à une grossesse non souhaitée et la pauvreté dans les ménages où vivent les adolescents.

**3. Utiliser les accoucheuses traditionnelles pour fournir informations et services de planification familiale**

Les accoucheuses traditionnelles peuvent accroître nettement l'accès pour les femmes pauvres qui sont les moins susceptibles de fréquenter les services modernes de santé. En effet, les accoucheuses traditionnelles sont la source d'information la plus probable pour les femmes qui leur font confiance sachant que les conseils sont confidentiels et qu'elles peuvent également servir d'intermédiaires entre les femmes, leur mari et les familles pour obtenir un soutien à l'utilisation de services contraceptifs.

Il faut former les accoucheuses traditionnelles en matière de maternité sans risques et counseling et services de planification familiale. Le défi à relever au niveau de cette stratégie est de vérifier que la formation est adéquate, que des liens sont établis avec les systèmes de soins de santé pour encourager la collaboration et le partenariat mutuels. Le suivi et la supervision des accoucheuses traditionnelles, aux fins de vérifier la qualité et la disponibilité, seront également des aspects importants.

**4. Renforcer et soutenir le rôle des animateurs de santé**

Les animateurs de santé sont une source efficace d'information car ils sont proches de la communauté et voient les changements qui ont lieu aux niveaux ménage et individuel. Ils

connaissent bien les aspects socioculturels et religieux de la vie communautaire et peuvent communiquer avec des groupes qui ne sont pas en contact fréquent avec les centres de santé. Ils participent à des campagnes sanitaires, telles que les vaccinations et la lutte contre le VIH/SIDA.

Le recyclage et la réorientation des animateurs de santé pour faire de la planification familiale un aspect central de leurs activités sera un moyen important d'arriver à des groupes peu desservis, surtout les hommes, les adolescents et les femmes des zones rurales. Ces animateurs auront besoin d'outils et de directives pour donner des conseils sur les méthodes de planification familiale, ainsi que d'un réapprovisionnement adéquat en contraceptifs pour leurs clients. De solides liens avec les centres de santé doivent être appuyés par des incitations pour maintenir leur engagement et leur volontariat. Ils pourront fournir un accès à la planification familiale pour les femmes qui n'utilisent pas des sources traditionnelles de planification familiale.

## **5. Forger des partenariats avec des associations et groupes religieux**

Contrairement à d'autres groupes de la société civile qui ont peu de membres et peu de ressources financières, les institutions religieuses atteignent de vastes publics qui transcendent les frontières ethniques, de classe et géographiques. Les associations religieuses au Rwanda interviennent dans le cadre du bien-être social fondé sur l'aide à autrui et la doctrine de la religion voulant « qu'il faut aider celui qui ne peut pas pourvoir à ses besoins. » Par conséquent, dans les groupes religieux islamiques et chrétiens, les interventions de santé et la communication de ces messages ont été couronnées de succès. L'équipe a rencontré des représentants des églises catholiques, anglicanes et musulmanes à Kigali pour connaître leurs points de vue sur l'amélioration de la santé de la reproduction. De plus, des discussions ont été organisées avec des dirigeants religieux des trois grandes religions aux niveaux national et de district pour comprendre leurs points de vue et formuler des recommandations pour le présent rapport sur la manière de les engager à la promotion de la santé de la reproduction au Rwanda. Tel qu'indiqué par les résultats, la religion exerce une forte influence sur la vie des gens. Ces réseaux ont réussi à utiliser la religion pour mobiliser les communautés face à des questions telles que la santé de l'enfant, l'allaitement maternel, la violence à l'égard des femmes, l'espacement des naissances et autres questions non controversées. Des exemples, tels que les clubs de mères organisés par l'Eglise anglicane et l'Eglise catholique de Biroyogo, sont des exemples de premier plan dont a pris connaissance l'équipe pendant l'évaluation.

Tout le monde est d'accord sur la nécessité de forger des alliances avec des groupes religieux basées sur le respect mutuel et la connaissance de la doctrine religieuse. Quand la doctrine religieuse soutient une fécondité élevée, il est particulièrement important de forger des partenariats et de communiquer des messages de sorte à arriver à un consensus sans créer de controverse et de polarisation. Les éléments fondamentaux de cette stratégie sont les suivants :

- Promouvoir l'espacement des naissances plutôt que la limitation des naissances ;

- Promouvoir la santé de la femme plutôt que les droits des femmes en matière de sexualité ;
- Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles ;
- Promouvoir la maternité sans risques ;
- Prévenir le VIH/SIDA ;
- Promouvoir, le cas échéant, la planification familiale naturelle.

Les limitations des préceptes religieux et des interprétations concernant la planification familiale et les droits en matière de reproduction restent encore des défis pour chaque religion. Un pasteur indique que les gens pensent que l'utilisation de la planification familiale, c'est comme tuer un enfant qui va naître. Certaines églises prêchent le même message.

**Problèmes/défis entourant la collaboration avec des institutions religieuses :** En principe, la religion catholique n'encourage pas les méthodes modernes de planification familiale, mais plutôt les méthodes naturelles pour espacer les naissances. Toutefois, ces institutions reconnaissent la difficulté d'utiliser les méthodes traditionnelles. Il est important de noter que l'opposition aux services de planification familiale n'est pas organisée de manière à rendre impossible l'utilisation de la PF par des femmes, si des services de qualité étaient facilement disponibles. La participation aux activités de prévention et de soins du VIH/SIDA a également placé les institutions religieuses au premier plan de celles qui luttent pour enrayer la montée de l'épidémie. Des discussions avec les organisations religieuses communautaires montrent clairement que les messages des églises concernant les facteurs-risques et encourageant le dépistage et le counseling sont déjà communiqués à la population.

## **6. Réaliser des interventions en vue de saisir les répercussions du génocide sur les programmes de planification familiale**

Le Gouvernement du Rwanda a mis en place des politiques, des programmes et des structures pour traiter les problèmes liés au génocide dans le cadre d'un plan hautement prioritaire. Aux termes de la paix, de la stabilité, de la réconciliation, de la reconstruction, de la décentralisation et du développement, on espère que la société rwandaise peut panser les plaies d'un événement aussi traumatique et tragique. Les programmes de planification familiale peuvent aider à résoudre certains des problèmes que rencontre le pays tout au long de son rétablissement s'ils sont conçus de sorte à tenir compte des aspects suivants :

- Traiter les besoins de SR des groupes cibles qui ont été affectés par le génocide ;
- Mettre en place un forum aux fins de discussion des modes se présentant au niveau de la santé sexuelle et de la reproduction et qui ont des répercussions négatives sur la SR ;
- Porter au programme les répercussions du génocide sur la transformation culturelle et psychologique à long terme des perceptions de la population concernant la réponse à « ceux perdus » ;

- Inclure les questions de PF et de SR au dialogue de la paix et de la réconciliation pour traiter la violence à l'égard des femmes et éviter l'exploitation sexuelle des femmes et des filles ; et
- Traiter le problème de la mise au ban des veuves et des femmes seules dans la communauté.

## **B. Recommandations pour améliorer la qualité et l'accès aux services de planification familiale : comment pouvons-nous améliorer la qualité des services de PF dans les points de prestation de services ?**

### **1. Renforcer les capacités des ressources humaines**

Au vu des questions complexes de la santé de la reproduction, il est indispensable d'avoir un personnel technique adéquat pour suivre, coordonner et harmoniser les activités entre le niveau central et de district si l'on veut atteindre les objectifs fixés. Au sein de la Direction de la SR, il serait avantageux actuellement de disposer d'un personnel adéquat pour se concentrer sur la planification familiale. Suite à la réorganisation de l'ONAPO, le MS aura un solide partenaire pour aider à coordonner certaines activités telles que la recherche et l'évaluation. Toutefois, il faut renforcer la capacité technique du MS au sein de la Direction de la SR.

### **2. Sensibiliser davantage à la PF parmi les responsables de la santé aux niveaux province et de district**

La décentralisation en cours dans le pays peut sensibiliser les responsables de la santé à l'importance des services de planification familiale qui seront vus comme un volet d'importance critique pour la santé. En effet, son impact sur la maternité sans risques et la survie de l'enfant devrait être le fondement pour soutenir la PF, valorisant leur travail. Les ateliers spéciaux pour comprendre les liens entre la planification familiale et d'autres secteurs facilitent la collaboration entre les différents secteurs et augmentent leur possibilité à défendre la PF. La formation devrait être donnée dans le contexte des améliorations à base de performance vérifiant que la PF reçoit une priorité dans le contexte d'autres activités.

### **3. Renforcer la capacité des prestataires de soins de santé à différents niveaux**

Il convient d'accorder une priorité au renforcement des connaissances techniques sur la prestation des services de planification familiale, de formuler une vision commune des principes de PF et d'adapter une connaissance et adhésion uniforme aux politiques, normes et procédures pour tous les prestataires de la PF aux divers niveaux des centres de santé. En effet, les différentes approches et orientations distinctes des prestataires de la planification familiale créent des tensions parmi les clients et les communautés. Cela mène à des interprétations politiques de la compétence, à savoir un manque de confiance. Actuellement, il existe des directives définies à l'échelle internationale pour former les prestataires de la planification familiale et évaluer leur performance. Ces normes et

procédures doivent être la base de la supervision, du suivi et de l'évaluation du programme de PF.

Il faut revoir la formation continue ou en cours d'emploi pour inclure les stratégies d'amélioration à base de performance, telles que celles utilisées par le projet PRIME II. De nouvelles approches à la formation doivent être essayées pour fournir une formation soit sur place, soit à distance, de manière efficace par rapport aux coûts. La formation de base en PF doit être standardisée dans toutes les facultés de médecine et un programme revu doit être formulé conjointement avec des organismes collaborateurs, tels que JHPIEGO.

Une formation doit être dispensée aux infirmières et sages-femmes qui fournissent des services prénatals en counseling et services de planification familiale. Ce sont les infirmières/sages-femmes et les aides médicales qui constituent l'essentiel du personnel fournissant des services dans les consultations prénatales des districts que nous avons visités. Aussi, la formation de ces prestataires portant sur le counseling en planification familiale serait-elle un investissement important. La formation en cours d'emploi et la distribution d'outils pour aider les femmes qui ne souhaitent pas une autre grossesse serait une intervention importante.

#### **4. Etendre à plus grande échelle le programme de distribution à base communautaire au Rwanda**

Suite à des contraintes de temps et de logistique, les visites aux programmes DBC à l'ARBEF et à l'ONAPO n'ont pas pu être réalisées. Toutefois, la réussite des programmes DBC dans d'autres pays de l'Afrique subsaharienne encourage l'équipe à penser que les services de planification familiale, par le biais d'une stratégie avancée, permettraient effectivement de : 1) diminuer la charge de travail des prestataires de santé ; 2) utiliser les centres de santé comme points de référence pour les nouvelles utilisatrices et les complications connexes ; 3) rendre les services de PF plus disponible et accessibles chaque jour ; 4) renforcer la capacité des prestataires à offrir un ensemble intégré de services de SR ; et 5) augmenter le nombre de prestataires pour éviter un travail excessif en recrutant de nouveaux membres du personnel et en les distribuant adéquatement dans le pays.

#### **5. Accélérer la formulation de politiques, normes et procédures en PF**

Le MS doit accélérer la formulation de politiques, normes et procédures (PNP) en matière de planification familiale et de santé de la reproduction. En second lieu, il est également très important de les communiquer aux formations sanitaires au niveau des districts. Une nouvelle stratégie d'IEC et un nouveau plan de formation pourront être formulés en fonction des PNP. Une mise à jour ainsi que du matériel d'IEC doivent être donnés à tous les prestataires. On pourra mieux coordonner le suivi et l'évaluation des activités en standardisant et en uniformisant la prestation de services.

## 6. Appliquer les recommandations de l'évaluation DELIVER sur la logistique des contraceptifs

Le système de logistique des contraceptifs est un volet important de l'évaluation.<sup>9</sup> Le MS est conscient de la nécessité de renforcer le système de logistique des contraceptifs. Les discussions avec le représentant du Cabinet de la Première Dame soulignent la nécessité d'améliorer la qualité des services, notamment la disponibilité des méthodes et le choix des méthodes avant de promouvoir la planification familiale dans le pays. Le renforcement de ce système aurait un impact très important, diminuant les plaintes de problèmes, réels et perçus, liés à l'utilisation des contraceptifs. Par conséquent, il faudrait appliquer d'abord les recommandations proposées par l'équipe DELIVER pour vérifier l'approvisionnement en contraceptifs et la sécurité contraceptive.

## 7. Renforcer le rôle des animateurs de santé

Il faut mettre au clair le rôle et les responsabilités des animateurs de santé, ainsi que leur relation avec la communauté et les centres de santé. Afin de définir et de décrire les tâches, une étape importante consiste à formuler des visions communes, des buts et objectifs précisant les responsabilités. Il faut recycler les animateurs de santé et leur fournir du matériel d'IEC pour qu'ils puissent communiquer les messages de santé et fournir des services de planification familiale à base communautaire. Le personnel des centres de santé et les animateurs de santé doivent discuter de la mise en place et du renforcement des programmes de planification familiale en utilisant l'avantage comparatif dont chacun dispose. Par exemple, un des problèmes cités par les animateurs de santé concerne le manque d'utilisation, par le centre de santé, des données d'enquête qu'ils lui apportent.

Dans un groupe de discussion avec des prestataires de santé du centre de santé Kirehe à Kibungo, les aspects suivants ont été notés :

- Les accoucheuses traditionnelles qui collaborent avec le centre de santé n'interviennent pas sur le plan de la planification familiale, mais au niveau de la maternité sans risques.
- Les femmes viennent à la consultation prénatale car elles connaissent les risques de la grossesse, mais elles ne connaissent pas les avantages de la PF.

La supervision de ces prestataires par le personnel du centre de santé doit être revue et réorganisée pour valoriser le travail qu'exécutent les animateurs de santé ainsi que pour aider et soutenir les animateurs de santé. Les contraintes financières que rencontre la communauté demandent que soit réexaminé le système de *volontariat* demandé aux animateurs de santé pour voir comment on peut les garder sans qu'ils perdent leur engagement. Durant la visite sur le terrain, un grand nombre des animateurs de santé que nous avons rencontrés étaient des hommes. C'est dû apparemment au nombre important de femmes qui ont abandonné le programme. Il serait important d'augmenter le nombre de femmes animatrices afin qu'elles puissent s'adresser aux femmes.

---

<sup>9</sup> Voir rapport complet du membre de l'équipe DELIVER, Marilyn Noguera.

## **8. Renforcer le rôle des accoucheuses traditionnelles**

Le rôle actuel des accoucheuses traditionnelles au Rwanda est faible alors qu'elles pourraient avoir un impact très important, communiquant avec les femmes pour la maternité sans risques et les services de planification familiale. En effet, l'expérience dans un grand nombre de pays de l'Afrique subsaharienne montre que les accoucheuses traditionnelles disposent de la confiance des femmes et sont une source importante d'information sur la santé sexuelle et de la reproduction. Elles sont une ressource précieuse si elles sont bien formées, suivies et supervisées par les services sanitaires modernes. Il est important d'examiner les différentes communautés pour voir d'abord s'il est possible d'utiliser les accoucheuses traditionnelles et de les former en matière de maternité sans risques et de planification familiale. Il faut étudier davantage les programmes réussis, tels que l'Association des Accoucheuses traditionnelles de Kirehe, pour déterminer si de tels modèles peuvent être reproduits dans certaines parties du pays.

Les discussions avec les accoucheuses traditionnelles à Kibuye ont montré que les accoucheuses traditionnelles soutenaient la planification familiale. Même si elles placent la planification familiale dans le contexte de la maternité sans risques, elles souhaitent en apprendre davantage à propos de la planification familiale, surtout pour aider les femmes à prendre en charge les effets secondaires. Elles soutiennent la planification familiale pour celles qui ont déjà le nombre d'enfants qu'elles souhaitent. Là aussi, la planification familiale comme intervention pour l'espacement des naissances n'a pas été mentionnée, mais elles ont indiqué que la PF améliore la santé et le bien-être de la mère.

La politique sanitaire de 1995 indique que le gouvernement reconnaît qu'une partie importante de la population continue à utiliser la médecine traditionnelle et l'encourage à s'organiser. Le centre de santé devra forger le lien entre médecine moderne et traditionnelle.<sup>10</sup>

## **9. Renforcer le rôle des ONG, du secteur privé et des centres de santé religieux en matière de services de PF**

Les services intégrés, tels que ceux dispensés par l'ARBEF à Kigali et dans d'autres régions du Rwanda peuvent être un modèle, même si les clients payent davantage. La disponibilité des méthodes encourage la demande des clients. L'association des prestataires du secteur privé devrait coordonner ses activités avec le MS pour trouver des manières plus efficaces d'étendre les services de PF dans les centres privés en dehors de Kigali. Un plaidoyer spécial pour la prévention du VIH/SIDA devrait être réalisé avec le Conseil national du VIH/SIDA pour encourager l'Eglise catholique à appliquer la politique nationale de la SR dans ses centres de santé.

## **10. Examiner les coûts liés aux services de planification familiale**

Il faut réexaminer les coûts liés à l'utilisation des services de planification familiale. Par exemple, les complications associées à l'utilisation de contraceptifs, pour vérifier la

<sup>10</sup> Politique sanitaire nationale, Rwanda, février 1995. Elaborée lors de l'Atelier tenu à Butare du 26 au 31 décembre 1994 et discutée aux fins d'amendement lors de l'atelier de Kibusunzyu les 28 et 29 janvier 1995 conjointement avec l'Organisation mondiale de la Santé.

continuation et donner confiance aux femmes demandent une dispense du paiement dans les services de santé. Les initiatives des mutuelles de la santé sont un autre mécanisme permettant de fournir des services aux gens pauvres qui peuvent payer le montant de 3 500 FRw par an.

## **11. Intégration de la planification familiale aux activités de santé existantes**

Dans le cadre de la présente évaluation, l'équipe a cherché des possibilités d'intégration des activités de la planification familiale. Les recommandations se fondent sur la faisabilité de l'intégration et le potentiel de synergie. Ce ne sont que quelques exemples parmi les nombreuses possibilités qui peuvent être identifiées avec les parties concernées d'autres secteurs. Par exemple, les activités d'éducation, les activités avec les jeunes et les activités agricoles ne sont pas incluses mais constituent des domaines possibles de collaboration aux fins de promouvoir les programmes de planification familiale.

### **a. Intégration de la planification familiale et de la lutte contre le VIH/SIDA**

Sur l'ensemble du pays, des activités de lutte contre le VIH/SIDA sont réalisées. Des messages de prévention des centres de dépistage et counseling, ainsi que des programmes éducatifs, sont mis en place par de nombreux centres de santé, organisations et associations connexes. Ces programmes touchent un segment important de la population et ciblent les jeunes, les femmes et les hommes dans les zones rurales et urbaines. La demande est notamment élevée pour les services de CDV et ces centres sont l'occasion d'intégrer les messages et les services de planification familiale comme volet d'importance critique des services pour les clients séropositifs et séronégatifs. Ces services sont efficaces par rapport aux coûts et comptent parmi leurs clients des groupes sexuellement actifs exposés au risque de contracter le VIH/SIDA ou d'avoir des grossesses non désirées.

La nécessité d'intégrer les services de CDV et les services de planification familiale est une conclusion importante de l'équipe de cette évaluation. La recommandation repose sur le fait que les groupes qui se rendent dans les centres de CDV courent également un risque de grossesse non souhaitée car ces groupes sont engagés dans des activités sexuelles non protégées.

### Avantages des services intégrés

- Des groupes particuliers peuvent être atteints, tels que les femmes **veuves et non mariées**, avec des taux de VIH élevés, qui représentent un nombre élevé de celles se rendant dans les sites CDV et qui ne reçoivent pas les messages traditionnels de planification familiale.
- La participation des hommes aux programmes de planification familiale est un but très important puisque ce sont essentiellement les hommes qui prennent les décisions concernant la fécondité. Aussi, communiquer avec les hommes dans les centres de CDV est un excellent moyen pour promouvoir la participation des hommes à la planification familiale.
- Les veuves et les femmes non mariées qui courent un risque accru de grossesse non souhaitée et souffrent de conséquences sanitaires, sociales et économiques plus graves en ayant des enfants non désirés.
- Toutes les femmes qui sont séropositives ont besoin de counseling et de services sur la planification familiale si elles décident de prévenir une grossesse. C'est particulièrement important pour celles qui ne sont pas proches du système sanitaire ou des prestataires de soins de santé.
- Le temps que passent les clients dans les services de CDV donne aux prestataires l'occasion d'intégrer le même jour l'IEC individuelle ou collective, les services et les aiguillages. Lors des visites sur le terrain, on a constaté qu'il existait de telles possibilités.
- Des thèmes communs, tels que l'engagement des hommes et la violence à l'égard des femmes, peuvent être intégrés dans le contexte des droits de la femme, tant sur le plan de la lutte contre le VIH/SIDA que de la planification familiale, et ainsi les deux messages peuvent être renforcés. Les données sur le VIH/SIDA et les services CDV montrent que la violence sexuelle est un facteur important dont il faut tenir compte lorsque les femmes viennent au counseling.
- Les coûts associés à l'intégration des services de planification familiale seront plus faibles puisque l'infrastructure de base et le système des CDV existe déjà. Faire appel à d'autres programmes qui ont des ressources financières et humaines limitées pourrait par ailleurs limiter l'efficacité du counseling et de la prestation de services de planification familiale.
- Les conseillers pour le VIH/SIDA peuvent bénéficier du soutien des prestataires de la planification familiale ou des services associés à de tels programmes. Nul doute, cela aidera à traiter les problèmes de santé sexuelle et de reproduction de leurs clients. Vu qu'un grand nombre des clients sont ceux qui viennent suite aux conditions prémaritales,<sup>11</sup> on aura l'occasion de conseiller des couples qui commencent leur vie ensemble par rapport à leurs intentions de procréation.
- Quand la **TME** fait partie des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la prévention peut être un service important fourni aux mères qui choisissent de ne pas tomber enceintes après l'accouchement.
- Les services de santé de la reproduction pour les jeunes ne sont pas disponibles dans le pays, mais les jeunes se rendent aux services de CDV aux fins de dépistage. Aussi, ces services sont-ils une bonne occasion de conseiller les jeunes sur les méthodes de planification familiale, que le test soit positif ou négatif.

<sup>11</sup> L'équipe a constaté que les églises demandaient et parfois demandaient aux couples de passer un test de dépistage avant le mariage. Le dépistage avant le mariage est de plus en plus accepté et certaines personnes pensent même qu'il s'agit d'une condition obligatoire.

**b. Apporter des services de planification familiale aux groupes à risques**

- La majorité des clients qui viennent dans les services CDV sont des veuves, des femmes seules et des adolescents qui veulent obtenir un dépistage avant le mariage.
- Il n'existe de services de planification familiale dans le centre qu'ils pourraient obtenir immédiatement avant ou après le test et après avoir pris connaissance des résultats du test.
- Le temps que ces personnes passent au centre CDV va de six à huit heures et, normalement, elles ne rentrent pas chez elles car c'est trop loin. Aussi, elles attendent autour du centre de santé.
- Le nombre de personnes au centre de dépistage est tellement élevé que souvent, les clients sont renvoyés chez eux.
- Un grand nombre des femmes positives sont des veuves et des femmes seules/divorcées.

Les centres de CDV devraient inclure, en tant que priorité, **des services complets de counseling et de prestation de planification familiale** comme aspect intégral des services qu'ils fournissent aux clients qui viennent les consulter. Un grand nombre des clientes des services CDV qui considèrent qu'elles sont exposées au risque de contracter le VIH/SIDA courent également le risque d'une grossesse non souhaitée. Une majorité importante des clientes sont également des veuves et des femmes seules et, tel qu'on l'a observé, il est difficile pour ces personnes d'avoir accès à des services traditionnels de planification familiale dans les services de SMI puisqu'elles ne sont pas mariées. Qu'elles soient séropositives ou séronégatives, elles risquent quand même d'avoir besoin de services de planification familiale, services qui pourraient être dispensés dans ces endroits.

**c. Renforcer les liens entre la PF et les activités de santé infantile/maternité sans risques**

Il existe depuis longtemps un soutien pour les programmes de survie de l'enfant et les campagnes connexes. La communauté est très sensibilisée et connaît bien les avantages de ces programmes. D'excellentes opportunités sont perdues si les messages de planification familiale ne sont pas intégrés à ces campagnes réussies qui sont déployées pour les vaccinations et immunisations. Si les communautés peuvent constater :

- Les avantages d'interventions particulières pour la santé ;
- Les résultats positifs pour la santé qui sont compris et appréciés ;
- Les liens entre l'utilisation de la contraception, la maternité sans risques et la survie de l'enfant ;
- Les liens entre l'espacement des naissances et le statut économique des femmes.

Le pourcentage de femmes vaccinées dans les districts visités se situait dans une échelle allant d'un minimum de 63% à Umutara à un maximum de 84% dans la ville de Kigali. Des conseils en planification familiale peuvent être donnés en même temps aux femmes

qui se rendent aux centres pour des vaccinations. Il est évident, à partir des chiffres, que celles qui viennent aux services de vaccinations tendent à être des femmes qui sont éduquées. Les femmes avec une éducation secondaire sont plus susceptibles de venir aux vaccinations prénatales. Les chiffres montrent également que, plus une femme a d'enfants, moins ces derniers sont susceptibles de recevoir les vaccinations, augmentant ainsi ses risques et les risques de ses enfants. Le pourcentage de femmes obtenant des vaccinations diminue et passe à 41,8% quand elles ont six enfants ou plus.

#### **d. Formation des prestataires de CDV en matière de counseling et de services de planification familiale**

Les prestataires dans les centres de CDV connaissent la nécessité de fournir des services de planification familiale et ont reçu une certaine formation à ce niveau. Mais, vu la quantité d'information qu'ils donnent aux clients, la planification familiale n'a pas été jugée une priorité par ceux qui ont conçu les programmes de CDV. Le manque de proximité des services de planification familiale signifie que les clientes ne peuvent pas recevoir une solution à l'un des problèmes de base qu'elles rencontrent, la grossesse. Les raisons invoquées pour la non-intégration sont les suivantes : le counseling des clients des services CDV est très lourd et les prestataires de ces services auraient du mal à assumer des tâches supplémentaires. Toutefois, les prestataires des services CDV, eux-mêmes, sont convaincus qu'à l'aide de ressources supplémentaires, espace et formation, cela valoriserait le travail qu'ils font et répondrait à un besoin critique de leurs clients.

### **C. Recommandations pour accroître le rôle des communautés au niveau de la promotion de la planification familiale : Comment pouvons-nous améliorer l'engagement communautaire pour augmenter la motivation et la prestation de services de PF ?**

#### **1. Utiliser les associations féminines pour l'apport d'information et la prestation de services de planification familiale**

Les associations féminines se sont avérées des mécanismes efficaces pour l'apport d'information et la prestation de services dans de nombreuses parties de l'Afrique subsaharienne. Les discussions avec des représentants des associations féminines et des représentants de MIGROFE ont identifié l'information et les services de planification familiale comme un besoin d'importance critique chez les femmes. Par conséquent, choisir des femmes qui sont membres de ces groupes et les former pour qu'elles puissent fournir informations et services permettrait d'augmenter l'accès, le caractère abordable du point de vue financier et la qualité pour les femmes peu desservies. Tel qu'indiqué, les contraintes géographiques sont l'une des raisons faisant qu'il est difficile pour les femmes d'aller consulter les services de planification familiale. Par conséquent, si les services sont disponibles pour les femmes avec un intérêt commun qui se rencontre régulièrement, c'est un moyen fiable et rentable de répondre à leurs besoins. La valeur ajoutée de cette approche serait de créer une synergie entre le statut économique et la santé de la reproduction des femmes.

## **2. Les dirigeants communautaires peuvent influencer l'intérêt communautaire face à la planification familiale**

Le vif intérêt dont ont témoigné les dirigeants communautaires face à la planification familiale lors de l'évaluation devrait être pris en compte si l'on veut changer le comportement. En effet, ces dirigeants confèrent légitimité et crédibilité nécessaires pour les programmes de planification familiale. Vu que les programmes de planification familiale revêtent un caractère délicat dans des communautés pronatalistes, les controverses sont vues comme inévitables.

## **3. Champ d'action des partenariats avec les groupes religieux**

### **a. Intégrer le counseling sur la planification familiale aux consultations matrimoniales**

Les doctrines religieuses respectives doivent être la base du partenariat pour l'intégration des volets de la planification familiale et la santé de la reproduction. Par exemple, les églises organisent des séances de conseil pour les couples avant le mariage et les encouragent parfois à se rendre dans les services de CDV (parfois, ce dépistage revêt même un caractère obligatoire). Aussi, le moment serait-il opportun pour fournir un counseling supplémentaire aux couples portant sur la santé sexuelle et de la reproduction, y compris la planification familiale.

### **b. Soutenir la planification familiale au sein des groupes religieux qui appuient la PF**

Des partenariats directs devraient être forgés avec des églises, telles que l'Eglise anglicane qui n'est pas opposée à la planification familiale car ainsi, on peut améliorer sa capacité. Leurs priorités en matière de SMI et planification familiale risquent d'être marginalisées sans un tel appui direct. Par exemple, l'Eglise anglicane n'est pas opposée à la planification familiale et l'inclut dans son plan d'action. Mais au vu des énormes besoins des mères et des enfants, on peut se demander si la planification familiale reste une priorité en l'absence d'un appui supplémentaire.

### **c. Partenariat entre la planification familiale et le bien-être social et religieux**

La plupart, voire toutes les églises, réalisent des activités sociales et de bien-être dont la nature est holistique. Les liens avec de tels groupes pour orienter les hommes et les femmes qui se rendent aux services rehaussent la crédibilité des programmes de planification familiale. La Bible et le Coran reposent sur des préceptes d'entraide et l'interprétation de la doctrine demandant que « l'on aide ceux qui ne peuvent pas s'aider eux-mêmes. » Par conséquent, établir un lien entre les centres de santé et les activités sociales et sanitaires des églises permettrait de fournir aux clients de la planification familiale une approche intégrale à leurs besoins.

## **4. Les syndicats peuvent être utilisés pour atteindre un grand nombre de personnes**

Suite à l'épidémie par le VIH/SIDA, de nombreux pays ont utilisé les syndicats pour atteindre un grand nombre de personnes, surtout des hommes et leur apporter des messages de prévention sur le VIH/SIDA. Au Rwanda, les hommes ne participent guère à la PF/SR et, par conséquent, le recrutement de groupes, tels que les syndicats, pour l'information et les services de planification familiale et pour la double protection, constitueront des interventions importantes. Les résultats de l'évaluation montrent que ce sont essentiellement les hommes qui prennent les décisions en matière de fécondité. Par conséquent, si l'on veut les encourager à adopter un comportement sexuel avec moins de risques et à soutenir les décisions de leur partenaire, il est important de cibler ce groupe chaque fois que l'occasion s'en présente.

## **5. Intégration de la PF à la politique d'équité entre les sexes pour promouvoir la planification familiale et l'habilitation/autonomie des femmes, aux fins de plaidoyer**

L'intégration de la planification familiale aux politiques et programmes existants conçus pour promouvoir l'équité entre les sexes et l'autonomie de la femme est un fondement de plaidoyer de programmes de planification familiale. Les Droits en matière de Reproduction et l'Autonomie/Valorisation de la Femme sont un moyen de promouvoir la santé de la reproduction et cette approche a été avalisée par la Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire en 1994. Les structures pour promouvoir l'équité entre les sexes et le rôle social de la femme sont bien établies et comptent sur l'engagement du gouvernement. Après le génocide, les communautés ont été mobilisées pour promouvoir la paix et la réconciliation et pour officialiser l'égalité des femmes. Elles sont devenues ainsi une force dynamique dans la société rwandaise. La collaboration et les liens entre le plan d'action de la planification familiale et la lutte pour la valorisation de la femme au Rwanda est une étape d'importance critique aux fins de légitimité, connaissance et pertinence. Le lien entre l'équité entre les sexes et la SR/PF se fonde sur les principes suivants :

- La politique de l'équité entre les sexes repose sur les droits de la femme. Il s'agit-là de la base pour promouvoir la santé de la reproduction dans le contexte des droits en matière de reproduction. En principe, il n'existe aucune contradiction entre les deux si la planification familiale est articulée comme une intervention en vue de donner aux femmes les moyens nécessaires pour qu'elles prennent leurs propres décisions concernant leur fécondité.
- Les associations et les groupements féminins créés pour travailler avec des groupes vulnérables, tels que les veuves et les orphelins, ont besoin de services de planification familiale et autres services de santé de la reproduction. Intégrer la planification familiale à leurs activités ajoutera de la valeur à leur travail.
- Des problèmes auxquels s'attaquent déjà ces groupements féminins, par exemple, la violence à l'égard des femmes, le VIH/SIDA, les orphelins et les adolescents sont liés directement et indirectement à la sexualité et à la reproduction. Les programmes de planification familiale peuvent renforcer et utiliser ces activités pour apporter une approche intégrale et holistique à la santé de la reproduction.

- Les associations et les groupements féminins sont organisés, relativement bien financés et sont reconnus à l'échelle nationale et internationale pour le travail qu'ils continuent à faire au niveau de la reconstruction nationale, de la réconciliation et de l'instauration de la paix. Leur capacité à forger des alliances, à créer des liens et à travailler dans des domaines polyvalents leur permet d'être des messagers efficaces. Vu que la planification familiale en Afrique subsaharienne en général et au Rwanda en particulier peut susciter des vues controversées, des groupements, tels que les groupements féminins, peuvent être d'excellents défenseurs de la planification familiale.
- La direction, ainsi que les membres des groupements féminins, ont identifié la santé de la reproduction comme une question prioritaire pour les femmes. Les dirigeants communautaires et les prestataires de soins de santé travaillant avec les veuves et autres femmes vulnérables reconnaissent que l'accès à l'information et aux services pour ces groupes est difficile.

## **VII. Renforcer le rôle de l'USAID et d'autres bailleurs de fonds**

On espère que les résultats de l'évaluation seront utilisés :

- Comme apport à la formulation et au perfectionnement des politiques de santé de la reproduction du GR ;
- Pour coordonner et renforcer les apports de l'USAID et d'autres organismes collaborateurs ;
- Pour traduire les politiques opérationnelles en stratégies permettant de supprimer les barrières entravant l'utilisation de la planification familiale ;
- Pour aider l'USAID à définir plus clairement son rôle à l'appui du programme de planification familiale/santé de la reproduction ; et
- Pour aider à formuler des stratégies permettant d'engager les communautés, les ONG, les groupes religieux et les prestataires du secteur privé.

### **1. Comment peut-on améliorer la coordination entre bailleurs de fonds concernant les programmes de planification familiale/santé de la reproduction ?**

Le **Ministère de la Santé** devrait assumer le rôle de chef de file ou confier aux bailleurs de fonds la responsabilité au nom du ministère de mettre en place une équipe spéciale chargée de coordonner les activités liées à la planification familiale et à la santé de la reproduction aux fins d'atteindre les objectifs suivants :

- Identifier des domaines prioritaires programmatiques en planification familiale et en santé de la reproduction parmi les bailleurs de fonds afin d'arriver à un consensus sur l'octroi de ressources ;
- Créer un forum pour l'échange d'idées et d'expériences entre bailleurs de fonds et leurs bénéficiaires pour la mobilisation de ressources nécessaires à la réalisation des activités du programme de PF, par exemple :
  - identifier les meilleures pratiques et les étendre à plus grande échelle ou les reproduire ailleurs,
  - identifier les programmes aux fins de collaboration et de partenariat dans les différents districts où les bailleurs interviennent pour éviter le double emploi,
  - aider les bailleurs de fonds à comprendre et à soutenir les structures décentralisées et les guider à travailler par l'entremise de ces canaux de manière plus cohérente.
- Organiser des séances et ateliers de formation conjoints pour minimiser le temps que passent les prestataires de services de santé dans la formation en cours d'emploi ;
- Planifier des activités conjointes de recherche et d'évaluation pour comprendre les obstacles au niveau des programmes de planification familiale et de santé de la reproduction dans le pays ;

- Aider à définir des indicateurs standard, acceptés par tous, pour mesurer la réussite des différentes interventions visant à améliorer l'accès aux services de planification familiale et la qualité de ces services ; et
- Faciliter des liens entre les bailleurs de fonds et la société civile pour renforcer l'engagement des communautés au niveau de la promotion des services de planification familiale et de santé de la reproduction.

## **2. Quel est le rôle que l'USAID peut jouer pour soutenir le programme de planification familiale ?**

L'équipe de l'évaluation pense que l'USAID peut jouer un rôle clé pour soutenir les programmes de planification familiale au Rwanda des manières suivantes :

- a. Soutenir le renforcement des capacités en matière de formation, logistique, distribution, gestion de projet et recherche ;
- b. Soutenir certaines parties de l'acquisition de la distribution et de la gestion de contraceptifs ;
- c. Soutenir certaines parties de l'acquisition d'équipement et de fourniture pour les centres de santé ;
- d. Fournir une assistance technique portant sur la conception et la mise en œuvre de programmes et la formulation de stratégies d'IEC/CCC ;
- e. Mettre en place des activités de PF intégrées aux programmes de l'USAID, tels que la lutte contre le VIH/SIDA et la sécurité alimentaire.

## **3. Où l'USAID devrait-elle concentrer les ressources ?**

L'équipe pense que les ressources de l'USAID devraient être octroyées en fonction des principes suivants :

- Utiliser les activités et programmes existants pour mettre en œuvre des programmes qui sont efficaces par rapport aux coûts et susceptibles d'apporter des résultats que les communautés peuvent voir dans le court terme. Il s'agit-là d'une priorité qui renforcera la collaboration de la mission avec les diverses parties concernées et facilitera l'intégration des programmes de population et de planification familiale à leur plan d'action ;
- Il faut renforcer et soutenir, au sein du MS, les capacités de coordination, de suivi et d'évaluation des activités de planification familiale. Certes, l'intégration de la planification familiale et d'autres activités de santé de la reproduction semble chose logique, mais il est très important de vérifier que cette intégration ne marginalise pas les programmes de planification familiale ;
- Les systèmes de SIG, aux niveaux central et de district, doivent être renforcés pour leur permettre de collecter les données aux fins de suivre et d'évaluer les programmes ; et
- Les stratégies de CCC pour les différents groupes cibles doivent être formulées avec la participation des différentes parties concernées afin de sensibiliser aux

programmes de planification familiale et de créer le soutien nécessaire pour ces programmes.

L'équipe souhaite émettre une mise en garde : certes, les ressources sont une partie importante pour faire des programmes de planification familiale une réussite, mais il est également très important de vérifier que les ressources sont distribuées à des activités qui ont le plus de chance d'aboutir à des résultats. Les priorités doivent être déterminées en collaboration avec le MS et d'autres parties concernées, surtout celles qui seront chargées d'exécuter les activités. La réussite n'est pas possible si on ne prend pas les décisions en collaboration. Les parties concernées clés doivent arriver à un consensus sur les priorités, recommander des stratégies, formuler des plans d'action et se mettre d'accord sur les rôles et les responsabilités. Un tel consensus guidera la mission vers un plan réaliste d'octroi de ressources pour la planification familiale et la santé de la reproduction.

## **VIII. Conclusion : Récapitulatif des principaux résultats et recommandations**

L'équipe d'Advance Africa a utilisé un vaste cadre conceptuel pour l'interprétation des résultats et les recommandations concernant les services de planification familiale au Rwanda. Vu les objectifs de l'évaluation et les sources auprès desquelles les données ont été collectées, l'équipe espère que les résultats et les recommandations reflètent toute la gamme des points de vue des diverses parties concernées. Quand la planification familiale est présentée dans le contexte plus général de la santé et des droits en matière de reproduction, des possibilités se présentent pour créer un dialogue et pour l'intégrer aux politiques et programmes existants mis en œuvre actuellement dans le contexte de la PSRD, de la santé, de l'équité entre les sexes, de l'éducation et de la politique pour les jeunes. De plus, la planification familiale doit également tenir compte des deux facteurs suivants :

- La planification familiale dans le contexte de l'épidémie du VIH/SIDA au Rwanda ;
- Le génocide rwandais et ses répercussions, surtout sur les relations entre les deux sexes, le comportement sexuel et de reproduction au Rwanda.

La fondation d'une stratégie en vue de promouvoir la planification familiale au Rwanda doit également reposer sur les principes fixés par le Ministère de la Santé et les priorités identifiées par la Direction de la Santé de la Reproduction, à savoir la maternité sans risques, la prévention des grossesses non souhaitées, l'accès aux services contraceptifs, la prévention et les soins liés au VIH/SIDA et le problème de la violence sexuelle.

Pour promouvoir avec réussite les programmes de planification familiale, il faut arriver à un consensus entre toutes les parties concernées, tant sur le contenu que sur le contexte des politiques et des programmes. Le Rwanda est arrivé à un vaste consensus politique pour la paix, la reconstruction, la réconciliation et la réduction de la pauvreté. Ces politiques fournissent une base pour le renforcement de programmes tels que la planification familiale puisqu'elles servent de directives montrant comment le Rwanda envisage son futur développement. Au vu des changements mondiaux dans l'orientation des programmes de planification familiale depuis la CIPD, des partenariats, alliances et collaboration multisectorielle doivent être créés pour réduire la fécondité. En dernière analyse, les changements au niveau du comportement sexuel et de reproduction doivent se faire au niveau individuel. Changer les normes communautaires exigera une collaboration avec la société civile. Les changements au niveau des politiques centrales ne constituent que la première étape de l'engagement de la communauté qui doit accepter la planification familiale comme une composante intégrante de la santé et du développement du pays.

L'EDS de 2000 indique que l'utilisation moderne de la planification familiale au Rwanda a diminué, passant de 12% à 4% depuis 1992. Tel que montré dans ce rapport, les raisons de cette diminution sont complexes et, par conséquent, les recommandations ne peuvent pas être simples. L'augmentation des taux de prévalence de la contraception exigera des

interventions qui influenceront non seulement les aspects de santé de la planification familiale, mais aussi le contexte socioculturel comportemental et religieux qui guide les décisions des personnes touchant aux domaines de la sexualité et de la santé de la reproduction.

Il existe des possibilités encourageantes pour promouvoir les activités de planification familiale au Rwanda. Les occasions suivantes ont été identifiées par le biais de l'évaluation :

1. D'après les estimations, plus **d'un tiers des femmes en union (36%)** ont un besoin non satisfait de planification familiale et, si ce besoin était satisfait, la prévalence de la contraception atteindrait 49% chez les femmes en union. La demande potentielle totale pour la planification familiale concernerait essentiellement l'espacement des naissances (31%). Aujourd'hui, légèrement plus d'un quart de la demande potentielle totale est satisfaite (**EDS 2000**).

2. Il existe un solide engagement de la part des bailleurs de fonds en vue d'octroyer des ressources pour renforcer les programmes de planification familiale et de santé de la reproduction.<sup>12[1]</sup> Les discussions entre bailleurs de fonds indiquent qu'ils sont prêts à octroyer des ressources, mais il sera important de coordonner leurs activités pour maximiser l'impact qu'ils ont dans le pays. L'expérience acquise dans d'autres pays de l'Afrique subsaharienne montre qu'il est nécessaire de planifier conjointement avec les bailleurs de fonds pour vérifier que les activités ne sont pas redondantes, mais au contraire coordonnées.

3. Une croissance démographique élevée et une fécondité élevée sont reconnues comme des obstacles de taille entravant les efforts de réduction de la pauvreté dans le pays, surtout au vu d'une densité élevée de la population et de la base de ressources disponibles. Cette situation est décrite dans tous les importants documents de politiques et mentionnée également dans les discussions avec les décideurs. Toutefois, l'argument démographique pour promouvoir les programmes de planification familiale au sein de la population ne repose pas sur les intentions individuelles en matière de reproduction qui sont pourtant le fondement même de la prise de décisions en matière de fécondité. Etablir un lien entre l'utilisation individuelle des services de planification familiale et une meilleure qualité de la vie est plus tangible, moins controversé et moins politique que l'argument démographique qui pourrait avoir des connotations politiques.

4. **Le Gouvernement du Rwanda compte un solide engagement** pour promouvoir l'égalité entre les sexes, tel qu'en témoigne la réforme législative en matière de droits d'héritage pour les femmes, l'action affirmative de la représentation politique,

---

<sup>12</sup> Un projet de population et de santé de la Banque mondiale sera prolongé de cinq ans supplémentaires dès 2002, le FNUAP engage sept millions de dollars pour le soutien à trois domaines essentiels : santé de la reproduction, stratégies de population et de développement, et plaidoyer. Cette aide est complétée par les buts et stratégies du CNUAD élaborés pour les domaines du VIH/SIDA et de la santé de la reproduction. Le soutien apporté par l'USAID à cette évaluation est également un signe d'appui pour de futures activités dans le domaine de la planification familiale et de la santé de la reproduction.

l'institution de l'âge légal du mariage et la prévention de la violence à l'égard des femmes.

5. **Le Ministère de la Santé** est encouragé à promouvoir des programmes de santé de la reproduction de qualité dans le contexte de la maternité sans risques, de la survie de l'enfant par l'entremise de services intégrés et de l'amélioration de la qualité et de l'accès. Intervenant au niveau de sa direction spéciale de la SR, le Ministère de la Santé assume le rôle de chef de file pour définir son programme de renforcement de la qualité et de l'accès des services de SR.

6. **L'ONAPO** réoriente ses activités et jouera un rôle intégral pour promouvoir la qualité par le biais d'évaluations de la qualité, travaux de recherche et soutien aux activités du MS. Plutôt que de travailler parallèlement avec le MS, l'ONAPO travaillera conjointement avec le MS. Ce nouveau rôle aidera à définir une nouvelle vision pour le partenariat et la collaboration en matière d'IEC.

7. **L'intérêt que porte le secteur public** à la PF repose sur une base élargie d'appui ne se limitant pas au Ministère de la Santé, mais allant jusqu'au Ministère de la Femme, de l'Education et des Jeunes. Ces ministères réalisent des activités avec les femmes, les jeunes, ainsi que des activités de lutte contre le VIH/SIDA et présentent d'excellentes possibilités d'intégration.

8. **La politique de décentralisation** du gouvernement facilitera la mise en œuvre de la politique de population, des politiques et programmes de santé de la reproduction à tous les niveaux du gouvernement. La décentralisation encourage une vaste participation, conférant un sens d'appartenance aux communautés locales. Le cadre de la décentralisation favorise l'approche multisectorielle qui peut aider à intégrer les activités de population entre tous les secteurs du niveau district.

9. La pléthore d'associations et groupements de la société civile qui ont été créés pour répondre aux besoins des groupes vulnérables suite au génocide continuent leur travail pour la réconciliation, la paix, la reconstruction et le développement économique. Ce sont des mécanismes de plaidoyer puisque les questions se rapportant à la fécondité, à la population et à la contraception demandent un dialogue pour créer un processus transparent.

10. Au niveau local, la population est **très sensibilisée** et connaît bien les avantages de la planification familiale pour la santé et le bien-être des mères et des enfants, ainsi que les charges économiques d'une famille trop nombreuse. Tant les personnes prises individuellement que les dirigeants communautaires sont préoccupés par la santé de la reproduction des adolescentes et le bien-être maternel et infantile, ainsi que les risques que comportent, pour la santé, des grossesses trop rapprochées et un trop grand nombre d'enfants.

Les défis que rencontre le Rwanda ne sont pas des moindres.

- Les adolescents, qui constituent plus de 40% de la population du pays, demandent une attention spéciale pour répondre à leurs besoins en matière de sexualité et santé de la reproduction. Vu que les jeunes des zones rurales et urbaines rencontrent des risques analogues, le Rwanda doit cibler des adolescents dans le pays entier, leur apportant des options qui diminuent leur risque de mortalité et de morbidité suite à un comportement sexuel dangereux. Cette approche est encore compliquée du fait que les parents et les groupes religieux se heurtent au dilemme d'interdire les condoms alors qu'ils savent que les adolescents deviennent sexuellement actifs à des âges plus jeunes.
- Les répercussions du génocide toucheront non seulement la présente génération, mais peut-être également la prochaine génération de jeunes dont les moyens de subsistance et la sécurité ont été menacés. Les veuves, les orphelins, les ménages ayant à leur tête des orphelins et ceux arrivant à l'âge adulte et leur famille auront besoin de programmes qui rétablissent les relations sociales ébranlées. Les décideurs devront comprendre ces dynamiques et faire preuve de sensibilité à cet égard en formulant et en concevant des programmes de planification familiale.
- Suite à l'épidémie du VIH/SIDA, les ressources sont en train de s'épuiser et les communautés doivent elles-mêmes s'occuper et soigner les patients du VIH/SIDA. Le poids est énorme pour le système de soins de santé, ainsi que pour les familles. La planification familiale risque d'être marginalisée par les bailleurs de fonds et même par les prestataires de soins de santé dans la communauté si l'on ne souligne pas davantage la valeur qu'elle apporte pour une meilleure qualité de la vie, même pour ceux qui courent le risque de contracter le VIH/SIDA.
- Au vu de ces énormes besoins, le GR et le MS risquent de se retrouver avec des activités qui ne seront pas coordonnées, mais qui répondent aux multiples objectifs fixés avec les différents secteurs. Sans un plan stratégique cohérent que le ministère peut suivre et évaluer, il sera difficile de déterminer si les interventions sont efficaces.

En conclusion, l'équipe pense que les recommandations et les résultats fournis dans ce rapport constituent une première étape pour mettre en place une stratégie coordonnée pour promouvoir les activités de planification familiale au Rwanda. Une telle approche exigera la collaboration des principales parties concernées qui devront puiser dans leurs ressources techniques, financières et humaines pour appliquer ces recommandations de manière cohérente. Les leçons apprises d'autres pays montrent que les programmes de population et de planification familiale sont de nature transversale et tous les secteurs trouveront des aspects du programme qu'ils peuvent exécuter. Grâce à une bonne coordination et planification, à l'engagement des parties concernées pour partager les responsabilités et les leçons apprises d'autres pays dans la région, il existe de meilleures chances de succès.