

938
REPUBLICQUE RWANDAISE



OFFICE NATIONAL DE LA POPULATION
ONAPO
B. P. 914 KIGALI



**LE PROBLEME DEMOGRAPHIQUE AU RWANDA
ET LE CADRE DE SA SOLUTION**

VOLUME IV

**POLITIQUE DEMOGRAPHIQUE ET
POLITIQUE DE POPULATION
AU RWANDA
ET PLAN D' ACTIONS**

Kigali
Mai 1990

OFFICE NATIONAL DE LA POPULATION
O N A P O
B.P. 9 1 4 KIGALI



LE PROBLEME DEMOGRAPHIQUE AU RWANDA
ET LE CADRE DE SA SOLUTION

VOLUME IV

POLITIQUE DEMOGRAPHIQUE ET
POLITIQUE DE POPULATION
AU RWANDA
ET PLAN D' ACTIONS

Kigali

Mai 1990

* * * *

AVERTISSEMENT

Le problème démographique au Rwanda est un sujet très vaste qui a donné lieu, à l'Office National de la Population, à des études diverses et nombreuses, abordant un grand nombre de thèmes ayant un lien direct avec la population.

L'ampleur du présent document prouve qu'un travail important a été réalisé par l'ONAPO à travers beaucoup d'études qui n'étaient pas encore publiées. La présente situation nutritionnelle d'une partie du pays et l'éclairage qu'elle met sur le problème démographique, est l'occasion pour l'Office de présenter ces travaux - afin qu'ils servent aux discussions - et d'offrir le cadre de la solution à ce problème représenté par la politique de population et les actions y afférentes pour la développer.

Le volume I se rapporte à l'étude des Interrelations Population-Développement; cette étude a commencé vers 1985 et elle se poursuit actuellement. Ce volume veut, pour l'analyse du problème démographique au Rwanda, souligner tout simplement quels liens existent entre la population (vue sous l'angle socio-démographique) et les différents domaines du développement. De l'agriculture jusqu'à la planification familiale, plus d'une dizaine de secteurs de développement sont examinés à travers les 12 chapitres de ce volume.

Le modèle TTU (Twiyoungere Twongera Umusaruro) qui constitue le volume II, montre l'évolution de l'équilibre (ou du déséquilibre) entre population et nutrition. L'adaptation de ce modèle au Rwanda et l'étude qu'elle a permise ont été réalisées en 1985-1986. Les données entrées dans ce modèle informatique ont été basées sur l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1983 et l'Enquête Agricole de 1984 : les données de base datent donc de cette époque, mais elles fournissent déjà des indications précieuses sur une évolution possible. Des données plus récentes, quand elles existent viennent progressivement remplacer les anciennes.

L'étude "Coût-bénéfices de la PF au Rwanda" a débuté en 1989 et se termine -provisoirement- au moment de l'achèvement du document sur "le problème démographique au Rwanda", elle en constitue le volume III. Ici aussi, un modèle informatique a été utilisé. Le lecteur pourra remarquer certaines petites divergences dans les résultats, avec par exemple quelques données du modèle TTU. Il ne s'agit pas de différences fondamentales : elles proviennent d'une année de départ différente, et d'évolutions qui dépendent des hypothèses choisies. Loin d'être des contradictions, les résultats différents obtenus viennent compléter les précédents, compte tenu de l'évolution de la situation socio-économique.

C'est ainsi que depuis les résultats du Recensement de la Population de 1978, le taux de croissance démographique (confirmé 5 ans après par les résultats de l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1983) était estimé à 3,7 %, mais le modèle utilisé dans l'étude montre qu'avec le niveau de prévalence contraceptive atteint (encore faible il est vrai), ce taux commencerait à diminuer légèrement, et serait (sous toute réserve) maintenant de 3,6 % par an. Il est alors possible, tout au long de ce volumineux document, de trouver le taux de 3,7 % utilisé au cours des dernières années, et celui de 3,6 % utilisé depuis fin 1989 seulement. Les enquêtes à venir (Enquête Démographique et de Santé, en 1990, et Recensement Général de la Population et de l'Habitat en 1991) viendront indiquer à quel niveau d'accroissement se situe le pays. Du fait du développement du programme de PF et de sa force réductrice sur la fécondité, il est désormais évident qu'un taux constant d'accroissement ne peut plus être utilisé et que ce taux doit être révisé en fonction des résultats de la prévalence contraceptive.

Dans le volume IV est présentée la politique démographique et la politique de population dont le but est de montrer toutes les actions visant à résoudre le problème primordiale du Rwanda, c'est-à-dire la trop rapide croissance de la population. Comme il s'agit d'un problème global, il implique la participation de tous à sa résolution et cette politique explique aux secteurs concernés leur contribution. Cette politique est suivie des actions à mettre en oeuvre par les différents secteurs et départements pour atteindre cet objectif. Ces actions ont été élaborées par les experts réunis de tous les départements impliqués dans le problème démographique. Ces départements sont les suivants : MRND, CND, MINIPLAN, MININTER, MINISANTE, MINESUPRES, MINEPRISEC, MINAGRI, MINIFOP, MINICOM, MINIMART, MIJEUMA, ONAPO, URAMA, CESTRAR, ARBEF, SNAF, AMUR, Conseil Protestant au Rwanda.

Il faut signaler et insister sur le fait que les volumes I, II et III sont des documents de références réalisés à partir de différentes études, qui servent à expliquer et à mieux cerner la réalité du problème démographique rwandais et de ses conséquences sur les autres secteurs de l'économie. Ils ont servi de base et de guide à l'élaboration du volume IV. Ce volume constitue donc l'élément clé de cette publication, et définit le cadre dans lequel des solutions au problème démographique doivent être trouvées.

Les quatre volumes ont été finalement synthétisés dans une version résumée qui les accompagne; cette version donne l'essentiel des données de base des trois volumes et un résumé des actions à entreprendre en matière de politique démographique et de politique de population.

S O M M A I R E

VOLUME 1 : INTERRELATIONS POPULATION-DEVELOPPEMENT

AVERTISSEMENT

Introduction générale	4
Chapitre 1: Evolution de la démographie au Rwanda	9
Chapitre 2: Evolution des considérations des relations Population-Développement à travers l'histoire ..	51
Chapitre 3: Population, agriculture et alimentation	64
Chapitre 4: Population et nutrition	82
Chapitre 5: Population et santé	96
Chapitre 6: Population et scolarisation	125
Chapitre 7: Population et emploi	149
Chapitre 8: Population, migration, densification et urbanisation	170
Chapitre 9: Population et environnement	205
Chapitre 10: Population et intégration de la femme au développement	229
Chapitre 11: Population et évolution des mentalités	260
Chapitre 12: Population et planification familiale	317

VOLUME 2 : MODELE "TWIYONGERE TWONGERA UMUSARURO"

Chapitre 1: Présentation du modèle	4
Chapitre 2: Présentation des scénarios	20

VOLUME 3 : COUT-BENEFICES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU RWANDA

Chapitre 1: Impact de la PF sur la Population	5
Chapitre 2: Impact de la population sur le secteur de la santé	21
Chapitre 3: Impact de la population sur le secteur de l'éducation	27
Chapitre 4: Impact de la population sur le secteur agricole..	38
Chapitre 5: Impact global de la PF sur les dépenses de l'Etat	46
Chapitre 6: Impact de la population sur la consommation alimentaire	56

VOLUME 4 : POLITIQUE DEMOGRAPHIQUE ET POLITIQUES DE POPULATION

I ^{ère} PARTIE: POLITIQUE DEMOGRAPHIQUE ET POLITIQUE DE POPULATION	1
1. Contexte général	12
2. Formulation de la politique démographique...	16
3. Présentation de la population, programme et activités	26
4. Examen des politiques de population	74
II ^{ème} PARTIE: PLAN D' ACTIONS EN MATIERE DE POPULATION	85
1. Rappel des grandes orientations	85
2. Les orientations du plan d'actions	86
3. Présentation du plan d'actions	88
4. Mesures générales en matière de population.	90
5. Actions sectorielles	91
6. Moyens matériels et humains nécessaires....	130

VOLUME IV

POLITIQUE DEMOGRAPHIQUE ET
POLITIQUE DE POPULATION
AU RWANDA
ET PLAN D' ACTIONS

S O M M A I R E

1ère PARTIE: POLITIQUE DEMOGRAPHIQUE ET POLITIQUE DE POPULATION

Introduction	1
1. Contexte général et évaluation de la politique démographique inscrite au IIIème Plan de Développement	6
1.1. Contexte général	6
1.2. Evaluation de la politique démographique	8
2. Formulation de la politique démographique	10
2.1. Moyens d'intervention	10
2.2. Domaine d'intervention	11
2.3. Choix des objectifs	15
2.4. Identification des politiques	19
2.5. Identification des programmes et des activités	20
3. Présentation des politiques, programmes et activités ...	21
3.1. Politique de planification familiale	21
3.1.1. Programme de définition d'une réglementation de la planification familiale	22
3.1.2. Augmentation de la fourniture des services de PF par les circuits sanitaires	25
3.1.2.1. Insuffisance quantitative et qualitative des structures sanitaires	25
i) Insuffisance quantitative des services de PF	
ii) Insuffisance qualitative des services de PF	
iii) Insuffisance de disponibilité de la PF au niveau de la population	
3.1.2.2. Augmentation du nombre et de la qualité des services de PF	27
i) Augmentation de la fourniture des services de PF par les circuits sanitaires	
ii) Promotion de la qualité des services de PF	
3.1.2.3. Instauration divers types de dispensation des services de planification familiale ...	30
i) Distribution à base communautaire de la PF	
a) Equipement des circuits sociaux de distribution des contraceptifs	
b) Approvisionnement et distribution des produits contraceptifs	
c) Canaux d'approvisionnement et de distribution en produits contraceptifs	
ii) La promotion d'une méthode efficace, durable, facile à appliquer	

3.2. Politique de réduction de la mortalité pendant la petite enfance	32
3.2.1. Programme d'amélioration de l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant	34
3.2.1.1. Femme non enceinte, non allaitante	34
3.2.1.2. Femme enceinte	35
3.2.1.3. Femme allaitante	35
3.2.1.4. Enfant	35
3.2.2. Programme de protection de la grossesse et surveillance de l'accouchement	36
3.2.3. Programme de lutte contre les maladies transmissibles	36
3.3. Politique de sensibilisation et éducation au bien-être familial	36
3.3.1. Objectifs généraux du programme IEC et stratégies	36
3.3.2. Programme de soutien des pouvoirs publics	39
3.3.2.1. Au niveau général	39
a) - Mesures législatives	39
b) - Mesures politiques	39
3.3.2.2. Au niveau préfectoral et communal	39
3.3.2.3. Au niveau de la base ; cellule	40
3.3.3. Programme d'intégration dans les structures du MRND	40
3.3.3.1. Au niveau central	40
3.3.3.2. Dans le monde rural	41
3.3.3.3. L'URAMA	41
3.3.3.4. Jeunesse	41
3.3.3.5. Syndicat	41
3.3.3.6. Dans la zone urbaine	41
3.3.4. Programme de recherche de collaboration avec les autorités religieuses	42
3.3.5. Programme d'intégration des activités de population dans les différentes structures de développement ou des institutions socio-éducatives	42
3.3.5.1. Intégration dans les CCDFP	43
3.3.5.2. Intégration dans le système scolaire	44
3.3.5.3. Intégration dans le système de santé	46
3.3.5.4. Intégration dans les projets de développement rural et la vulgarisation agricole	47
3.3.5.5. Autres intégrations possibles	47
3.3.5.6. Encouragement de la participation des initiatives des Organisations Non Gouvernementales	47

3.3.6. Programme d'utilisation des mass media	48
3.3.6.1. Utilisation de la radio-diffusion	48
3.3.6.2. Audio-visuel	48
3.3.6.3. Publicité	48
3.3.6.4. Publications/journaux	49
3.4. Politique de la recherche	49
3.4.1. Collecte et analyse des données socio-démographiques	50
3.4.1.1. Recensement Général de la Population et de l'Habitat	51
3.4.1.2. Enquête "Mouvements de la Population": Mortalité adulte, migrations/urbani- sation (2ème passage)	53
3.4.1.3. Enquête "Mouvement de la Population": mortalité adulte et mortalité infanto- juvénile, santé/nutrition, migration/ urbanisation, fécondité, contraception (3ème passage)	54
3.4.1.4. Enquête(s) de prévalence et autres enquêtes	54
3.4.1.5. Amélioration du système d'enregistrement de l'Etat Civil	55
3.4.2. Programme de recherches opérationnelles et cliniques	57
3.4.2.1. Attitudes, connaissance et pratique de la population ciblée (homme et femme) en matière de PMI/PF	58
3.4.2.2. Perception et préférences des accep- teurs(trices) de PF, relatives à la prestation des services offerts	58
3.4.2.3. Attitudes et connaissances des travail- leurs de la santé quant à la PF	58
3.4.2.4. Disponibilité et potentialité des res- sources humaines non médicales pour la sensibilisation et la prestation de service	59
3.4.2.5. Recherche sur l'acceptation et la conti- nuation des méthodes modernes de PF	59
3.4.2.6. Autres recherches opérationnelles	59
3.4.2.7. Effets secondaires de certains contra- ceptifs comme depo-provera, noristerat, norplant, pilule	60
3.4.2.8. Infections pelviennes en rapport avec les contraceptifs modernes	60
3.4.2.9. L'alimentation de sevrage progressif à base de produits locaux	60
3.4.2.10 Traitement de certaines maladies	60

3.4.3.	Programme de collecte et d'analyse des statistiques de planification familiale	60
3.4.4.	Programme d'étude "Population/Développement"	61
3.4.4.1.	Projections de population	61
3.4.4.2.	Analyse des interrelations démographie-économie	62
3.4.4.3.	Formulation de la politique démographique et des politiques de population	62
3.4.5.	Politique de migration	62
3.4.5.1.	Programme de migrations internationales.	63
	a) - Poursuite des contacts avec les pays limitrophes	
	b) - Encouragement à la libre circulation	
3.4.5.2.	Programme de migrations internes	64
3.5.	Politique de formation	64
3.5.1.	Formation en PMI/PF	65
3.5.2.	Formation en IEC	65
3.5.3.	Formation en recherches et statistiques	65
3.5.4.	Formation en gestion et comptabilité	66
3.5.5.	Formation en administration du personnel	66
3.5.6.	Formation du personnel médical, paramédical et socio-éducatif en PF	66
3.5.6.1.	Formation du personnel médical	66
3.5.6.2.	Formation du personnel paramédical	67
3.5.6.3.	Formation des auxiliaires de la PF	67
3.5.7.	Séminaire-recyclage des enseignants et cadres des Directions de programme scolaire	67
4.	Examen des politiques de populations	68
4.1.	Politique d'augmentation de la production	68
4.2.	Politique de santé publique	69
4.3.	Politique d'aménagement du territoire	70
4.3.1.	Etude d'une politique d'aménagement du territoire	72
4.3.2.	Politique de développement des pôles de croissance	72
4.3.3.	Politique de développement des villes secondaires	72
4.3.4.	Politique de décentralisation de l'industrie	73
4.4.	Politique de formation, éducation, scolarisation ..	73
4.5.	Politique de population en matière d'emploi	74
4.5.1.	Situation de l'emploi au Rwanda	74
4.5.2.	Structure de la population active	75

4.5.3. Scolarisation, emploi et croissance démographique	76
4.5.3.1. Influence du revenu sur la taille de la famille	76
4.5.3.2. La scolarisation féminine, l'emploi et la croissance démographique	76
4.5.3.3. Politique de population en matière d'emploi, à inscrire dans le IVème Plan	77
4.5.4. Orientation géographique de l'emploi	77
4.5.5. Meilleure qualité de l'emploi	78
4.6. Politique de promotion de la femme face à l'accroissement rapide de la population rwandaise	79
4.6.1. Généralités	79
4.6.2. Stratégie pour la promotion de la femme en faveur de la réussite des politiques démographique et de population	81
4.6.2.1. Domaine de l'éducation et de la formation	81
4.6.2.2. Domaine économique	82
4.6.2.3. Domaine de la santé	83
4.6.2.4. Domaine juridique et politique	83

IIème PARTIE : PLAN D'ACTIONS EN MATIERE DE POPULATION 85

1. Rappel des grandes orientations en matière de population	85
2. Les orientations de la politique nationale de population et du plan d'actions en matière de population	86
2.1. Politique démographique	87
2.2. Politique de population	88
3. Présentation du plan d'actions	88
4. Mesures générales concernant les actions en matière de population	90
5. Actions sectorielles	91
5.1. Politique de PF	91
5.1.1. Stratégie au secteur	91
5.1.2. Principaux problèmes à résoudre	92
5.1.3. Actions à entreprendre	93
5.2. Lutte contre la mortalité pendant la petite enfance	96
5.2.1. Diminution de la mortalité infanto-juvénile.	96
5.2.2. Situation actuelle du problème	96
5.2.3. Actions à entreprendre	100
5.3. Information et sensibilisation de la population au bien-être familial	101

5.3.1.	Intéret du secteur	101
5.3.2.	Actions à mener	102
5.4.	Formation en population et planification familiale	105
5.4.1.	Intéret du secteur	105
5.4.2.	Principaux problèmes à résoudre	106
5.4.3.	Actions à entreprendre	107
5.5.	La recherche socio-démographique	107
5.5.1.	Intéret du secteur	107
5.5.2.	Problèmes à résoudre	107
5.5.3.	Actions à entreprendre	108
5.6.	Les migrations	110
5.6.1.	Intéret du secteur	110
5.6.2.	Problèmes à résoudre	111
5.6.3.	Actions à entreprendre	112
5.7.	Augmentation de la production	113
5.7.1.	Secteur agricole	113
5.7.2.	Secteur de l'industrie et du commerce	117
5.8.	La santé publique	118
5.8.1.	Intéret du secteur	118
5.8.2.	Problèmes à résoudre	119
5.8.3.	Actions à entreprendre	119
5.9.	Aménagement du territoire	120
5.9.1.	Intéret du secteur	120
5.9.2.	Situation du problème	121
5.9.3.	Actions à entreprendre	122
5.10	Formation, éducation, scolarisation	123
5.10.1.	Intérêt du secteur	123
5.10.2.	Actions à entreprendre	124
5.11	Politique de l'emploi	125
5.11.1.	Intérêt du secteur	125
5.11.2.	Actions prioritaires à mener	125
5.12	La promotion de la femme	127
5.12.1.	Intérêt du secteur	127
5.12.2.	Problèmes identifiés	128
5.12.3.	Actions à entreprendre	128
6.	Moyens humains, matériels et financiers nécessaires ...	130
6.1.	Moyens humains	131
6.2.	Moyens matériels et financiers	132
6.3.	La coopération internationale	135
6.4.	Le secteur privé et les ONG.	135
Conclusion	135

"Les problèmes liés à la forte densité de notre population doivent nous préoccuper en vue de trouver des solutions adéquates. Ces solutions doivent être recherchées dans notre pays d'abord." (1)

"L'explosion démographique nous a totalement pris au dépourvu. Sa violence, son envergure ont été telles que pendant qu'elle se manifestait, nous étions encore à nous demander comment il fût jamais possible que ce que nous regardions comme notre plus grande richesse, le sens même de notre vie, puisse se retourner contre nous et menacer nos acquis si durement arrachés.

Mais aujourd'hui, il faut affronter le problème dans toute sa gravité, sans pudeur et sans préjugés." (2)

(1) Extrait du discours prononcé à Butare le 17 Octobre 1983 par Son Excellence le Général Major HABYARIMANA Juvénal, Président de la République et Président Fondateur du Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement.

(2) Extrait du discours prononcé le 1er Juillet 1987 par Son Excellence le Général Major HABYARIMANA Juvénal, Président de la République et Président Fondateur du Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement, à l'occasion de la célébration du 25ème anniversaire de l'indépendance nationale. (Reproduit dans l'Agence Rwandaise de Presse, n.002948 12ème année, 1-2 Juillet 1987, Avenue du Commerce, 27, BP.83 Kigali).

INTRODUCTION

Faut-il intervenir en matière de population ? Au cours des années suivant l'indépendance, la population était considérée comme une variable non modifiable et est restée "intouchée". Cependant, la situation démographique est apparue progressivement comme préoccupante. Le Rwanda est caractérisé par une augmentation très rapide de la population (taux d'accroissement de 3,7 % l'an, un des taux les plus élevés du monde, et qui semblait en progression ces dernières années), sur un territoire restreint, donnant une densité de population parmi les plus fortes du continent (265 vers la mi-88). Les problèmes de morcellement des propriétés agricoles, de leur non viabilité économique, les déséquilibres alimentaires qui en découlent... ont forcé les autorités responsables à s'interroger sur les moyens de diminuer ces contraintes, de "soulager" la pression que constitue l'accroissement démographique.

Tout système de développement implique d'une manière ou d'une autre l'intervention du facteur population, soit comme acteur (population active en tant que force de travail par exemple), soit comme charges (celles de l'éducation, avec près de 30 % du budget ordinaire en sont l'illustration), soit encore comme résultante (l'équilibre alimentaire, résultat de la confrontation entre consommation de la population et production des ressources...).

Définir une politique de population rencontre plus de difficultés encore que définir la démographie elle-même. Aux notions démographiques pures, quantifiables, la politique de population en ajoute d'autres, beaucoup plus larges englobant des domaines en apparence éloignés de la démographie, et les mettant en relation.

"Une politique de population est une activité gouvernementale qui influence ou agit sur les variables démographiques et ceci de façon aussi bien indirecte que directe" (1). Comme tel, la politique de population inclue la politique démographique, mais est plus large car elle comprend toutes les mesures aux effets indirects sur les variables de population.

La définition des politiques de population est donc floue et la distinction malaisée avec celle de la politique démographique. Différents auteurs éprouvent d'ailleurs des

(1) Hubert Gérard, Politique de Population, "Etudes et Documents" N°1, Novembre 1983, Départements de Démographie des Universités de Louvain et de Montréal, Institut National d'Etudes Démographiques de Paris, Ed. CIACO.

difficultés à faire la démarcation entre les deux. La définition stricte de la politique démographique est plus facile à établir, et plus facile à appliquer.

A la différence de la politique de population qui lie tous les secteurs touchant à la population, la politique démographique est plus restrictive dans le sens où elle cherche à n'avoir d'influence que sur les variables proprement démographiques: fécondité, mortalité, migration.

- fécondité: en matière de fécondité, la politique démographique cherche généralement à contrôler son ampleur, à la "réguler", la plupart du temps dans un sens décroissant (cas de presque tous les pays du tiers-monde et du Rwanda en particulier) dans le but de freiner la forte croissance démographique, parfois dans un sens croissant (cas de certains pays à faible croissance qui cherchent à augmenter le nombre de leurs naissances). Une meilleure éducation des femmes, une meilleure information, une structure sanitaire adéquate offrant de bons services en matière de planification familiale... sont quelques éléments agissant sur la fécondité.

- mortalité: la volonté des responsables a toujours été d'en réduire l'ampleur, en développant l'infrastructure sanitaire et les campagnes de vaccination, une meilleure information... dans le souci d'améliorer le bien-être de la population. Une bonne éducation en matière d'hygiène, de nutrition, de soins de santé primaire... sont d'autres éléments qui influent sur la mortalité. La réduction de la mortalité infantile a par ailleurs, un effet induit sur le niveau de la fécondité; elle est en effet la condition première d'une baisse de cette fécondité.

- migration: permet d'agir rapidement sur l'effectif global de la population et sa structure par âge et sexe, adaptant ainsi cette population aux conditions du milieu et aux ressources naturelles. Cette variable migration a eu longtemps une importance primordiale au Rwanda pour la mise en valeur du territoire, la régulation de la croissance démographique, la recherche d'un équilibre entre population et alimentation...

Nous tenons à parler de politique de population pour montrer que toute mesure d'ordre démographique a des effets certains sur les autres domaines de la population.

La politique de population, en plus du domaine purement démographique, est entre autres en soi un ensemble d'actions qui interfèrent dans les domaines suivants:

- **Agriculture:** conservation des sols, régime agraire, dimensions des exploitations, regroupement des terres, terres marginales, cultures intensives et extensives, surpeuplement rural, souci général de l'équilibre alimentaire, érosion,...

- **Economie générale:** conservation des ressources naturelles, plein emploi, lutte contre le chômage, investissement approprié, développement, aménagement du territoire...
- **Education nationale:** âge limite de scolarisation, enseignements techniques, universitaire, formation générale, lutte contre l'analphabétisme, formation professionnelle, recherche scientifique, généralisation de la scolarisation.
- **Finance:** fiscalité en général, dégrèvements familiaux, allocations familiales, impôts indirects, impôts sur le logement, taxes diverses...
- **Industrie et commerce:** articles d'utilité sociale, concentration des entreprises, décentralisation des activités...
- **Administration:** recrutement du personnel, répartition entre services, préfectures, décentralisation, rôle des communes, recensement de la population, état-civil...
- **Justice:** législation du mariage, du divorce, de l'enfance, de la filiation et de l'adoption, la délinquance, code de la famille, droits et statuts de la femme, avortement...
- **Logement et urbanisme:** construction des logements familiaux, répartition des logements, aménagement des villes, construction des infrastructures, aménagement du territoire, pôles de développement ruraux...
- **Santé publique et population:** politique sanitaire, politique migratoire, politique de planification familiale...
- **Travail:** politique de l'emploi, formation et migration professionnelle, sécurité sociale, retraite, emploi féminin...
- **Travaux publics:** investissements publics (routes, écoles, centres de santé, infrastructures en eau, électricité...), aménagement du territoire...

Le domaine de la politique de population est comme on le voit très vaste, mais vise au bien-être de l'homme.

La variable population étant reconnue comme l'une des composantes du développement, se pose le problème des objectifs d'une politique de population en général, et au Rwanda en particulier.

Sur le plan quantitatif, une politique de population peut se proposer par exemple les objectifs suivants:

- 1 - réduire au minimum la mortalité et la morbidité du pays, par le développement de l'infrastructure médico-sanitaire, le recrutement et/ou la formation d'un personnel médical compétent, l'augmentation du budget consacré à la santé, des campagnes de

vaccination, une meilleure information en matière d'hygiène et de soins de santé primaire, un meilleur niveau d'éducation générale qui fait décroître les risques dûs à l'ignorance....

2 - atténuer la forte fécondité; dans le cas du Rwanda, faire décroître le nombre moyen d'enfants mis au monde par chaque femme à 50 ans; ceci nécessite d'une part, une prise de conscience des dangers d'un accroissement trop rapide de la population au niveau national (déséquilibre entre ressources disponibles et besoins alimentaires de la population), ou au niveau familial (sur la santé de la mère et de l'enfant). L'action de l'ONAPO dans ce domaine, depuis quelques années est exemplaire. D'autre part, d'engager les moyens adéquats en vue d'une réduction du nombre des naissances par la mise en place d'une politique de planification familiale. Des actions annexes renforceront cet objectif (par exemple, une baisse de la mortalité infantile, une meilleure éducation des femmes...).

3 - organiser les migrations dans le sens de l'intérêt du pays, pour "dégorger" les régions surpeuplées, organiser rationnellement la répartition spatiale de la population, favoriser les départs vers l'étranger, réguler l'exode rural et l'afflux urbain...

4 - assurer un développement satisfaisant et donner des conditions aussi bonnes que possible aux classes les moins favorisées, facteur de réussite des 3 premiers objectifs ci-dessus énoncés. Ceci implique une formation professionnelle, une politique de l'emploi, de lutte contre le chômage, de promotion de la femme et de son travail, du développement de l'éducation, de modification de certaines structures économiques...

La politique démographique du Rwanda s'articule autour de la planification familiale mise en place par l'ONAPO, qui tend à permettre aux couples de planifier leurs grossesses, afin d'améliorer leur santé et celle de leurs enfants, avec pour corollaires une diminution de la mortalité maternelle et infantile et une diminution du nombre d'enfants mis au monde par chaque femme.

Cette politique démographique doit permettre de réaliser l'objectif du IVème Plan qui est de réaliser l'autosuffisance alimentaire. Cette autosuffisance, équilibre entre consommation alimentaire de la population et ressources, peut être atteint:

- soit en augmentant la production agricole,
- soit en freinant la croissance démographique,
- soit en agissant sur les 2 variables de cet équilibre.

Comme on le voit la politique démographique est une des composantes de base du développement.

Le présent document tend à présenter les différents programmes composant la politique de population du Rwanda qui doit s'intégrer au IVème Plan de Développement Economique,

Social et culturel. Il est à noter que ce document est le premier document de politique de population rédigé dans le pays.

Le contexte général du Rwanda est actuellement favorable pour accueillir un tel document de politique de population. Les efforts déployés jusqu'ici par l'ONAPO ont abouti à une prise de conscience plus accrue de la population des dangers d'une forte croissance sur les ressources et l'environnement et donc sur le niveau de vie. Plus concrètement, ils ont abouti à un changement visible de la mentalité de la population en matière de fécondité.

Au niveau de la politique générale, on constate un intérêt constant et soutenu du Président de la République pour une politique ferme en matière de population. Les recommandations du Congrès du MRND, spécialement au cours des 4ème et 5ème réunions ordinaires, montrent clairement cette volonté du peuple de prendre en charge et son devenir, notamment par une maîtrise de sa croissance.

Il faut aussi particulièrement souligner le rôle que doit jouer chaque administration et service dans son domaine propre, afin de mettre en place les conditions les plus favorables à l'exécution des différents programmes de cette politique. Tel est l'objet du présent document.

1. Contexte général et évaluation de la politique démographique suivie jusqu'au IIIème plan de développement

1.1. Contexte général

Conscient de l'obstacle au développement que pourrait constituer une augmentation trop rapide de la population, chacun des plans de développement successifs a inscrit parmi ses objectifs, la maîtrise de la croissance démographique.

Pourtant, peu de résultats ont jusqu'alors été enregistrés : au contraire, conséquence d'une augmentation continue de la fécondité - de 7,7 enfants par femme en 1970 à 8,6 en 1983, - le taux d'accroissement total de la population s'est fortement élevé, passant de près de 3 % en 1970, à environ 3,7 % en 1983, si bien que les objectifs non réalisés d'un plan sont devenus mission prioritaire du plan suivant.

Ainsi la politique démographique "ayant pour but un espacement des naissances assurant progressivement une diminution globale du rythme des naissances, tout en offrant de meilleures conditions de santé à la mère et à l'enfant" préconisée pendant le Second Plan (1977-1981), s'est-elle transformée lors du Troisième (1982-1986), en une recherche "d'espacement des naissances dans le triple but de meilleure santé de la mère, de l'enfant et de disponibilité des forces productrices", politique en tout point semblable à la précédente. Identiquement, l'objectif du Troisième Plan consistant à "viser prioritairement à stopper la hausse ininterrompue du rythme de croissance de la population, à la limiter à 3,7 % au maximum pour la durée du IIIème Plan et à mettre en place toutes les conditions pour une baisse rapide..." semblerait pouvoir constituer la base même de la politique devant être inscrite au Quatrième Plan de Développement.

D'importants progrès ont pourtant été réalisés, en particulier dans le domaine de la sensibilisation de la population aux problèmes socio-démographiques. L'obstacle que constituait lors des plans précédents, une population "pas encore suffisamment préparée psychologiquement à accepter un (tel) programme (d'espacement des naissances)" a été en partie levé : il existe maintenant une aspiration exprimée sans ambiguïté vers une meilleure maîtrise de la fécondité.

Mais la réalisation de cette aspiration nécessite que soit, d'une part, légitimé le choix de chacun quant à une famille de taille réduite, d'autre part, que soient largement et efficacement offerts les moyens de planifier sa descendance.

Légitimer le choix de chacun quant à une famille de taille réduite implique un engagement ferme et constant de l'Etat qui doit clairement indiquer que la recherche d'une maîtrise de la fécondité par le biais de l'utilisation de moyens

contraceptifs, non seulement est licite, mais aussi favorable à la fois à un meilleur équilibre de la famille et propice au développement de la Nation. Cet engagement de l'Etat, respectueux de la liberté individuelle, **"de nos mentalités, de nos valeurs morales (et) de notre culture"**, conformément aux orientations données par Son Excellence le Général-Major HABYARIMANA Juvénal, Président de la République et Président Fondateur du Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement, dans son discours du 1er Août 1973, apparaît comme condition de réussite des politiques de population.

L'offre de moyens de régulation de la fécondité ne peut se limiter à la seule satisfaction du besoin d'espacement des naissances exprimée par les mères encore d'âge fécond, mais doit aussi répondre à une demande plus perceptible et potentiellement beaucoup plus importante : la demande de limitation de la descendance des femmes de haute parité, c'est-à-dire de celles ayant déjà 8, 9, 10 ... enfants ou plus. La contraception se doit donc d'être, non seulement une contraception d'espacement, mais également une contraception d'arrêt.

Sous peine de devoir en signe d'impuissance une fois encore, reconduire le même but du seul maintien du taux de croissance démographique déjà inscrit au plan précédent, comme ce fut le cas du Troisième Plan par rapport au Second et, en grande partie aussi du Quatrième Plan par rapport au Troisième, ou même d'être contraint ultérieurement de faire face à une élévation du taux d'accroissement total de la population au-delà de 4 % - comme c'est actuellement le cas du Kenya : 4,2 % - consécutivement à la poursuite de l'augmentation de la fécondité jusqu'à plus de 9 enfants par femme, l'objectif assigné aux politiques de population doit être ambitieux tout en demeurant réalisable.

Assurer une décroissance du nombre moyen d'enfants par femme de 8,5 à 8,0 pendant la durée du Quatrième Plan puis à 7,5 et 6,5 au cours des quinquennats suivants, ce qui, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance de près de 49 ans en 1985 à environ 53,5 ans à la fin du siècle, conduirait pour ces mêmes périodes à une diminution du taux d'accroissement de la population de 3,7 à 3,5, 3,4 puis 3,1 % - c'est-à-dire en fait à 3 % en l'an 2000 - paraît correspondre à ce choix d'un objectif à la fois ambitieux (puisque par exemple, 15 % des femmes fécondes en union devraient être contraceptrices dès 1991, année d'achèvement du Quatrième Plan), mais réalisable.

Sous réserve d'un développement du secteur agricole, caractérisé en particulier par une extension des superficies cultivées et une élévation des rendements, cet objectif pourrait correspondre au moins au maintien, sinon à l'amélioration du niveau nutritionnel de la population, préconisée par la stratégie prioritaire du Quatrième Plan, celle d'autosuffisance alimentaire, tandis que serait notablement allégée la charge de l'Etat dans les domaines de la scolarisation, de l'emploi, de la santé et de l'urbanisation.

L'on doit souligner que les mesures relevant de la politique démographique "stricto-sensu" ne posséderont qu'une efficacité limitée en l'absence d'amélioration dans les autres domaines du développement. En fait, il n'est de meilleure politique de population que celle de développement du secteur rural : l'accroissement des disponibilités alimentaires induisant une amélioration de la nutrition de la mère et de l'enfant notamment, constitue le premier facteur de baisse de la mortalité pendant la petite enfance et donc, à terme, de la fécondité, les parents pouvant progressivement s'affranchir de la nécessité d'engendrer un grand nombre d'enfants dans l'espoir qu'au moins quelques-uns survivent. De même, plus encore que les campagnes de sensibilisation, la généralisation de la scolarisation féminine, l'intégration des femmes dans les secteurs d'activité moderne, secondaire et, surtout, tertiaire, la promotion des pôles de développement et des villes secondaires, plus généralement, toute mesure de promotion de la condition féminine, sont autant de facteurs propres à faciliter la réalisation des objectifs de politique démographique.

1.2. Evaluation de la politique démographique inscrite au III^{ème} Plan

Dans l'élaboration d'un plan de développement qui se veut réaliste, il apparaît indispensable d'évaluer le plan précédent afin que les conclusions en découlant servent de base à l'élaboration du plan suivant.

Pour permettre, de la manière la plus succincte, l'évaluation de la politique démographique inscrite au III^{ème} Plan de Développement économique, social et culturel, il suffit d'en rappeler les objectifs et de les comparer à l'évolution réalisée.

En matière de fécondité, "le taux (brut) de natalité devait être ramené de 54 à 49 pour 1000 en 1986", tandis que devait être "interrompue et inversée la tendance à l'accroissement du nombre moyen d'enfants nés vivants". En fait, pendant la durée du plan, le nombre moyen d'enfants atteint par chaque femme à 50 ans, est demeuré aux environs de 8,6 enfants, ce qui n'a pas entraîné la baisse prévue du taux de natalité.

Quant à la mortalité, "l'espérance de vie (devait) passer de 48,5 années en 1980 à 53,7 en 1986, soit un gain moyen de 5,2 années sur une période de 6 ans", tandis que "les effets attendus des actions de prévention (devaient) se traduire par une baisse de la mortalité totale, de 17 en 1978, à 14 pour 1000 en 1986, en particulier grâce à la baisse de la mortalité infantile (de 143 pour 1000 en 1978 à 96 en 1986) et de la mortalité entre 1 et 5 ans (de 88 pour 1000 en 1978 à 60 en 1986). Si au cours de la période quinquennale s'est produite une amélioration des conditions sanitaires - se traduisant en particulier, par une décroissance de la mortalité pendant la petite enfance due à l'exécution du Programme Elargi de Vaccination notamment - il est douteux qu'une baisse aussi élevée de la mortalité soit sur-

venue, faute d'une transformation importante de l'environnement socio-économique (nutrition, assainissement du milieu...). Tout au plus peut-on postuler une augmentation de l'espérance de vie à la naissance d'environ 0,5 années, celle-ci atteignant 49,0 ans en 1986.

Rétrospectivement, il semble que les objectifs assignés au IIIème Plan aient été trop ambitieux ; surtout si l'on considère qu'une période quinquennale de planification ne constitue qu'un laps de temps bien court.

Si l'insuffisance des connaissances - par exemple la mauvaise appréciation de la structure de la mortalité infantile/juvenile - peut en partie expliquer la tendance à prévoir une évolution accélérée des indices démographiques, il n'en demeure pas moins par exemple, qu'atteindre une baisse de 54 à 49 pour 1000 du taux brut de natalité, c'est-à-dire une baisse supérieure à 1 point par an, en recherchant surtout l'espacement des naissances, paraît quelque peu irréaliste, faute d'une préparation suffisante des mentalités, d'une sensibilisation adéquate.

C'est surtout dans ce dernier domaine qu'a été effectué le plus grand progrès. Colloques et séminaires, campagnes de formation/sensibilisation en profondeur de toutes les couches de la population, ont permis de conduire à une évolution certaine des mentalités. En l'espace d'un quinquennat seulement, le chemin parcouru dans ce sens peut paraître impressionnant si l'on songe qu'envisager publiquement la diffusion des services contraceptifs demeurait pratiquement tabou jusqu'en 1982.

Si l'on ajoute à cette évolution des mentalités l'amélioration des connaissances socio-démographiques (Enquête Nationale sur la Fécondité, recensement, recherches "Population/Développement"...), la formation d'une partie des personnels nécessaires et la mise en place de services de planification familiale dans chaque préfecture, l'on doit considérer que les cinq années du IIIème Plan auront surtout permis de réunir un certain nombre de conditions permissives à l'exécution, puis à la généralisation du programme de planification familiale.

Au total si l'on ne doit pas se montrer exagérément sévère lorsqu'on examine le bilan du IIIème Plan en matière de population, on ne peut non plus être trop optimiste, tout comme lors des précédents plans, les objectifs poursuivis non seulement n'ayant pas été atteints, mais la pression démographique s'étant alourdie. La densité brute est passée de 207 à 250 habitants au Km² au cours du IIIème Plan et la densité par Km² utile (estimée à 18.742 Km² en 1978) de 290 à 350 au cours de la même période.

La leçon principale à tirer de l'exécution de la politique démographique inscrite au IIIème Plan de Développement, sans nul doute, réside dans la nécessité de mobiliser plus de moyens et plus d'énergie encore pour réaliser des objectifs considérés comme simplement réalistes.

2. Formulation de la politique démographique

Pour déterminer réalistement les objectifs de la politique démographique, deux questions doivent être préalablement posées :

- Comment, par quels instruments, l'Etat et les autres agents du développement, peuvent-ils agir dans le domaine de la population ?

- Où, sur quelles composantes du comportement démographique, ceux-ci peuvent-ils agir pour obtenir les meilleurs résultats ?

Répondre à ces deux questions nécessite d'identifier d'abord les moyens d'intervention à la disposition des agents du développement, surtout de la puissance publique, puis de délimiter le domaine dans lequel cette intervention exercera une efficacité maximale. Ce n'est qu'ensuite et en tenant compte des enseignements majeurs de l'évolution des politiques inscrites aux précédents plans, plus particulièrement au IIIème Plan, qu'ont pu être rigoureusement choisis les objectifs de la politique démographique et donc définis politiques, programmes et activités constituant cette politique démographique.

2.1. Moyens d'intervention

Pour exercer une influence sur les facteurs démographiques et, plus particulièrement, pour faciliter une baisse de la fécondité, quatre types de mesures peuvent être conjointement utilisées : **mesures législatives**, **mesures budgétaires**, **mesures d'incitation** ou **de dissuasion fiscales** et **matérielles**, **mesures politiques**.

1°. Mesures législatives

Fixation de l'âge légal au mariage, interdiction de la polygamie, détermination des congés de maternité, contrôle de l'installation en milieu urbain c'est d'abord par l'intervention législative que l'Etat Rwandais a jusqu'à présent cherché à intervenir dans le domaine démographique.

Dès maintenant, puis tout au long du IVème Plan de Développement, lois et règlements dans l'ensemble des secteurs connexes à la population devront être examinés pour en juger la pertinence, les adapter et les compléter dans les domaines spécifiques de population.

2°. Mesures budgétaires

Dans l'optique d'induire une décroissance de la fécondité, tout comme lors des plans précédents, il est fondamental que continuent d'être allouées prioritairement à

certaines secteurs du développement, d'importantes dotations budgétaires : le secteur du développement rural, d'abord, dans le but d'atteindre l'autosuffisance alimentaire et d'améliorer le niveau nutritionnel et, plus généralement, le niveau de vie de la population ; le secteur de l'éducation également, notamment de la scolarisation féminine et, bien évidemment le secteur de la santé publique, en particulier celui des soins de santé primaire. Plus précisément concernant ces derniers, il importe qu'en soit renforcée la composante "planification familiale" à travers l'augmentation des moyens de l'Office National de la Population, selon les recommandations mêmes du Vème Congrès National Ordinaire du MRND. La création d'un Fonds de Population est également à envisager dans ces mesures.

3°. Mesures d'incitation ou de dissuasion fiscale

Les mesures d'incitation ou de dissuasion fiscales, hormis quelques mesures comme la prise en compte du nombre de personnes à charge pour le calcul de l'impôt sur le revenu, n'ont jusqu'alors que peu retenu l'attention de la puissance publique. Si, effectivement, peu de mesures fiscales - limitation des abattements fiscaux au-delà d'un certain nombre d'enfants, peut-être ? - mériteraient d'être mises en oeuvre faute d'une efficacité suffisante en raison de la faiblesse numérique de la population concernée (en fait, sans doute la seule population urbaine salariée du secteur moderne), certaines mesures d'incitation/dissuasion matérielles devraient, pour le moins, être étudiées.

4°. Mesures politiques

L'essentiel des mesures de nature politique s'est matérialisé par le soutien du Gouvernement au programme de planification familiale mis en oeuvre par l'Office National de la Population. Selon la volonté du Vème Congrès National Ordinaire du MRND, ce soutien doit être accentué : dans ce sens, des directives politiques claires doivent inciter chacun, "quels que soient sa fonction ou son secteur d'activité, à oeuvrer pour que soit réellement soutenu et réalisé efficacement ce programme d'intérêt national". **Plus encore, discours et déclarations officielles jusqu'au plus haut niveau doivent exprimer ce ferme soutien.** Ce n'est qu'à ce prix que les objectifs choisis auront quelque chance d'être atteints ; au contraire, un engagement insuffisant de l'Etat conduirait inéluctablement - comme dans le cas du Ghana ou du Kenya - à une stagnation du programme de planification familiale et donc, à la poursuite d'une croissance démographique excessive.

2.2. Domaines d'intervention

Afin d'identifier les domaines d'intervention de la politique démographique on peut prendre en considération le déroulement de la vie féconde d'une mère en en distinguant le **début** (puberté), puis la période de **fécondité** proprement dite

marquée par conceptions, grossesses et naissances, enfin l'achèvement (ménopause). Chacune de ces périodes est caractérisée par plusieurs événements remarquables dont on peut présumer l'évolution en les comparant aux valeurs des mêmes événements prévalant dans d'autres pays - Cameroun, Ghana et Kenya - possédant des caractéristiques plus ou moins similaires.

Plusieurs événements peuvent être pris comme points caractéristiques du début de la vie féconde ; ce sont les âges aux premières règles, aux premiers rapports sexuels, d'entrée en première union, à la première naissance vivante.

1°. L'âge au mariage

L'âge à la puberté au Rwanda (15,3 ans) devrait connaître progressivement un léger rajeunissement en raison de l'amélioration de la santé et de la nutrition. Mais, l'âge au premières règles ne constitue pas une variable importante au regard de la politique démographique ; ce, d'autant plus que la plupart des conceptions surviennent dans le cadre de l'union et que l'âge d'entrée en première union est tardif.

L'âge moyen au mariage (supérieur à 20 ans) déjà élevé, apparaît en légère mais constante augmentation depuis une vingtaine d'années et devrait continuer à croître.

L'élévation de l'âge légal au premier mariage, si elle représente une mesure pleinement recommandable à la fois comme illustration de la volonté du "décideur" d'intervenir dans le domaine de la population et comme facteur de baisse de la mortalité infanto-juvénile, ne peut avoir qu'un effet limité sur la croissance démographique.

2°. L'âge à la première naissance

Allonger l'intervalle entre l'entrée en première union et la survenance de la première naissance vivante (21,6 ans - 20 ans = 1,6 an) apparaît tout aussi difficile : après le mariage doit rapidement être donné à l'époux, aux parents, à la famille ou à la société, une preuve de fécondité. Au contraire le rajeunissement de l'âge à la première naissance devrait se poursuivre, l'intervalle protogénésique diminuant jusqu'à un an (Kenya : 0,9 ans).

Au total, bien qu'il doive envisager toutes les actions possibles, le "décideur" ne dispose que de peu de mesures efficaces de nature à permettre une moindre fécondité en début de vie féconde.

3°. La période de la vie féconde

La vie féconde proprement dite peut se diviser en 3 périodes : une période de non-exposition au risque de concevoir, ou période d'infécondabilité post-partum ; une période d'exposition au risque de concevoir ; la période de grossesse (environ 9 mois).

- durée d'allaitement:

Au Rwanda l'abstinence post-partum étant de faible durée, la durée d'allaitement joue un rôle crucial: la durée d'aménorrhée augmente avec celle d'allaitement; l'accroissement est particulièrement fort du 11^{ème} au 30^{ème} mois d'allaitement puisqu'alors chaque mois d'allaitement supplémentaire retarde une nouvelle conception.

On constate que la période d'allaitement fort longue au Rwanda (plus de 21 mois) a tendance à diminuer en milieu urbain et chez les femmes jeunes, schéma qui se généralisera certainement à l'ensemble de la société rwandaise dans les prochaines années, contribuant ainsi à augmenter la fécondité: il importerait pour cette raison déjà - mais, ce n'est pas la seule - de maintenir cette durée à travers une politique d'allaitement maternel. L'absence d'allaitement en cas de fausse couche, raccourcit la période d'infécondabilité post-partum. Aussi la lutte contre la mortalité intra-utérine est un facteur à prendre en considération.

- période d'exposition au risque de conception:

La durée de la période d'exposition au risque de concevoir est fonction de l'abstinence, de la séparation des conjoints (80 % des femmes demeurant constamment en union et 2 % seulement étant séparées d'avec leur conjoint pour une durée supérieure à 3 mois), de la fréquence de l'utilisation de la contraception; cette dernière variable s'avérant, à l'évidence, la plus importante.

- espacement des naissances et contraception:

Si au Rwanda, comme en Afrique en général, la culture pro-nataliste conduit à préférer une famille de taille élevée (6,3 enfants désirés) et si statut de la femme et mentalités ne pouvant évoluer que relativement lentement, cet état de fait prédominera encore pendant probablement plusieurs années, il existe néanmoins une demande contraceptive potentiellement importante.

En effet, dans toutes les sociétés de culture traditionnelle, des naissances trop rapprochées, parce qu'elles mettent en jeu la santé de la mère et de l'enfant, apparaissent condamnables sinon honteuses. Un programme de planification familiale doit d'abord répondre à cette demande d'espacement.

En d'autres termes, on doit s'efforcer de faire comprendre le bénéfice de la contraception en remplacement de l'allaitement dont la durée diminue, ceci de manière à assurer un intervalle intergénéral suffisant pour le bien-être de la mère et de l'enfant, conformément aux pratiques recommandées par la coutume. Dans ce cas, la planification familiale doit être intégrée aux services de santé maternelle et infantile.

- contraception d'arrêt (pour les adultes):

Mais, plus importante encore, existe une demande latente de planification familiale de la part des mères plus âgées encore fertiles : il n'est pas douteux qu'une certaine proportion des femmes de plus de 40 ans ayant déjà enfanté 10 fois ou plus, souhaiteraient éviter toute nouvelle grossesse. Cette demande de contraception d'arrêt qui s'exprime en fin de vie féconde et jusqu'à l'âge à la ménopause - période où surviennent encore de nombreuses naissances - constitue sans aucun doute la demande la plus urgente à satisfaire dans le cadre d'un programme de planification familiale.

4°. Situation socio-économique de la femme

Les femmes exprimant potentiellement un désir de limiter leur descendance étant souvent les plus défavorisées - en particulier ce sont celles possédant le plus faible niveau d'alphabétisation, qui fréquentent le plus rarement les centres médicaux ou les structures d'encadrement socio-économiques : CCDFP, organisations féminines... - la diffusion des connaissances en matière de planification familiale et la distribution des procédés contraceptifs aurait avantage à s'effectuer par le canal de circuits non-médicaux.

5°. Lutte contre la mortalité pendant la petite enfance

Pendant la troisième période, la période de grossesse, seule la mortalité intra-utérine par le biais d'une amélioration de la nutrition de la mère et des soins qui lui sont prodigués, constitue une variable à prendre en considération pour conduire à une baisse de la mortalité foetale.

Tout au long de la vie féconde, pendant la grossesse, mais également aux autres âges, l'accent doit être porté sur la lutte contre le risque de mortalité.

Cette lutte contre la mortalité constitue en fait le facteur déterminant d'une baisse de la fécondité : aussi longtemps que la survie des enfants restera aléatoire (les quotients de mortalité infantile et juvénile variant autour de 115-120 pour mille), - la fécondité demeurera élevée. La baisse de la mortalité est un préalable à la diminution de la fécondité. **Politique de planification familiale et politique de réduction de la mortalité pendant la petite enfance** devraient donc être considérées comme un tout.

Ces deux politiques, accompagnées de quelques mesures dans des domaines spécifiques (nuptialité par exemple), constituent les grands axes de la politique démographique. Avant d'en préciser le contenu, il importe de prendre la mesure, de "dimensionner" les actions pouvant être réalistement envisagées, c'est-à-dire de choisir les objectifs de la politique démographique.

2.3. Choix des objectifs

Morcellement continu des terres et aggravation du risque de sous-nutrition, difficulté à satisfaire des besoins aussi essentiels que ceux de santé, de scolarisation, d'emploi ..., les effets de la pression démographique sont suffisamment bien connus pour qu'il ne soit pas nécessaire de les présenter ici de manière détaillée. Toute accélération du rythme d'accroissement démographique produirait les conséquences les plus dommageables pour les familles et l'Etat. Sans vouloir présenter une vision catastrophique de l'évolution possible, il est néanmoins certain qu'à moyen et plus long terme, la simple réalisation de l'équilibre entre population et ressources et, plus encore, l'amélioration du niveau de vie, nécessitent la maîtrise de la croissance démographique. C'est-à-dire une diminution aussi forte et rapide que possible de la fécondité.

Afin de favoriser cette diminution de la fécondité, la politique de population doit se fixer des objectifs politiques et démographiques.

2.3.1. Objectifs politiques

L'engagement ferme de l'Etat rwandais pour que soit réalisée la politique de population, notamment à travers les plans successifs qui se dérouleront dans le futur, doit se manifester à travers différents départements et structures, afin de :

- généraliser l'utilisation de toutes les méthodes contraceptives autorisées par l'Etat, dans toutes les formations socio-sanitaires du pays.
- améliorer l'état sanitaire de la population et contribuer à réduire la mortalité générale et la mortalité infantile en particulier.
- généraliser la sensibilisation de la population sur les problèmes socio-démographiques par la formation et l'éducation au bien-être familial.
- favoriser le développement du programme de population par la formation du personnel, la connaissance des phénomènes socio-démographiques par des études appropriées.
- rechercher une meilleure répartition de la population par les migrations internes et l'émigration.
- favoriser l'évolution des mentalités et le bien-être de la population par un accroissement de la production par l'aménagement du territoire, par un meilleur niveau d'éducation et par une politique de l'emploi.
- promouvoir la femme rwandaise comme acteur du développement national.

2.3.1. Objectifs démographiques

- réduire la fécondité des femmes par l'emploi des méthodes de PF, de 0,5 enfant par femme durant le IVème Plan, puis de 1 enfant au cours de chacun des plans suivants.

- avoir atteint 12 % de taux de prévalence contraceptive fin 1990, 15 % fin 1991 et 40 en 2000.

- réduire la croissance de la population de 3,6 % en 1990 à 2,7 % en 2000.

- réduire la mortalité pour que l'espérance de vie à la naissance passe de 49 ans en 1985 à 53,5 ans en 2000.

L'évolution du nombre de contraceptrices est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Evolution du nombre de contraceptrices au cours du IVème Plan (pour assurer une baisse du nombre moyen d'enfants/femme de 8,6 à 8,0)

Années	Nombre de naissances à éviter pendant l'année	Nombre de contraceptrices	Pourcentage de femmes en union et fertiles contraceptrices	Accroissement annuel du nombre de contraceptrices
1987	6.016	25.250	3	26.000
1988	8.419	50.950	6	28.000
1989	16.996	78.650	9	30.000
1990	26.233	108.350	12	32.000
1991	36.153	140.250	15	-
1992	46.784	-	-	-

L'estimation des naissances évitées repose sur l'hypothèse d'une décroissance du taux brut de natalité de 54 pour mille en 1987, à 49 en 1992. Pour calculer le nombre d'acceptrices on suppose que toute naissance évitée résulte seulement de l'offre de service de planification familiale et que la contraception possède une efficacité presque parfaite.

D'après le modèle de Bongaart, le taux de fécondité (TFR) est fonction des variables suivantes:

$$TFR = C_m * C_c * C_a * C_i * TF$$

C'est-à-dire fonction de l'indice du mariage C_m , de l'indice de la contraception C_c , de l'indice d'avortement provoqué C_a , de l'indice d'infécondité post-partum C_i et du taux de fécondité naturelle TF .

Au Rwanda, on remarque jusqu'ici, que le taux de fécondité dépend principalement du mariage, de l'infécondité post-partum (allaitement) et de la fécondité naturelle, les autres indices (contraception, avortement) étant pour le moment négligeables. Cependant, le développement du programme de Planification Familiale va entraîner une importance croissante de la variable contraception, dans le sens d'une restriction de taux de fécondité. Les autres indices de l'équation restant relativement stables au cours du IVème Plan, toute réduction attendue de la fécondité ne sera que le résultat de l'utilisation de la contraception.

L'évolution supposée du pourcentage d'acceptrices au cours du IVème Plan est relativement connue et repose sur la répartition constante des utilisatrices des différentes méthodes.

La répartition des utilisatrices de contraception selon la méthode (1986), est de 29,7 % pour la pilule, de 62,1 % pour l'injectable, de 6,6 % pour le DIU et de 1,6 % pour les barrières (Condom, diaphragme, spermicide). L'utilisation de condoms indiquée ici, ne concerne que celle faite par les femmes utilisatrices. Les condoms distribués aux hommes ne sont pas pris en compte. On peut s'attendre cependant à une évolution de ce schéma entre méthodes, sous l'action de:

- la disponibilisation des méthodes dans les différents centres;
- la formation du personnel et la sensibilisation de la population à certaines méthodes;
- l'introduction de nouvelles méthodes telles que la stérilisation volontaire (ligature des trompes et vasectomie);
- certains facteurs exogènes à la planification familiale; tels le Sida et l'utilisation des condoms;
- le service national d'action familiale, de l'Eglise Catholique, qui promeut les seules méthodes naturelles.

Il s'agit là d'un objectif ambitieux impliquant un effort important, effort dont on peut prendre plus justement la mesure si l'on sait que, en dépit de l'ancienneté des programmes de planification familiale dans ces pays, seulement 6 et 8 % des femmes nigérianes et kenyanes sont des contraceptrices régulières; ou, mieux encore si l'on considère que de 1967 à 1977 la proportion de femmes en union et fertiles contraceptrices au Kenya est passée de 6 à 8 %, soit selon un taux annuel moyen de 0,2 %.

Ambitieux également cet objectif l'est, car parvenir au seuil de 15 % des femmes sous contraceptif implique que soit satisfaite la demande latente des femmes désirant limiter leur descendance à la parité atteinte; c'est-à-dire des femmes les plus âgées et les moins instruites, de celles utilisant le plus rarement les infrastructures sanitaires ou sociales. Ceci suppose donc que l'on sache comment porter à la connaissance de ces femmes l'existence de procédés pour éviter toute nouvelle grossesse - politique d'information/sensibilisation - et que l'on ait identifié les moyens de mettre concrètement à leur dis-

position, là où elles vivent ("sur la colline"), les techniques contraceptives - programme d'offre des services contraceptifs - .

Or ces techniques d'information/sensibilisation hors des canaux institutionnels (CCDFP, MRND, ONG, ...) ou de diffusion des moyens contraceptifs hors des circuits médicaux, techniques spécifiquement adaptées aux femmes illettrées, sont en cours de définition. Même si réflexion et expérimentation en ce domaine commencent dès le début du IV^{ème} Plan, ce n'est toutefois qu'après plusieurs essais que les stratégies les plus adéquates pourront être identifiées puis généralisées.

Par ailleurs, on ne peut escompter une efficacité immédiate de ces techniques : quand bien même, à la suite des campagnes de sensibilisation et de l'engagement ferme de l'Etat, se manifesterait une adhésion collective basée sur la conviction qu'une descendance moins nombreuse représenterait un avantage, par peur du jugement social l'adoption par de larges couches de la population rurale d'un comportement de maîtrise de la fécondité, comportement déviant par rapport à celui du milieu environnant, ne devrait se généraliser qu'avec une certaine lenteur. En d'autres termes on ne saurait spéculer sur un changement trop rapide des mentalités qui n'apparaît pas même souhaitable au regard de la nécessité de ne pas heurter trop brutalement personnalité et culture rwandaises pour éviter tout rejet global du programme.

Ce n'est d'ailleurs qu'en fonction de cette évolution des mentalités, collective et individuelles, qu'augmentera la demande contraceptive émanant tout aussi bien des personnes désirant espacer leurs naissances que de celles souhaitant limiter leur descendance ; le comportement de ces personnes devenant de moins en moins sujet à critique.

Pour tenir compte à la fois de la lenteur de la transformation attendue des mentalités puis de son accélération, de l'efficacité grandissante avec laquelle seront distribués services et moyens contraceptifs, et, plus généralement de l'amélioration du niveau de vie de la population, la fécondité est supposée ne décroître au cours du V^{ème} Plan qu'au même rythme que pendant le IV^{ème} Plan, puis plus rapidement lors du VI^{ème} Plan ; le nombre moyen d'enfants/femme diminuant ainsi de 8,0 à 7,5 puis à 6,5.

Pendant les mêmes périodes quinquennales, essentiellement en fonction de l'amélioration de la nutrition et de la santé, l'espérance de vie des sexes masculin et féminin est supposée connaître la même évolution : - augmentation en moyenne constante de près de 0,25 an chaque année au cours des IV^{ème} et V^{ème} Plan puis d'une demi-année pendant les 5 ans du VI^{ème} Plan-, s'élevant ainsi de 48,7 ans au cours du III^{ème} Plan à 49,9 , 51,1 puis 53,5 ans respectivement lors des IV^{ème}, V^{ème} et VI^{ème} Plans.

Si l'on suppose que peuvent être négligés les mouvements migratoires internationaux - hypothèse qui, en fonction de la

signature d'accords portant sur l'installation de Rwandais dans les pays étrangers limitrophes, devrait être révisée -, résultats de l'évolution présumée de la mortalité et de la fécondité, on peut estimer pour les prochaines périodes quinquennales, la population totale, son taux d'accroissement et sa structure. Bien que l'accroissement annuel de la population exprimé en effectifs absolus - c'est-à-dire en nombre de personnes supplémentaires, - devienne de plus en plus important, (+ 230.000 par an entre le début du IIIème Plan et le début du IVème, + 270.000 entre le début du IVème et le début du Vème, + 300.000 entre le début du Vème et le début du VIème), ce qui doit davantage retenir l'attention c'est, conséquence d'une évolution similaire des indices de mortalité et de fécondité, la décélération faible dans un premier temps, puis plus rapide du taux d'accroissement de la population qui diminue d'abord de 3,5 à 3,4 puis plus fortement à 3,1 % et donc, de façon concomitante, l'accélération de la décroissance du rapport de dépendance - (effectifs 0-14 + effectifs 60 et plus) / effectifs 15-59 ans - celui-ci devenant même inférieur à 100 au cours du VIème Plan.

Cette évolution de la population devrait permettre, en d'autres termes, de réunir les conditions permissives de réalisation de l'équilibre démo-économique ; pour s'en convaincre, il suffit de la comparer à celle qui prévaudrait si fécondité et mortalité demeuraient constantes tout au long des prochains plans quinquennaux : dans ce cas, non seulement le taux d'accroissement de la population demeurerait à peu près constant, mais surtout le rapport de dépendance augmenterait jusqu'à plus de 113 - au lieu de 98 - traduisant ainsi le maintien de l'extrême jeunesse de la population et un explosif potentiel de croissance future.

2.4. Identification des politiques

Définition des moyens et domaines d'intervention, puis choix des objectifs de la politique démographique ont permis d'identifier les principaux axes : les politiques de planification familiale et de réduction de la mortalité pendant la petite enfance. On a également souligné qu'aucune baisse significative de la fécondité ne se produirait sans l'engagement ferme et constant de l'Etat et, surtout, en l'absence d'une prise de conscience des femmes de la possibilité et de l'intérêt à maîtriser leur fécondité ; c'est-à-dire en fait en l'absence d'une forte motivation qui devrait être générée par des campagnes de "formation/sensibilisation au bien-être familial". Bien sûr, de telles actions ne devraient pas être limitées aux seules mères mais, dans une optique plus globale et à plus long terme, devraient concerner d'autres couches de la population, prioritairement sans doute les pères, les adolescents, etc...

Politiques de planification familiale, de réduction de la mortalité pendant la petite enfance et de "formation/sensibilisation au bien-être familial", ne pourront être efficacement réalisées qu'à condition de disposer de spécialistes correctement formés et suffisamment nombreux : une politique de la formation, complémentaire des précédentes, doit donc être mise en oeuvre.

Parce qu'aussi doivent être recherchés les moyens les plus économiques et les plus efficaces de réaliser les politiques précédentes et que, plus globalement, doit sans cesse être amélioré le choix des objectifs de la politique démographique, c'est-à-dire mieux comprise sa dynamique, la politique d'amélioration des connaissances, de "Recherches" dans le domaine de la population doit être poursuivie.

Enfin, bien qu'au cours du présent plan aucune action d'envergure - en dehors de l'étude même du phénomène - ne devrait être entreprise, une dernière politique, peut-être envisageable à l'horizon des Vème ou VIème Plans, devrait être examinée : celle des migrations internes et, surtout, externes.

En résumé, la politique démographique comprend six volets :

- la politique de planification familiale,
- la politique de réduction de la mortalité pendant la petite enfance,
- la politique de formation/sensibilisation au bien-être familial,
- la politique de formation,
- la politique de recherche,
- la politique de migration.

2.5. Identification des programmes et des activités

Ces six politiques identifiées, leur contenu respectif doit aussi être précisé. Pour ce faire, peuvent être par exemple posées les questions suivantes : comment susciter la baisse de la mortalité infanto-juvénile ? Par quels programmes dans les domaines de la nutrition, de la vaccination, de l'hygiène ... ? Comment faciliter une baisse de la fécondité jusqu'à 8,0 enfants/femme ? Par quels programmes dans les domaines de l'allaitement, de la diffusion des procédés contraceptifs... ?

Dans un premier temps on peut ainsi énumérer tous les programmes constitutifs d'une politique. Puis selon la même technique d'interrogation - par exemple : Comment améliorer la nutrition des femmes enceintes ? - peuvent être identifiées les activités concrètes - distribution des vitamines, déparasitages systématiques... - appartenant à ces programmes.

Enfin, pour toutes ces activités précisément "repérées", il faut examiner les moyens de les réaliser : personnel, infrastructure et financement et, complémentairement, leurs caractéristiques principales : organismes d'exécution, durée, calendrier, résultats attendus, localisation, procédures de suivi et d'évaluation...

3. Présentation des politiques, programmes et activités

3.1. Politique de planification familiale

Une décroissance de 8,6 à 8,0 enfants/femme au cours du IV^{ème} Plan de Développement constitue un objectif ambitieux: 15 % des femmes en union et fertiles devront être contraceptrices régulières d'ici la fin de ce plan.

La réalisation de cet objectif ne peut être assurée, par la seule satisfaction de la demande d'espacement des naissances. La baisse attendue de la fécondité nécessite que la demande des femmes désirant éviter toute nouvelle conception soit aussi satisfaite. Il s'agit donc d'abord, selon les termes mêmes du III^{ème} Plan "de mettre gratuitement et aisément à la disposition des mères ayant déjà eu de nombreuses grossesses, les moyens d'éviter toute nouvelle grossesse non désirée".

La politique d'offre de services contraceptifs ne peut être seulement une politique d'espacement des naissances ou de parenté responsable, elle doit être une politique de planification familiale, c'est-à-dire une politique répondant à toutes les demandes de maîtrise de la fécondité: demande des mères ayant déjà constitué leur descendance et voulant arrêter de procréer - contraception d'arrêt -, demande des mères d'âge fécond constituant encore leur descendance et désirant laisser un intervalle suffisant entre chaque enfantement - contraception d'espacement -, demande des femmes ou des couples les plus jeunes "qui n'ont pas encore les moyens économiques d'assurer la charge d'une famille" - contraception de parenté responsable -.

Plus précisément, si la contraception d'espacement pouvait induire les 2/3 de la baisse désirée de la fécondité - qui passerait ainsi de 8,6 à 8,2 enfants/femme -, contraception de parenté responsable et, surtout, contraception d'arrêt, en représenteraient le 1/3, la fécondité décroissant de 8,2 à 8,0 enfants/femme.

Concernant cette dernière demande, et plus particulièrement celles des (jeunes) femmes n'ayant pas les moyens d'assurer la charge d'une famille ou, plus simplement d'un enfant, on ne peut passer sous silence le probable accroissement des naissances hors-union en raison du coût élevé de la dot, de l'élévation continue de l'âge d'entrée en union et du développement urbain. Sous peine de devoir résoudre nombre de problèmes sociaux et de devoir faire face à une augmentation de la fréquence des pratiques abortives pour éviter ces naissances trop précoces - naissances à haut risque produisant les mortalités maternelle et infantile les plus élevées - l'accès aux services contraceptifs là aussi devrait être facilité.

De manière plus générale, dans cette optique, il apparaît que l'offre de services contraceptifs doit répondre à la demande non seulement des "ménages" ou des "couples" mais à celle

de tous les individus, femmes et hommes, quel que soit leur statut matrimonial, leur âge, leur nombre d'enfants, ou leur motivation.

Il importe donc que soit appliquée clairement et sans retard la directive ministérielle n° 779 du 03 Mars 1988 relative à l'utilisation des produits contraceptifs dans tous les centres de santé (agréés et non agréés), qui fait obligation à ces centres de distribuer toutes les méthodes reconnues par les autorités rwandaises (y compris la stérilisation). Cette directive devrait être révisée de façon à s'appliquer à toute personne désireuse d'accéder aux moyens contraceptifs.

Le renforcement de la fourniture des services de planification familiale nécessite tout d'abord que soit poursuivie la promotion à travers les services de PMI. Cependant ces dernières, qui n'existent qu'au niveau des structures sanitaires, ne peuvent constituer l'unique canal ; la planification familiale doit être disponible dans toute formation sanitaire, y compris celles ne possédant pas encore les structures de PMI ; d'autre part, et surtout, pour répondre à la demande des femmes les plus âgées désirant éviter toute nouvelle grossesse, l'offre de services contraceptifs par le biais de canaux non-sanitaires ("promotion sociale de la planification familiale") doit être développée.

Cette politique de planification familiale basée sur le renforcement de la fourniture des services est constituée de quatre programmes principaux : programme de définition d'une réglementation de la planification familiale, d'augmentation des services de planification familiale par les circuits sanitaires, de développement de circuits non-sanitaires de prestation des services de P.F., et organisation de l'approvisionnement et de la distribution des produits relatifs à la planification familiale. Mais, outre ces programmes et l'engagement de la puissance publique, trois autres programmes doivent être complémentaires mis en oeuvre : programmes de renforcement de l'allaitement maternel - programme intimement lié à l'amélioration de la nutrition du couple mère-enfant, et qui, comme tel, sera explicité lors de l'examen de la "politique de réduction de la mortalité pendant la petite enfance" -, programme de diminution du temps d'exposition à la grossesse - programme impliquant la réalisation d'actions à long terme dans le domaine socio-culturel, relevant donc plutôt du développement en général et des "politiques de population" - enfin, programme de sensibilisation.

3.1.1. Programme de définition d'une réglementation de la planification familiale

Pour permettre de déterminer personnels et équipements nécessaires à l'offre de services, il importait de définir préalablement : méthodes autorisées et non-autorisées, infrastructures et personnels habilités à offrir les méthodes selon le type. La Directive ministérielle du 3 Mars 1988 est venue combler cette lacune.

Cette clarification présente en outre l'avantage de lever tout doute, source de contestation possible. Les actions à entreprendre doivent porter sur la conception et la diffusion d'une réglementation sur la planification familiale. Cette réglementation se baserait sur les lignes directrices ci-après.

L'examen de notre édifice législatif fait apparaître qu'aucune disposition particulière légale ne fait mention des méthodes d'espacement des naissances ou des méthodes d'arrêt de la procréation, exception faite de l'article 379 du code pénal relatif à l'interdiction de l'avortement.

L'élaboration d'une législation claire sur la planification familiale dans notre pays a été l'une des recommandations fréquentes émises dans les divers séminaires de sensibilisation, organisés par l'ONAPO à travers le pays depuis 1981.

Au cours du IVème Plan, une législation sur la Planification Familiale devra être rédigée. Cette législation devra porter sur certains points qui entravent vraisemblablement le développement des services de planification familiale au Rwanda.

Comme les méthodes de planification familiale diffèrent, il serait judicieux de traiter séparément les méthodes de contraception réversibles, les méthodes irréversibles et l'avortement. Enfin des chapitres devraient être consacrés aux incapables et à la responsabilité des fournisseurs des services de planification familiale.

Il s'agira notamment de:

- définir les critères à respecter pour la prescription de telle ou telle méthode de planification familiale pour la première visite et pour les méthodes de réapprovisionnement;
- spécifier les méthodes de planification familiale pour lesquelles une ordonnance médicale est nécessaire;
- spécifier le type d'infrastructures pouvant offrir les services de planification familiale en fonction de chaque méthode et de l'équipement minimal jugé indispensable pour l'application de la méthode de planification familiale;
- identifier de façon précise la population pouvant bénéficier des services de planification familiale;
- cerner les responsabilités du personnel médical, paramédical ou autre, dans la prestation des services de planification familiale;
- libéraliser toutes les méthodes de planification familiale y compris la stérilisation définitive.

Ces différentes matières feraient l'objet tantôt d'un arrêté présidentiel ou ministériel, ou même d'une simple instruction ministérielle suivant leur objet et leur portée.

Ces mesures législatives et réglementaires devront en outre, pour être efficaces, s'accompagner d'autres, qualifiées d'incitatives à l'égard des bénéficiaires; aussi les responsables de la législation à tous les niveaux (Présidence de la République, Conseil National de Développement, Ministères) devraient, chaque fois que l'opportunité se présente, insérer dans leurs projets de lois, d'arrêtés et d'instructions, ces mesures incitatives. L'on songe généralement aux domaines suivants:

- abattements fiscaux;
- priorité dans les établissements scolaires;
- congé de maternité, de stérilisation, d'avortement spontané;
- gratuité des soins médicaux;
- avantages agro-pastoraux;
- mesures honorifiques .

Les instances ci-haut citées ne perdront jamais de vue que ces mesures incitatives ne peuvent en aucun cas remplacer les prestations publiques existantes et qu'elles ne peuvent non plus contrarier la jouissance des droits fondamentaux de l'homme.

Par ailleurs, leur applicabilité varierait suivant la perception et la sensibilité de la population.

Recul de l'âge d'entrée en union

Le retardement de l'âge d'entrée en union est considéré comme programme relevant de la politique de planification familiale de façon à illustrer qu'à travers cette mesure c'est la réduction du temps d'exposition au risque de grossesse qui est recherchée.

En raison d'un âge d'entrée en union déjà élevé (plus de 20 ans), de la très faible proportion des mariages civils contractés avant 20 ans (moins de 1% de l'ensemble des unions), de la difficulté de faire respecter une telle loi, on ne peut attendre une grande efficacité d'une augmentation de l'âge légal au mariage, d'autant plus que la fécondité des femmes les plus jeunes est faible. Néanmoins parce qu'elle illustre la volonté du "décideur" d'intervenir dans le domaine démographique, cette mesure doit être retenue.

Pour éviter toute ambiguïté qui pourrait survenir d'une différence entre âge à la majorité civile et âge légal au mariage, il apparaît opportun de les confondre : ainsi l'âge légal au mariage - actuellement de 18 ans et 15 ans révolus respectivement pour l'homme et pour la femme - serait fixé pour l'homme comme pour la femme à 21 ans révolus.

Si l'on considère, par ailleurs, qu'une forte proportion des unions débute avant 18 ans - unions de fait ou unions coutumières - une efficacité toute aussi grande que celle du relèvement de l'âge légal au mariage serait une entrée différée en union qu'on pourrait susciter à travers actions de sensibilisation et d'éducation.

3.1.2. Augmentation de la fourniture des services de planification familiale par les circuits sanitaires

Les infrastructures sanitaires connaissent une bonne fréquentation, en particulier lors des visites prénatales, des consultations de nourrissons, ... Relativement proches de la population et souvent bien réparties, elles représentent un canal privilégié de l'offre de services de planification familiale.

L'insuffisance quantitative et qualitative des structures sanitaires est cependant un obstacle important à la promotion de la planification familiale. Y remédier nécessite d'augmenter le nombre et la qualité des structures sanitaires, d'équiper ces structures, d'instaurer différents types de dispensation des services de planification familiale. Ces trois éléments constituent les activités prioritaires de ce programme.

3.1.2.1. Insuffisance qualitative et quantitative des structures sanitaires

Le problème global identifié dans le domaine de la planification familiale, est l'insuffisance des services de planification familiale mis à la disposition de la population.

En effet, en se référant à l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1983, 31 % des femmes enquêtées ont exprimé le désir d'utiliser une méthode de planification familiale. Dans une autre enquête sur "les besoins non satisfaits en santé maternelle et infantile", réalisée par l'ONAPD en septembre 1985, on trouve 31 % des femmes ayant manqué des services de planification familiale.

Si l'on sait que seulement 3 % des femmes rwandaises en union et fertiles sont sous contraceptifs actuellement, l'on peut conclure que le chiffre de 31 % de femmes est très significatif pour exprimer l'insuffisance des services de planification familiale au Rwanda; cette insuffisance paraît autant quantitative que qualitative.

i) Insuffisance quantitative des services de PF

Sur 392 formations sanitaires du Rwanda, seulement 223 dispensent actuellement la planification familiale à la population. Certaines communes du pays restent encore démunies en formations socio-sanitaires; et là où elles existent, elles sont parfois délabrées, abîmées, nécessitant d'être réfectionnées. D'autre part, un grand nombre de formations catholiques refusent encore de proposer des services de planification familiale à la population.

Ce problème d'insuffisance des structures socio-sanitaires prestant les services de planification, entrave l'accessibilité de la population à ces services.

ii) Insuffisance qualitative des services de PF

Malgré l'évolution positive du nombre des acceptrices de planification familiale et du nombre de formations sanitaires prestant la planification familiale, force est de constater que sur ces 183 formations sanitaires:

- un petit nombre dispose d'un personnel qualifié et/ou formé cliniquement en planification familiale;
- plusieurs cas d'abandons sont relevés par les statistiques de planification familiale;
- il existe un manque de motivation de la part du personnel sanitaire pour la fourniture des services de planification familiale;
- il existe un manque d'organisation cohérente et/ou standard des services de planification familiale dans les formations sanitaires;
- une insuffisance et/ou absence de supervision et d'encadrement du personnel chargé des services de planification familiale est relevée.

Ce qui traduit une fourniture non satisfaisante de service à la population.

iii) Insuffisance de disponibilité de la planification familiale au niveau de la population

Les circuits sanitaires de dispensation des services de planification familiale ne suffisent pas à eux seuls pour atteindre l'objectif d'une couverture de 15 % des femmes sous contraceptifs pendant la période du IVème Plan Quinquennal. Il faudrait envisager d'autres voies de distribution des services.

En effet, la formule actuelle d'intégration PMI/PF risque d'exclure de la planification familiale, plusieurs

catégories des personnes qui normalement ne sont pas intéressées par la PMI à savoir:

- les femmes non enceintes et non allaitantes,
- les jeunes et les célibataires,
- les maris (conjoint) etc...

3.1.2.2. Augmentation du nombre et de la qualité des services de planification familiale

i) Augmentation de la fourniture des services de planification familiale par les circuits sanitaires

- Augmenter le nombre des formations sanitaires

En début 88, le pays disposait de 170 centres de santé dont 94 publics et 76 agréés. Ces centres de santé sont inégalement répartis dans le pays. L'objectif visé par le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales était de disponibiliser au moins un centre de santé par commune.

Centres de santé à construire dans les 5 prochaines années

Commune	Préfecture	Financement	
		trouvé	à chercher
1 Kigoma	Gitarama		X
2 Gafunzo	Cyangugu		X
3 Bwisige	Byumba		X
4 Kayonza	Kibungo		X
5 Kiyombe	Byumba		X
6 Muyaga	Butare		X
7 Cyimbogo	Cyangugu		X
8 Gisuma	Cyangugu		X
9 Gaseke	Gisenyi		X
10 Kibilira	Gisenyi		X
11 Nyarutovu	Ruhengeri		X
12 Gishamvu	Butare	X	
13 Bugarama	Cyangugu	X	
14 Kamembe	Cyangugu	X	
15 Karengera	Cyangugu	X	
16 Ramba	Gisenyi	X	
17 Buyoga	Byumba	X	
18 Muhura	Byumba	X	
19 Rukira	Kibungo	X	
20 Kirambo	Cyangugu	X	
21 Murambi	Byumba	X	

Sur l'effectif de 21 centres de santé à construire dans les prochaines années, 10 ont trouvé un financement et 11 autres n'en ont pas encore. (Rapport annuel Minisapaso 1987). De ces 21 constructions, on trouve 6 hôpitaux ruraux dans les zones déjà identifiées et 13 centres de santé, afin que chaque commune soit

dotée d'une structure sanitaire de base. Il faudra prendre toutes les mesures nécessaires pour révaloriser les centres de santé de l'Etat pour les rendre plus présentables et accueillant à la population.

Le tableau ci-avant montre les communes pour lesquelles les centres de santé à construire ont trouvé un financement. La construction d'un centre de santé ayant été estimé à 40 millions, le coût total des 11 centres de santé est de 440 millions de FRW.

- **Introduire le service de planification familiale dans toutes les formations sanitaires qui n'en disposent pas,**
- **Obtenir une augmentation du nombre des acceptrices de planification familiale par :**

- . la promotion de l'éducation en matière de planification familiale dans les centres de santé;
- . l'amélioration de l'accueil des couples fréquentant les services de planification familiale dans les formations sanitaires;
- . la motivation des femmes pour la planification familiale dans le post-partum immédiat;
- . le suivi à domicile des clients de la planification familiale;
- . l'amélioration de la stratégie de prestation des services de planification familiale (intégration PF/PEV, création des postes secondaires,...).

- **Connaître les cas d'abandons et de sorties d'observation par une organisation simple et cohérente de service de PMI/PF :**

Les visites à domicile habituellement réalisées par chaque centre de santé devront être révalorisées pour récupérer les cas d'abandon du programme de planification familiale et de non participation à ce programme. L'Umukangurambaga (animateur bénévole de la PF depuis 1988) devra être l'intermédiaire privilégié entre les familles et le centre de santé.

Il est impérieux également de redynamiser l'appareil statistique et d'information sanitaire pour assurer la collecte des données sanitaires pertinentes. La mise en circulation d'une fiche unique et standard de collecte des informations sanitaires s'avère donc urgente pour pallier au problème de la multiplicité des fiches et son élaboration devra être exécutée par le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec l'ONAPD.

- **Instaurer divers types de dispensation des services de planification familiale dans les circuits sanitaires et non sanitaires**

La planification familiale au niveau des formations sanitaires peut être dispensée sous plusieurs formes:

- intégrée à la PMI,
- libre et à la demande,
- service pur,
- service mobile.

Ces options stratégiques de planification familiale ne s'excluent pas mutuellement. Une formation sanitaire peut recourir à une combinaison de deux ou plusieurs de ces stratégies suivant ses capacités et sa spécificité. Une étude sur la meilleure façon d'offrir les services de planification familiale sera effectuée au cours de ce plan quinquennal par l'ONAPO.

ii) Promotion de la qualité des services de planification familiale

Il est nécessaire de mieux organiser les services de planification familiale dans les formations sanitaires. La faisabilité de ce genre de dispensation des services de planification à l'heure actuelle, nous amène à distinguer deux niveaux:

Au niveau des centres de santé

Les services de planification familiale devront être intégrés dans les autres services de santé et être offerts sur demande comme les autres soins médicaux. Le travail est bien faisable pour un centre de santé disposant d'un minimum de 5 personnes, dont 2 qualifiés et formés en planification familiale.

Au niveau des centres de santé familiale (PMI/PF) des hôpitaux

Ces structures socio-sanitaires sont bien privilégiées tant en ressources humaines qualifiées qu'en ressources matérielles de PMI/PF, pour pouvoir appliquer l'option d'intégration des activités de PMI/PF. L'idéal est qu'une femme qui se présente dans un centre de santé pour n'importe quel service, en particulier de PMI, puisse bénéficier de la PF.

Pour réaliser cette intégration, il faudra :

- Former le personnel médical et paramédical en matière de PMI/PF (voir politique de formation).
- Superviser et encadrer le personnel chargé des services de PF.

Il faut également accroître la supervision des unités sanitaires de base. Cette supervision devra être renforcée principalement dans un double but:

- . assurer la formation continue du personnel de terrain.
- . résoudre les problèmes éventuels rencontrés.

Cette supervision devra être exécutée par une équipe régionale composée de médecins sous la coordination directe du médecin-directeur de la région sanitaire. Le protocole de supervision déjà élaboré par les médecins directeurs des régions sanitaires et les médecins délégués de l'ONAPO devra être exécuté. Chaque centre de santé sera visité au moins une fois par mois par un superviseur.

Les services centraux de l'ONAPO et du Ministère de la Santé chargés des activités de santé familiale devront épauler les équipes régionales dans cette activité de supervision.

- Equiper les structures sanitaires.

Pour être opérationnels, les centres de santé doivent disposer d'un équipement médico-chirurgical minimum indispensable à la prestation des services de PMI/PP.

3.1.2.3. Instaurer divers types de dispensation des services de planification familiale

Outre l'amélioration de la qualité des services de planification familiale existant, amélioration pouvant augmenter aussi l'accessibilité à ces services, le développement des circuits non sanitaires s'avère indispensable afin d'atteindre également les populations insuffisamment desservies par les structures socio-sanitaires.

Une alternative valable permettrait peut-être de lever les obstacles à l'accessibilité de la planification familiale à la population:

- la distribution à base communautaire des moyens de planification familiale,
- la promotion d'une méthode efficace durable et facile à appliquer à grande échelle.

i) Distribution à base communautaire des moyens de la planification familiale

Les méthodes de planification familiales et les contraceptifs actuellement disponibles dans les programmes de planification familiale sont reconnus comme les plus inoffensifs dont dispose l'arsenal médical.

Certaines méthodes de planification ne demandent aucune connaissance médicale ou l'assistance de médecins (condoms, spermicides, diaphragme... et les méthodes d'auto-observation naturelles). Une distribution des méthodes de planification et des contraceptifs à base communautaire est donc concevable. Dans

notre pays où la couverture médicale de la population est loin d'être satisfaisante, cette approche est même recommandable. La distribution des contraceptifs à base communautaire peut se réaliser hors circuits sanitaires par le canal des CCDFP ("Abakangurambaga" formés), groupements de développement coopératifs, comité de cellules, par des groupes mobiles etc...

Cette option consiste à aller trouver les acceptrices chez elles. L'autre approche est qu'une fois les volontaires pour la distribution des produits contraceptifs identifiés et recyclés au niveau de chaque cellule, les acceptrices viendraient les trouver chez eux.

Les produits concernés par cette distribution seraient:

- les barrières (spermicides et condoms) et les pilules (chez les anciennes utilisatrices) dans un premier temps;
- les injectables (par les personnes qualifiées) dans un deuxième temps.

a) Equipement des circuits sociaux de distribution de contraceptifs

Un minimum d'équipement est indispensable pour l'exécution de ce nouveau programme. Il s'agit de fournir à chaque agent identifié:

- un sac infirmier pour la conservation des produits contraceptifs,
- un thermos pour les contraceptifs injectables,
- des aiguilles et des seringues à usage unique,
- deux essuie-mains,
- flacons d'alcool et de l'ouate.

La supervision de ces agents fera partie intégrante du programme national de supervision des activités de PMI/PF au niveau des infrastructures socio-sanitaires.

b) Approvisionnement et distribution des produits contraceptifs

La gratuité des produits contraceptifs devra finir progressivement. Si l'on garde espoir de continuer à recevoir des organismes internationaux des dons en contraceptifs, la population devrait savoir d'emblée que la santé coûte et que chacun doit être responsable de sa santé.

Afin de favoriser l'utilisation de ces contraceptifs payant, des facilités d'achats à l'étranger devraient être accordées, aux pharmacies par exemple, ainsi qu'une baisse des taxes sur ces produits ou même leur suppression.

L'approvisionnement des contraceptifs hors circuits sanitaires doit se faire:

- aux CCDFP,
- aux lieux de rencontre (points fixes comme les pharmacies

communales, les bureaux de secteurs, kiosques, boutiques...).

- Prévoir un système de supervision.

L'approvisionnement entre les différents niveaux de distribution doit être périodique (trimestriel) et la gestion de stock doit suivre les mouvements de consommation de façon à prévoir un stock de réserve convenable et à éviter le plus possible que les contraceptifs ne deviennent périmés. Les produits périmés doivent être remis au stock du bureau central de l'ONAPO pour destruction.

De plus, des modalités concernant l'introduction de la participation de la population aux frais des produits contraceptifs, tout comme les modalités de coopération et de collaboration entre distributeurs privés et publics, doivent être étudiés. Une recherche sur la commercialisation des produits contraceptifs et son effet sur le programme de PF doit être entreprise.

ii) Promotion d'une méthode efficace, durable, facile à appliquer

Ce serait le cas par exemple des injectables à longue action (depo-provera, noristérat, Norplant), des vaccins anti-grossesses (en expérimentation) à grande échelle, contraception d'arrêt (stérilisation).

3.2. Politique de réduction de la mortalité pendant la petite enfance

La Protection Maternelle et Infantile, P.M.I., se compose d'un ensemble d'activités étroitement liées entre-elles. Elles comprennent : la consultation prénatale, destinée à dépister et protéger les grossesses à risque, la surveillance des accouchements, la consultation post-natale, destinée à surveiller la suite des couches, et enfin la consultation staturo-pondérale et psycho-motrice des nourrissons destinée aussi à éviter un ensemble de maladies transmissibles et nutritionnelles.

Pour présenter les interrelations entre ces activités, on peut prendre comme finalité, la diminution de la mortalité pendant la petite enfance. Cette diminution constitue un but en soi, ainsi qu'un facteur favorisant l'utilisation de la P.F. (cf. intégration de la P.M.I./P.F.).

La vie féconde d'une femme est une alternance de cycles. La femme présente un certain nombre de grossesses, suivies d'une période d'aménorrhée post-partum (absence de règles) puis d'une période de ménorrhée post-partum.

L'enquête nationale sur la fécondité a montré que la durée moyenne de l'espace intergénénesique (durée entre 2 grossesses) est de 31.1 mois, résultant de :

aménorrhée post-partum : 11.0 mois
ménorrhée post-partum : 11.2 mois
grossesse : 9.0 mois.

La même enquête a montré que la durée moyenne de l'allaitement maternel est de 21.1 mois, soit légèrement moins que la somme de la durée de l'aménorrhée post-partum et de la ménorrhée post-partum : (11.0 + 11.2 mois = 22.2 mois).

On constate tout d'abord une période de ménorrhée post-partum de 11.2 mois, c'est-à-dire une période durant laquelle il y a des règles d'une part, et où on peut supposer que des relations sexuelles ont lieu (les relations reprenant traditionnellement le 8ème jour suivant la naissance). On peut supposer que ces règles accompagnent une majorité de cycles anovulatoires (dans une proportion non chiffrée). On peut avancer l'hypothèse que ces cycles sont (partiellement) anovulatoires sous l'action soit de la malnutrition de la mère, soit de l'allaitement maternel, soit de l'effet combiné de ces deux facteurs. On peut supposer qu'il existe un lien intime entre l'apparition d'une nouvelle grossesse (nécessairement précédée d'un cycle ovulatoire, donc d'après l'hypothèse d'une diminution de l'effet "protecteur" de l'allaitement et/ou de l'état de malnutrition) et l'arrêt de l'allaitement (on sait qu'un des facteurs de son arrêt est la survenue d'une nouvelle grossesse).

L'état nutritionnel dépend des apports (quantitatifs et qualitatifs) et des pertes (besoins de base, travail, maladies). L'état nutritionnel de la femme enceinte dépend :

- de l'état nutritionnel en début de grossesse, lui-même dépendant de l'espace intergénéral (un espace trop court ne permet pas à la mère de (re)trouver son poids "idéal"),
- des apports pendant la grossesse (apports énergétiques et autres),
- des besoins accrus (grossesse),
- des pertes, dont certaines sont (partiellement) évitables: travail, maladies.

L'état nutritionnel de la femme enceinte influence :

- l'état nutritionnel de son foetus: (risque de petit) poids à la naissance entre autres,
- la possibilité de stocker les graisses nécessaires à la menée d'un "bon" allaitement maternel pendant les premiers mois de la vie de l'enfant.

L'état nutritionnel de la mère dépend des mêmes facteurs, à l'exception de la menée de la grossesse, facteur remplacé par la production de lait.

L'état nutritionnel de la mère influence :

- la quantité (et la qualité) du lait produit,
- (peut-être) la durée de l'aménorrhée post-partum et la durée de la ménorrhée anovulatoire post-partum.

La quantité de lait produite influence :

- l'état nutritionnel du nourrisson,
- la vigueur et la fréquence des tétées (un facteur socio-culturel intervient également). Ces facteurs, à leur tour, influencent les durées de l'aménorrhée post-partum et de la ménorrhée anovulatoire post-partum.

L'état nutritionnel du nourrisson dépend entre autres :

- de l'apport en lait maternel ou lait artificiel, et d'autres compléments,
- des pertes (partiellement) évitables : diarrhées, maladies transmissibles.

Les femmes enceintes peuvent présenter des "grossesses à risque", le risque étant l'augmentation de la probabilité des morbidités et/ou mortalités foeto-materno-infantiles. Ces risques sont soit liés à la grossesse, soit indépendants de celle-ci (âge de la femme, nombre de grossesses). Un certain nombre de mesures existent pour dépister ces grossesses et des mesures de prévention de la morbidité/mortalité peuvent être prises.

La planification familiale influence :

- la durée de l'allaitement : en évitant une nouvelle grossesse, on évite l'arrêt de l'allaitement maternel,
- la production (qualitative et quantitative) du lait, du moins en ce qui concerne certaines méthodes : les progestatifs injectables, le dispositif intra-utérin (rôle possible des prostaglandines),
- la durée de la ménorrhée post-partum.

3.2.1. Programme d'amélioration de l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant

3.2.1.1. Femme non enceinte, non allaitante

Pour cette catégorie de femmes, on développe les programmes visant l'augmentation de leur capacité de production, la réduction de la morbidité, la diminution des risques (pour la mère et l'enfant) liés à la malnutrition précédant la grossesse.

Ces programmes consisteraient notamment en éducation sanitaire et nutritionnelle, en soins médicaux et planification familiale.

3.2.1.2 Femme enceinte

Pour les femmes enceintes, il faudra développer des programmes visant à encourager la surveillance des grossesses, de façon à dépister à temps, les cas à risque. Pour ce faire, il sera nécessaire de renforcer les centres de consultation en les équipant en personnel formé, en équipement adéquat et en produits pharmaceutiques.

De même, il faudra mettre au point des programmes visant à promouvoir l'éducation sanitaire et nutritionnelle pour diminuer les conséquences de la malnutrition sur la conduite de la grossesse. La distribution des suppléments (vitamines et oligo-éléments) et l'immunisation pour fortifier l'organisme de la femme enceinte et pour favoriser un bon accouchement. De cette façon, on augmentera la résistance de la femme enceinte contre les maladies et on évitera les accouchements prématurés, le faible poids à la naissance et le taux de morbidité. De plus, il y aura constitution des réserves nécessaires à la première phase de l'allaitement.

Le recyclage des matrones traditionnelles sera pertinent, vue la très importante proportion de femmes qui n'accouchent pas en milieu hospitalier (55 % des femmes de l'échantillon de l'enquête sur les besoins non satisfaits en santé maternelle et en planification familiale).

3.2.1.3. Femme allaitante

Ici encore, l'éducation sanitaire et nutritionnelle des mères sera soutenue pour favoriser une bonne alimentation de la mère. Mieux celle-ci sera nourrie, plus longue sera la durée de la production quantitative et qualitative du lait maternel.

L'allaitement prolongé retardera le moment de donner des compléments au nourrisson, ceux-ci favorisant malnutrition et infections chez l'enfant.

3.2.1.4 L'enfant

Un bon état nutritionnel diminue directement et indirectement les taux de mortalité et de morbidité (augmentation de la résistance aux infections qui seront moins nombreuses et de moindre gravité).

Un bon suivi médico-sanitaire accroît les chances de survie des enfants. C'est pour cela que des efforts seront faits pour sensibiliser les parents pour que dès la naissance :

- leurs enfants bénéficient du Programme Elargi de Vaccination,
- ils veillent à l'hygiène générale de leurs enfants,
- ils soient à même de donner les soins courants à leurs enfants (Traitement de Réhydratation Orale),

- ils donnent à leurs enfants des vitamines et les oligo-éléments en cas de besoin.

3.2.2. Programme de protection de la grossesse et surveillance de l'accouchement

Ce programme vise à diminuer la gravité des risques liés à certaines grossesses.

Pour la femme enceinte, ces risques consistent en l'aggravation de maladies pré-existantes, l'apparition des maladies avec risque de séquelles permanentes et même de décès.

Pour le bébé, les risques sont le décès, l'accouchement prématuré, la contamination du tétanos, le petit poids à la naissance, les infections congénitales et/ou les malformations.

Une surveillance plus soutenue de l'accouchement diminue les risques liés à l'accouchement. La dystocie de l'accouchement implique des risques pour le couple mère-enfant: ce sont la mortalité néo-natale, péri-natale et maternelle, les infections chez la mère et/ou chez l'enfant avec risque de stérilité chez la mère et septicémie ou infections systématiques chez l'enfant.

Une éducation à l'hygiène sera à promouvoir pour prévenir les infections chez la mère et chez l'enfant.

Afin de diminuer ces différents risques, ce programme de protection de la grossesse et surveillance de l'accouchement doit permettre:

- d'équiper les infrastructures sanitaires;
- de définir des schémas de travail.

3.2.3. Programme de lutte contre les maladies transmissibles

L'objectif ultime est la diminution de la morbidité, de la mortalité materno-infantile et des effets secondaires (séquelles permanentes: polio, séquelles temporaires: malnutrition, surinfections).

3.3. Politique de sensibilisation et éducation au bien-être familial

3.3.1. Objectifs généraux du programme IEC et stratégies

1. Faire participer les individus à un processus d'éducation qui leur permettra d'avoir une plus grande prise de conscience et une meilleure compréhension en ce qui concerne les problèmes de population et de développer en eux-mêmes les compétences et

attitudes appropriées pour définir et analyser ces questions, afin d'être capables de prendre des décisions rationnelles et de réagir d'une manière significative sur le plan individuel et désirable au point de vue social.

2. Permettre aux bénéficiaires du programme IEC d'acquérir les connaissances, aptitudes, attitudes et valeurs nécessaires pour comprendre et évaluer la situation démographique au niveau de leur famille, cellules, communes, pays et sur le plan planétaire; comprendre les conséquences de cette situation sur le bien-être présent et à venir aux plans individuel, familial et collectif; prendre des décisions raisonnées établies sur la base de leurs propres informations, connaissances et appréciation de la situation et agir en pleine connaissance de cause.
3. Permettre aux formateurs d'acquérir les connaissances et aptitudes nécessaires en communication et en matière de population pour former et éduquer le public et aussi apprendre à ce public l'usage des moyens de communication (éducation aux médias).
4. Permettre aux responsables de l'IEC d'acquérir les connaissances nécessaires à la gestion des projets et programmes IEC en matière de population (planification, mise en oeuvre et évaluation).

Pour réaliser ces objectifs, 3 stratégies s'imposent :

- la participation de la population par une dynamique de communication à la base,
- l'intégration de la composante IEC en matière de population dans tous les programmes socio-économiques, politiques et culturels,
- la production et l'exploitation des programmes multi-média.

En dépit de l'accentuation de la pression démographique et de l'aggravation de ses conséquences néfastes sur le niveau de vie de la population, la généralisation du recours aux méthodes contraceptives, parce qu'elle entraîne un profond changement de comportement et de mentalité ne peut se réaliser rapidement.

Le "décideur", à travers les Plans de Développement successifs, a tenu compte de ce nécessaire délai en rappelant que préalablement à la mise en oeuvre d'une politique démographique devrait être sensibilisée "la population sur les problèmes démographiques et les moyens d'y faire face" (11ème Plan) ; ou en inscrivant parmi les missions de l'ONAPD déterminées par le décret-loi n° 03/81 du 16 Janvier 1981, la sensibilisation de "toutes les couches de la population aux problèmes démographiques par un programme d'information, de formation et d'éducation en respectant la personne humaine, la liberté et les convictions morales et religieuses des couples".

Les actions entreprises dans le domaine de l'Information, Education et Communication tout au long du IIIème Plan, sans conteste, commencent à porter leurs fruits. Cependant, le degré de connaissance des méthodes contraceptives les plus efficaces (pilule, stérilet, injectables...) reste encore relativement faible, particulièrement parmi les hommes ou les femmes d'âge mûr, les moins scolarisés, ou résidant en milieu rural.

Il importe donc que s'accélère la prise de conscience des contraintes que représente une croissance démographique excessive par rapport aux possibilités de développement. En d'autres termes, doivent être poursuivies et renforcées les actions de sensibilisation/formation à l'égard de toutes les couches de la population : non seulement les plus favorisées (l'"élite" urbaine et scolarisée, notamment) mais, surtout, les femmes rurales plus âgées désirant arrêter leur descendance à la parité atteinte.

Cependant, quand bien même ces campagnes de sensibilisation seraient-elles parfaitement réalisées, leur impact ne peut que demeurer limité aussi longtemps que l'Etat ne justifie pas, ou mieux encore, ne légitime pas le choix de chacun quant à une descendance moins nombreuse.

Le soutien des autorités politico-administratives - nous l'avons déjà souligné dès l'introduction du présent document et le soulignons à nouveau avec force - constitue la condition nécessaire de réussite du programme de planification familiale ; un engagement trop tiède, trop chichement mesuré, en signifierait l'échec.

Dans le même ordre d'idée, une collaboration plus étroite avec les autorités religieuses (églises protestante, catholique...), souvent proches de la population, pourrait se révéler des plus pertinentes.

Ce même souci de se rapprocher de la population pour connaître davantage ses aspirations, guide le désir de mieux intégrer les activités de sensibilisation/formation dans les divers programmes de développement (CCDFP, notamment) ou projets socio-éducatifs (projets agricoles, système scolaire et de santé...). Par le biais de ceux-ci, la population reçoit une formation dans de nombreux domaines destinés à l'aider à se mobiliser dans son effort de développement ; il s'agit donc là, d'emblée, d'un terrain idéal pour mener, sans dispersion inutile, une action concertée en matière socio-démographique.

Tout comme lors du IIIème Plan, l'ensemble des activités dans le domaine de l'Information/Education/Communication doit s'appuyer aussi sur l'utilisation des mass-media : radio, cinéma, vidéo, diapositives, publications...

Les activités constitutives des quatre programmes ainsi identifiés sont exposées ci-après :

3.3.2 Programme de soutien des autorités politico-administratives (pouvoirs publics)

3.3.2.1 Au niveau général

a) Mesures législatives

- Elaboration d'une législation claire sur la PF et l'utilisation des méthodes contraceptives,
- Mise en route d'une législation tendant à légaliser les unions de fait dans les familles,
- Libéralisation de la contraception (toutes les méthodes).

b) Mesures politiques

- Mise en route des procédures administratives et sociales visant à décourager les familles nombreuses,
- Un appui officiel ferme au programme de l'ONAPO dans les manifestations officielles et les tournées politiques,
- Institutionnalisation d'une semaine nationale de la famille et de la population (ONAPO),
- Consacrer une année de réflexion sur les questions de population et de PF (par exemple l'année du recensement),
- Affiches publicitaires sur les édifices publics et administratifs, les places publiques, en faveur de la PF et l'ONAPO,
- Concours réguliers de la chanson, du théâtre sur la PF,
- Slogans politiques sur la PF et les thèmes de population dans l'animation politique du MRND.

3.3.2.2. Au niveau préfectoral et communal

- Présence des autorités dans les séances de sensibilisation à la PF,
- L'autorité locale doit donner l'exemple pratique à la population en matière de PF,
- Séances d'éducation à la parenté responsable au bureau communal ou au CCDFP, à l'intention des jeunes qui se préparent au mariage,
- Institutionnaliser la présentation, à l'officier de l'Etat civil, d'un certificat prouvant avoir suivi avec succès les programmes d'éducation à la parenté responsable, avant l'union en mariage.

3.3.2.3 Au niveau de la base: cellule

- Tous les membres du Comité de Cellule doivent appuyer les activités de l'Umukangurambaga en matière de planification familiale et de population.

La personne chargée des activités de santé en collaboration avec les "Abakangurambaga" est désignée pour:

- Recenser les couples (personnes) en âge de procréer,
- Recenser les couples qui utilisent une méthode de planification familiale,
- Motiver les couples à s'orienter vers les centres de santé pour obtenir une méthode de planification familiale
- Conseiller les couples sur la nécessité et l'importance des consultations post-natales,
- Conseiller sur une bonne économie domestique,
- Suivre et conseiller les parents à propos de la vaccination,
- Suivre et conseiller les parents à propos de l'hygiène corporelle, alimentaire...

3.3.3. Programme d'intégration dans les structures du MRND

3.3.3.1. Au niveau central

- Intégration des thèmes de population et planification familiale dans:
 - . le service de l'information du MRND
 - . les tournées de propagande et de sensibilisations idéologiques

3.3.3.2. Dans le monde rural

- Sensibiliser à l'occasion de l'Umuganda, dans l'animation populaire et les réunions de population,
- Soutien des activités par le Comité de Cellule des programmes de population et de sensibilisation aux problèmes socio-démographiques et à la planification familiale,
- Encourager les thèmes de population et de planification familiale dans l'animation et les slogans politiques, au niveau des communes, secteurs et cellules,
- Organiser des concours de la chanson et de l'animation populaire en matière de PMI/PF et de population,
- Ajouter un critère sur la PF dans l'évaluation des Conseillers de Secteurs et des membres du Comité de Cellule.

3.3.3.3. L'URAMA

- Accélérer la création des structures chargées du bien-être familial au sein de l'URAMA,
- Inclure dans la plate-forme idéologique de l'URAMA, l'objectif de la planification familiale comme l'un des moyens de promouvoir l'intégration de la femme dans la politique et le développement socio-économique,
- Participer dans l'encadrement des activités de base des cellules de l'URAMA en matière de planification familiale (CCDFP),
- Former les leaders de l'URAMA en planification familiale et population.

3.3.3.4. Jeunesse

- S'intéresser aux associations des jeunes déjà organisées (xavéri, scouts, JAC, JOC, AGI, UGA...)
- Les coopératives et mutuelles de la jeunesse,
- Centres de métiers, Centres de formation des jeunes, ...
- Désignation d'un membre chargé des questions de population et de la sensibilisation aux problèmes socio-démographiques et à la planification familiale,
- Recyclage des encadreurs de la jeunesse au niveau des communes,
- Intégration des thèmes de population et planification familiale dans les programmes d'animation de la jeunesse et pour ce faire, équiper notamment les CCDFP.

3.3.3.5. CESTRAR

- Encourager la création au sein de la CESTRAR d'une unité chargée d'informer les travailleurs sur les liens entre le rendement au travail et la procréation planifiée.

3.3.3.6. Dans la zone urbaine

- cellule ordinaire:
 - . même actions que pour le monde rural,
 - . initier la création de clubs où les parents pourront associer les devoirs d'éducateurs au loisir.
- cellules spécialisées:
 - . encourager l'intégration des thèmes de population et planification familiale dans l'animation du MRND,

- . organiser des visites, des conférences régulières de sensibilisation sur les problèmes socio-démographiques de planification familiale par les équipes ONAPO dans le cadre de l'animation,
- . fournir du matériel éducatif sur la population et la PF à utiliser dans le cadre de l'animation,
- . désigner expressément une autorité (un membre du comité de cellule) chargé spécifiquement des activités en matière de PF et de population,

3.3.4. Programme de collaboration avec les autorités religieuses

Du fait de leur impact sur la population, la collaboration des différentes autorités religieuses sera recherchée. Les résultats escomptés en sont :

- amener les autorités religieuses à avoir une opinion positive sur les programmes de PF,
- intégrer dans leur enseignement à tous les niveaux, la PF et la parenté responsable (qu'ils participent à la sensibilisation et à la motivation de la population),
- Favoriser un échange de documents entre les églises et l'ONAPO,
 - . encycliques,
 - . lettres pastorales sur le programme de PF,
 - . rapports,
 - . données statistiques.
- Poursuivre le débat avec les autorités religieuses de haut niveau sur la question démographique et le programme de PF.

3.3.5. Programme d'intégration des activités de population dans les différentes structures de développement ou des institutions socio-éducatives

Cadre général

- Justification de la pertinence du choix de la formule d'intégration de la gestion directe d'un programme vertical par l'ONAPO (définition des avantages et des contraintes).
- Le concept de l'intégration vise :
 - . L'utilisation des moyens et structures des autres secteurs,
 - . L'utilisation des personnels des autres secteurs.

- Détermination des niveaux de responsabilité dans l'exécution des programmes entre l'intégrant (ONAPO) et le service.

- Déterminer la part des programmes de l'ONAPO dans ces programmes.

- Déterminer comment l'ONAPO au niveau central et régional serait en contact permanent avec le personnel et les structures, surtout les unités de base.

- Déterminer le modèle de gestion des moyens et ressources fournis par l'ONAPO aux programmes de population.

- Déterminer comment se ferait l'évaluation des programmes intégrés.

Afin de promouvoir les différentes activités de population, des actions d'intégration seront déterminées dans les domaines suivants :

- les centres communaux de développement et de formation permanente (CCDFP),
- le système scolaire,
- le système de santé (Centres de santé, centres nutritionnels, ...)
- les projets de développement rural et la vulgarisation agricole.

3.3.5.1. Intégration dans les CCDFP

Formulation des programmes à intégrer dans les CCDFP. A ce niveau, ce système d'Information, Education et Communication sera mené par les agents bénévoles dénommés "Abakangurambaga". Ces agents recrutés parmi les chefs d'équipe des CCDFP suivent régulièrement la formation inscrite sur le programme des CCDFP. L'ONAPO devra leur donner une formation complémentaire en mettant l'accent sur la communication interpersonnelle et la planification familiale. Ces agents encadrés par les CCDFP et les centres de santé établiront le pont entre les publics-cibles et les services de PMI/PF des formations sanitaires. Ces intermédiaires auront comme tâches d'informer, motiver, orienter et faciliter l'accès de la population aux services.

L'essentiel des efforts à déployer dans le domaine de l'Information, Education et Communication durant la période du IVème Plan, portera sur ces communicateurs de base ("Abakangurambaga").

Les activités suivantes sont réalisées:

- Formation en PMI/PF et population, de toutes les équipes CCDFP.

- Suivi et formation permanente des équipes CCDFP,
- Evaluation régulière du programme:
 - . évaluation de départ,
 - . évaluation mi-plan,
 - . évaluation fin-plan.
- Mise en place des comités directeurs des CCDFP qui interviennent dans la planification, la coordination et l'évaluation des programmes.
- Evaluation des besoins en matériel didactique à fournir par l'ONAPO aux CCDFP, équipes CCDFP, aux alphabétiseurs et aux "Abakanguramba".
- Fourniture régulière du matériel didactique aux CCDFP,
- Recyclage régulier des équipes du CCDFP,

3.3.5.2. Intégration dans le système scolaire

Dans le domaine scolaire, l'ONAPO continuera avec le concours des Ministères chargés de l'enseignement primaire, secondaire, supérieur et de la recherche scientifique, le processus déjà entamé, d'intégrer l'éducation en matière de population et de planification familiale dans les programmes d'enseignement de tous niveaux: Primaire, ERAI, secondaire et supérieur.

Il s'agit dans le domaine de la formation, de donner au personnel enseignant des compétences nécessaires pour répondre aux besoins d'apprentissage de la jeunesse et de former les jeunes de manière à leur dispenser des connaissances et capacités leur permettant de faire face à l'avenir, à leur devoir de parents et de citoyens responsables. Cette intégration concerne:

Au niveau central

- Recyclage des responsables des programmes au niveau du Bureau Pédagogique Primaire, Enseignement Rural et Artisanal Intégré (ERAI) et secondaire.
- Publication du rapport de la Recherche sur les besoins non satisfaits en éducation pour la vie familiale et son suivi.
- Participation aux sessions de la commission des programmes et à la formulation des curricula d'enseignement en matière de population et de planification familiale.
- Participation à l'animation de la radio scolaire.
- Fourniture d'une documentation adéquate pour l'enseignement de la PMI/PF dans les écoles.

- Diffusion des films éducatifs en planification familiale.
- Tenue des conférences régulières une fois par an sur la planification familiale et les problèmes de population, dans les écoles.
- Promotion du théâtre scolaire sur les thèmes de population,
- Organisation des concours de chanson dans les écoles,

Au niveau de l'enseignement supérieur

- Programme de formation en santé de la reproduction (projet JHPIEGO - UNR) pour les étudiants de la Faculté de Médecine et de l'Ecole de Santé Publique,
- Intégration des cours de population-développement dans toutes les facultés universitaires,
- Un séminaire annuel sur les questions de population et de planification familiale dans tous les campus universitaires,
- Stage de formation en population et planification familiale, à l'intention du personnel académique des Facultés de Médecine, des Sciences de l'Education, des Sciences Economiques, Sociales et de Gestion, d'Agronomie...

Au niveau de l'enseignement secondaire

- Former les enseignants, spécialement ceux titulaires des cours de géographie, biologie, civisme, et PMI/PF en population et PMI/PF,
- Intégrer au moins dans les curricula, des cours de géographie, biologie, civisme, PMI/PF, des questions de population et de planification familiale,
- Elaborer un manuel ressource en population - PMI/PF pour l'enseignant intéressé,
- Former les responsables des établissements d'enseignement secondaire et/ou les préfets des études en population et planification familiale.

Dans les écoles paramédicales

- s'assurer que les lauréats bénéficient d'une formation solide en clinique de planification familiale et en techniques contraceptives, de façon à les rendre aptes à prêter des services de PF de qualité à la population.

Dans les écoles sociales et normales

- S'assurer que les lauréats bénéficient d'une formation au moins équivalente à celle de l'auxiliaire de planification familiale, de manière à leur permettre de jouer pleinement leur rôle d'éducateurs permanents auprès des masses populaires et de la jeunesse.

Dans les CERAI

- Formation des directeurs, des enseignants des cours généraux et ceux des sciences de l'enfant, en population et PMI/PF,
- Intégration dans le cours des sciences de l'enfant, des contenus d'éducation pour la vie familiale,
- Elaboration et diffusion d'un manuel "Uburere mbonerarugo" à l'usage des enseignants.

Au niveau du primaire

- Formation des inspecteurs d'arrondissement en population et planification familiale,
- Formation des inspecteurs de secteurs en population et planification familiale,
- Formation des enseignants en population et planification familiale,
- Intégration des notions de population et d'éducation pour la vie familiale à l'école primaire spécialement dans l'étude du milieu,
- Elaboration d'un manuel guide à l'intention des enseignants du cours "Etude du milieu".

3.3.5.3. Intégration dans le système de santé

- Formation des paramédicaux et socio-sanitaires comme auxiliaires de planification familiale,
- Formation clinique des médecins paramédicaux en planification familiale,
- Renforcement des thèmes de Population et Planification Familiale dans les causeries d'éducation sanitaire,
- Fourniture du matériel éducatif aux formations sanitaires tel qu'affiches, dépliants, films, vidéo, brochures...

- Installation des circuits d'orientation des personnes désireuses des services de PF, vers les centres de santé et hôpitaux,
- Intégration effective de la prestation des services complets de PMI/PF dans toutes les formations sanitaires (voir politique d'intégration PMI/PF).

3.3.5.4. Intégration dans les projets de développement rural et la vulgarisation agricole

- Dès leur conception, ces projets doivent intégrer dans leurs actions la composante population/planification familiale,
- Recenser les projets et le nombre de gens à former comme animateurs agricoles en PMI/PF et population,
- Déterminer les thèmes et contenu des programmes,
- Fourniture du matériel didactique aux responsables des projets et de la vulgarisation agricoles pour soutenir leurs actions d'enseignement en matière de population et de PF.

3.3.5.5. Autres intégrations possibles

L'intégration des activités de population et des différents programmes doit se faire dans les colloques, séminaires et séances de réflexion qui s'organisent en dehors des programmes de l'ONAPO et qui donneraient l'occasion d'intervenir sur les questions de population et de PMI/PF.

3.3.5.6. Encouragement de la création et de la participation des Organisations Non Gouvernementales (ONG)

- Encourager l'intégration des thèmes de population et planification familiale dans les programmes des ONG comme l'Association Rwandaise pour le Bien-être Familial (ARBEF), le Secrétariat National d'Action Familiale (SNAF), l'AFRICARE, CCF BORNEFONDEN, les Volontaires Allemands, les Volontaires Néerlandais, l'Association des Volontaires du Progrès, ...
- Promouvoir la création des nouvelles ONG qui appuient les activités de la PF.

3.3.6. Programme d'utilisation des mass-média

3.3.6.1. Utilisation de la Radiodiffusion

- Poursuivre les émissions hebdomadaires sur les problèmes socio-démographiques et la planification familiale,
- Encourager les émissions spécifiques sur les programmes de population et de planification familiale (spots, tables rondes, "Kubaza bitera kumenya", théâtres radiophoniques, chansons),
- Augmenter la durée moyenne des émissions sur les thèmes de population et de planification familiale,

3.3.6.2. Audio-visuel

- Initier le programme des théâtres populaires au niveau des communes en matière de population et de planification familiale,
- Produire des films cinématographiques, vidéo et diapositives destinés au monde rural sur les problèmes socio-démographiques et la planification familiale,
- Promouvoir la production des aides visuelles (dépliants, affiches murales, bandes dessinées, boîtes à images, calendriers, autocollants, etc...) en matière de population et de planification familiale.

3.3.6.3. Publicité

- Renforcer, dans le cadre de la sensibilisation populaire, l'utilisation des éléments sonores en matière de population et de planification familiale (porte-voix, musique, cassettes...),
- Poursuivre la production des tee-shirts et étoffes gravés de motifs et décorations publicitaires en matière de planification familiale et de population,
- Promouvoir le marketing social de la contraception et des produits contraceptifs,

3.3.6.4. Publications/journaux

- Ouvrir une colonne traitant des thèmes de population et de PF dans les journaux locaux populaires (Imvaho, Kinyamateka, Hobe...),
- Publication d'un bulletin populaire sur les questions de planification familiale et population,
- Publication d'une revue scientifique sur les thèmes intéressant le domaine de la population, la santé et la PF (Imbonezamulyango),
- Publication d'un bulletin trimestriel "UMUKANGURAMBAGA" à l'intention des motivateurs-promoteurs communautaires de PF,
- Publication d'une brochure de sensibilisation ("Twiyoungere Twongera Umusaruro"),
- Publication d'affiches murales publicitaires de PF,
- Publication des bandes dessinées pour l'école élémentaire (primaire) et les personnes de tout âge (7 à 77 ans).

3.4. Politique de la recherche

Il est à peine besoin de justifier la nécessité de poursuivre des activités dans le domaine de la "Recherche", de continuer à améliorer la connaissance des phénomènes démographiques.

Amélioration des connaissances de l'état (effectifs, répartition selon le sexe, l'âge, la préfecture, ...) et du mouvement (niveau de la natalité/fécondité, de la mortalité, des migrations, de l'accroissement) de la population, des caractéristiques des adhérentes au programme de planification familiale (effectifs, âge, méthodes...), des moyens d'offrir les services contraceptifs (circuits sociaux ou médicaux), des interrelations démo-économiques..., concourent à permettre une meilleure définition des politiques de population, c'est-à-dire une intervention mieux orientée et plus efficace de l'Etat dans le domaine démographique.

Compléter les connaissances dans les domaines où elles demeurent partielles pour permettre une formulation plus rigoureuses des politiques de population et ainsi, un développement harmonieux du programme de planification familiale, doit constituer la raison d'être des recherches entreprises dans le domaine de la collecte et l'analyse des données socio-

démographiques (Recensement, Enquête Migration, Enquête Mortalité des "recherches opérationnelles et cliniques", ou des études "population/développement".

3.4.1. Collecte et analyse des données socio-démographiques

Le Recensement de 1978 et l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1983 ont permis de beaucoup améliorer les connaissances démographiques. Cependant, nombre de phénomènes restent encore partiellement et imparfaitement connus: ce sont essentiellement la mortalité aux âges adultes, les mouvements migratoires et l'accroissement urbain, enfin, ~~les variations démographiques~~ selon les préfectures ou les régions.

L'Enquête Nationale sur la Fécondité a permis de corriger les estimations de mortalité pendant la petite enfance obtenues lors du Recensement de 1978, en particulier en mettant en évidence l'existence d'une surmortalité juvénile; des variations de mortalité (selon l'âge, le niveau d'instruction, le statut matrimonial de la mère, le sexe, le rang de naissance...) ont également été mises en évidence.

Les connaissances en matière de mortalité restent cependant limitées à la mortalité jusqu'à 5 ans. Au-delà, seules quelques estimations dérivées de l'utilisation de modèles (tables-types) ont été réalisées de manière à estimer le niveau des paramètres démographiques majeurs (taux bruts de mortalité et espérance de vie). Que ce soit indirectement - par le biais de méthodes indirectes: survie des ascendants... - ou, plus rigoureusement, directement, la mortalité doit faire l'objet d'une mesure exacte. D'autant plus que, tout comme l'Enquête Nationale sur la Fécondité a permis de le mettre en évidence pour ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile, la mortalité aux âges adultes pourrait se différencier du schéma postulé jusqu'alors: on doit vérifier, par exemple, si l'écart présumé entre espérance de vie féminine et masculine à la naissance n'est pas trop élevé, en raison d'une possible surmortalité maternelle.

La connaissance des mouvements migratoires - et même la simple répartition de la population selon les préfectures - et de leurs composantes: exode rural et urbanisation, reste elle aussi très imparfaite, et même contradictoire. En raison de l'aggravation de la pression démographique par rapport à la rareté des terres arables encore disponibles ou de la situation de surpopulation rurale qui prévaut déjà dans certaines régions, du rattrapage d'une partie du "retard" d'urbanisation, l'intensité des déplacements devrait s'élever. Il importe donc d'entreprendre une étude de ceux-ci, non seulement pour en donner la mesure, mais aussi pour en appréhender les déterminants.

Amélioration de la connaissance de la mortalité et des migrations et, parallèlement, estimation de l'évolution de la fécondité, phénomène déjà mieux déterminé, permettraient de

réunir les conditions qui permettraient une évaluation pour l'ensemble du pays et, surtout, comparativement pour chacune des préfectures.

Globalement, cette analyse explicative des différences selon les préfectures et les régions agro-écologiques et, plus encore, l'examen des conséquences de ces variations quant aux politiques de population devant être exécutées au cours des prochains plans de développement, représentent l'un des axes prioritaires des recherches entreprises pendant le présent quinquennat.

En pratique, pour actualiser les données d'état de la population, puis estimer les données de mouvement (mortalité et migration), la meilleure stratégie possible semblerait être de définir un programme intégré d'enquêtes constitué de 3 enquêtes successives, ou ce qui revient au même, de considérer ces 3 enquêtes successives séparées d'une année comme 1er, 2ème et 3ème passage d'une "Enquête à passages répétés".

Pour plus de clarté, la stratégie choisie est illustrée par le schéma ci-après:

Enquête à passages répétés		
1er passage	2ème passage	3ème passage
15 Août 1991	15 Août 1992	15 Août 1993
Recensement	Enquête mouvement: de la population:	Enquête mouvement: de la population
	- Mortalité infanto-juvénile	- Mortalité infanto-juvénile
	- Mortalité adulte	- mortalité adulte
	- Nutrition /urbanisation	- Nutrition/santé
		- Migration/urbanisation

3.4.1.1. Recensement Général de la Population et de l'Habitat

Par rapport au Recensement de 1978, le IIème Recensement Général de la Population et de l'Habitat sera simplifié. D'une part, il sera complété par d'autres enquêtes socio-démographiques (2ème et 3ème passages de l'Enquête à passages répétés); d'autre part, d'autres institutions prévoient de mener des recherches approfondies dans des domaines généralement pris en considération par le Recensement.

Puisque seront mesurés directement les indices de mouvement de la population (mortalité et natalité/fécondité) par les autres enquêtes démographiques, il n'apparaît pas opportun

d'enregistrer "les événements survenus pendant les 12 derniers mois" dans chacun des ménages recensés. (Ces événements étant souvent affectés d'une forte sous-déclaration ne permettent d'ailleurs que rarement des estimations certaines). Seule la question sur la "survie des ascendants" pourrait être conservée dans un but de comparaison avec la mesure directe de la mortalité aux âges adultes.

Pendant le dernier quinquennat, l'activité économique en milieu rural - Enquête Nationale Budget-Consommation et Enquête Agricole - et en milieu urbain - Enquête Nationale Budget Consommation - : strate urbaine) a été étudiée. Pendant le IV^{ème} Plan, l'Enquête Agricole au cours de sa 2^{ème} phase effectuera une nouvelle étude de l'activité économique en milieu rural, plus approfondie encore. Le Ministère du Plan (Direction Générale de la Statistique) prévoit quant à lui, d'exécuter une enquête emploi/activité économique, - enquête qu'on pourrait coupler avec l'enquête "Urbanisation" - dans le secteur urbain (activités structurées et secteur informel).

Si l'on considère que, en fonction des études qui seront réalisées sur la base des données collectées au cours du III^{ème} Plan, la connaissance de l'activité économique devrait s'avérer relativement satisfaisante, que les caractéristiques de l'activité économique ne varient que lentement et que l'étude de la population active constitue un centre d'intérêt prioritaire pour d'autres institutions, les questions sur l'activité économique pourront être très limitées lors du Recensement.

De même, certaines questions portant sur les caractéristiques de l'habitat, plus rigoureusement collectées au cours des enquêtes emploi/migration pourraient être supprimées.

Cette (nécessaire) coordination entre institutions pour déterminer le champ de chaque enquête devrait être aussi instaurée pour la détermination des échantillons, l'exploitation informatique...

Concernant ce dernier point, pour éviter tout retard, il est prévu d'étudier toutes les procédures informatiques (précodification, programmes de saisie, plans de tabulation...) tout au long de l'année 1990 et de former le personnel nécessaire de manière que dès le début des opérations de collecte des données, puissent aussi débiter les opérations de saisie informatique.

Lieu de naissance et lieu de résidence il y a un an, par comparaison avec lieu de dénombrement et lieu de résidence en 1978 constitueront, dès l'opération de Recensement, une excellente base d'estimation des flux migratoires.

3.4.1.2. Enquête "Mouvements de la Population": Mortalité adulte, Migration/Urbanisation (2ème passage)

Une année exactement après le Recensement Général de la Population et de l'Habitat, il est courant d'effectuer une "Enquête Post-Censitaire" portant sur le 1/10ème ou le 1/20ème de la population recensée. La population en Août 1991 devant s'élever à environ 7,5 millions d'habitants, l'échantillon d'une telle Enquête Post-Censitaire devrait ainsi être au minimum de 375.000 personnes.

On admet le plus souvent que 2 objectifs pourraient être atteints à travers l'exécution de cette opération de collecte:

1. Estimer le taux d'accroissement (naturel et total) de la population, par comparaison des effectifs dénombrés à l'Enquête Post-Censitaire et précédemment au Recensement.
2. Compléter la connaissance de certains phénomènes: activité économique, mortalité, migrations,...

Exécuter une Enquête Post-Censitaire dans le but d'atteindre le premier objectif paraît tout à fait vain: lors de l'Enquête Post-Censitaire de 1981, malgré un échantillon important, des districts d'enquête de taille relativement homogène et une durée de 3 ans séparant cette Enquête du Recensement, les erreurs de sondage trop élevées, non seulement au niveau préfectoral mais aussi au niveau national, ne permettent pas d'estimer rigoureusement le taux d'accroissement annuel de la population; par exemple l'intervalle de confiance à 95 % - intervalle exprimant les bornes entre lesquelles est probablement compris le taux d'accroissement - varie de 2,22 à 7,6 % pour la préfecture de Kigali et de 2,43 à 4,07 % pour l'ensemble de la strate rurale.

L'idée d'approfondir la connaissance de l'activité économique ayant préalablement été abandonnée, d'autres institutions faisant leur cette préoccupation, on peut justifier l'exécution d'une Enquête Post-Censitaire par la recherche d'une amélioration des connaissances en matière de mortalité et de migration.

Or, dans cette optique - ce qui représente un énorme avantage: coût, personnel, durée, ... - ne devrait être enquêté qu'un échantillon de taille beaucoup plus réduite (vraisemblablement un tiers de l'échantillon minimum de l'Enquête Post-Censitaire: 375.000/3, soit 125.000 personnes au minimum).

Plus précisément une enquête portant sur un échantillon de taille réduite - à condition que cette enquête constitue, comme s'est le cas, le second passage d'une enquête à 3 passages - peut permettre d'améliorer les connaissances des mouvements migratoires, mouvements déjà relativement bien connus à partir du

Recensement, et de la mortalité adulte. Que la taille de l'échantillon soit insuffisante pour permettre une estimation sûre de la mortalité pendant la petite enfance ne constitue qu'un léger inconvénient dans la mesure où le 3ème passage de l'Enquête permet lui, d'obtenir une mesure précise des mortalités infantile et juvénile.

Notons que si une telle Enquête reposant sur un échantillon de taille réduite ne permet pas d'estimer le taux d'accroissement annuel de la population, il peut permettre de mettre en évidence - et de corriger - au niveau de chacune des préfectures, les éventuelles erreurs de couverture les plus apparentes.

Comme l'étude du mouvement de la population en milieu urbain, surtout les migrations à destination de la ville (Enquête "Urbanisation") requiert la construction d'un échantillon spécifique, celui-ci pourrait être défini de manière à être commun avec celui de l'Enquête "Emploi" projetée par le Ministère du Plan.

3.4.1.3. Enquête "Mouvements de la population": Mortalité adulte et mortalité infanto/juvenile, Santé/Nutrition, Migration/Urbanisation, fécondité, contraception (3ème passage)

Deux ans exactement après le Recensement, c'est-à-dire en Août 1993, doit être effectué le 3ème passage de l'Enquête à Passages Répétés.

Cette enquête, outre les mêmes renseignements sur la mortalité adulte, les migrations et l'urbanisation, doit permettre de donner une mesure précise de la mortalité infantile, de la mortalité juvénile, de l'état nutritionnel et sanitaire (vaccination, diarrhées...), de la fécondité, de la connaissance et de la pratique contraceptives. Cette opération sera exécutée dans le cadre des enquêtes démographiques et de santé (DHS de Westinghouse).

3.4.1.4. Enquête(s) de prévalence et autres enquêtes

- a) - Etude des facteurs déterminant les différents groupes-cibles à se décider pour l'une ou l'autre méthode contraceptive

Elle vise à connaître ce qui motive les couples et les individus, mariés ou pas, à adopter la planification familiale. Elle permettra entre autre d'établir une relation entre, d'une part l'intention et la décision de pratiquer la contraception et, d'autre part, avec la situation socio-matrimoniale de ces individus.

- b) - Statut matrimonial des femmes enceintes et allaitantes, valeur de l'allaitement maternel et alimentation du nourrisson

Une telle étude a pour objet de connaître :

- l'alimentation spécifique à la femme enceinte et allaitante,
- la fréquence des repas et le travail de la femme.

- c) - Etude cible par objectif (Modèle Bongaart)

En collaboration avec RAPID III, une étude se basant sur le modèle de fécondité de Bongaart sera faite, en vue de déterminer les implications de chaque objectif démographique choisi.

- d) - Autres enquêtes

Dans le cadre d'autres enquêtes exécutées par le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, l'Organisation Mondiale de la Santé, l'UNICEF, le CCCD... pourront être intégrées quelques questions de nature à permettre d'évaluer la généralisation du programme de planification familiale.

3.4.1.5. Amélioration du système d'enregistrement de l'Etat Civil

Dans les pays où il existe et fonctionne bien, l'Etat Civil est la source première ou idéale de données sur le mouvement de la population. En effet, il est la seule source qui donne, chaque année, pour un pays et ses régions, un ensemble plus ou moins détaillé de statistiques démographiques de base: naissances, décès, mariages, divorces, migrations... et partant, le rythme annuel d'accroissement de la population.

Au Rwanda, l'Etat Civil existe mais ne fonctionne pas bien. Il connaît quatre types de problèmes:

1. Les problèmes qui tiennent au manque d'information et de sensibilisation de la population, de façon qu'elle ne déclare pas les événements.

A ce sujet, en 1978, année du recensement, seulement 47 % des décès et 50 % des naissances étaient déclarés à l'Etat-Civil, les taux variant par préfecture (ex: pour les naissances: de 26,3 % à Kibuye à 56,8 % à Ruhengeri).

2. Les problèmes qui tiennent aux agents de l'Etat-Civil:

- niveau d'étude insuffisant,
- manque de moyens matériels,
- absence (ou difficulté) de moyens de déplacement,
- concurrence de tâches à effectuer, autres que l'enregistrement à l'Etat-Civil,

- insuffisance du nombre des agents d'Etat-Civil (1 pour 40.000 habitants),
- mauvaises formation, information, et recyclage reçus par ces agents et mauvais encadrement,
- travail peu payé,
- absentéisme de l'agent,
- absence de motivation de l'agent.

3. Les problèmes qui tiennent au manque d'intérêt des autorités (surtout communales) quant à l'importance de l'Etat-Civil pour le pays. Celles-ci semblent davantage intéressées par le côté connaissance du nombre de contribuables.

4. Les problèmes liés à la transmission des données.

Sur ce point, la qualité des données enregistrées au départ n'est pas suffisamment contrôlée aux échelons supérieurs et la transmission est irrégulière.

C'est dire que le fonctionnement actuel du système d'Etat-Civil n'est pas satisfaisant et qu'il ne peut donc jouer son rôle, à savoir fournir de façon continue des données fiables sur le mouvement de la population.

Au cours du IVème Plan, un vaste programme d'amélioration du système actuel d'Etat-Civil sera envisagé.

Dans un premier temps, certaines améliorations peuvent être apportées en intensifiant la sensibilisation quant à l'Etat-Civil, à tous les niveaux (population, agents d'Etat-civil, autorités communales, préfectorales...).

Dans le long terme, une couverture complète des événements d'Etat-Civil ne pourra se faire qu'en modifiant le système actuel. Un agent pour 40.000 habitants est trop peu pour une bonne efficacité du système et il convient de multiplier les centres d'Etat-Civil pour les rapprocher davantage de la population, de façon à avoir un centre par secteur par exemple.

Une étude pilote de modification du fonctionnement actuel de l'Etat-Civil sera effectuée au cours du IVème Plan. Cette étude sera exécutée dans quelques communes, choisies aussi bien dans le milieu rural que dans le milieu urbain. Elle se basera sur la décentralisation des bureaux d'Etat-Civil au niveau du secteur et examinera les modalités d'un bon fonctionnement du système. Cette étude examinera aussi les implications financières et juridiques du système proposé.

Les conclusions de l'étude permettront éventuellement la modification du système.

3.4.2. Programme de recherches opérationnelles et cliniques

Les recherches opérationnelles et cliniques font partie du vaste programme de recherches socio-démographiques dont l'un des objectifs est de développer des données de base sur la santé de la reproduction au Rwanda, et de soutenir l'effort de sensibilisation de la population et des dirigeants rwandais aux problèmes démographiques.

Les recherches opérationnelles doivent jouer un rôle primordial dans l'amélioration de la couverture et de la prestation des services de PMI/PF. Elles doivent permettre de mieux cerner les problèmes prioritaires actuels (et futurs), d'apporter des réponses et de suggérer des solutions pratiques visant l'amélioration des services en matière de PMI/PF en répondant aux nombreuses questions d'offre et de distribution de services au niveau national. Les recherches cliniques quant à elles, doivent permettre de suivre médicalement les accepteurs de la contraception et de trouver des solutions aux éventuels problèmes rencontrés.

En d'autres termes, les recherches opérationnelles et cliniques doivent s'orienter, en priorité, d'une part, vers une meilleure compréhension des problèmes d'ordre pratique ou difficultés du suivi...), d'autre part, vers la définition de solutions possibles et l'expérimentation sur le terrain de stratégie(s) nouvelle(s) permettant d'identifier et éventuellement de résoudre les problèmes limitant l'expansion et l'amélioration des services de PMI/PF.

L'expérimentation sur le terrain en PMI/PF signifie qu'on mettra l'accent sur l'évaluation des programmes expérimentaux et innovatifs en matière de sensibilisation et de distribution de contraceptifs, pour identifier les stratégies qu'on pourrait adopter à plus grande échelle.

Comme telles, ces recherches devront donc se limiter à des activités susceptibles d'apporter des éléments de réponse d'ordre pratique pouvant être utilisés rapidement dans le contexte rwandais.

Pour ce qui est des Recherches Opérationnelles, il existe cinq thèmes prioritaires à étudier:

1. Augmentation de la couverture de la population cible dans un temps restreint,
2. Amélioration des services intégrés PMI/PF au niveau des formations médicales et du suivi des acceptrices,
3. Amélioration de la sensibilisation et de l'information du public en PMI/PF,

4. Continuation de méthodes contraceptives,

5. Amélioration des connaissances sur l'avortement clandestin (ampleur du problème) et les moyens d'y remédier.

Il s'agit de proposer et de tester des approches nouvelles, pratiques et peu coûteuses, pouvant donner des résultats rapides dans ces trois domaines opérationnels.

Dans un premier temps, il s'agit de conduire une étude systématique des différents aspects sociaux, culturels et économiques relatifs à ces thèmes identifiés. Cette étude systématique préliminaire doit apporter les éléments suffisants à l'identification et à la formulation de solutions et de stratégies possibles. Des études et enquêtes seront conduites sur des sujets tels que:

3.4.2.1. Attitudes, connaissance et pratique de la population-cible (femmes et hommes) en matière de PMI et de planification familiale

A ce sujet, l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1983 qui a permis de mesurer les attitudes en début de programme ONAPD en constitue déjà une étude préliminaire. Au cours du IVème Plan, il s'agira de voir l'évolution des attitudes, des connaissances et des pratiques en matière de fécondité et de PMI/PF et en matière de fréquentation des formations sanitaires.

3.4.2.2. Perception et préférences des accepteurs(trices) de PF relatives à la prestation des services offerts

Cette recherche devra relever l'impact des diverses modalités de prestations de services de planification familiale sur l'acceptabilité de la contraception, telles que la variation des heures de services, les services de planification familiale à eux-seuls par rapport à leur intégration dans les autres activités de centres de santé, les caractéristiques du personnel (homme/femme, médecin/infirmier(ère), jeune/adulte...). Une telle étude aura pour objectif global d'identifier la meilleure stratégie de prestation des services de PF.

3.4.2.3. Attitudes et connaissances des travailleurs de la santé quant à la planification familiale (médecins-infirmiers - assistants médicaux...)

Il s'agit d'avoir une vue globale d'informations sur leur formation de base, leurs connaissances pratiques et théoriques en planification familiale, leur habileté du geste quotidien dans l'accueil et l'orientation des clients. Ceci doit permettre d'orienter leur formation pratique ultérieure.

3.4.2.4. Disponibilité et potentialité des ressources humaines non médicales pour la sensibilisation et la prestation de services.

Il existe un personnel abondant pouvant être mobilisé, tels que guérisseurs, matrones ou sages-femmes traditionnelles, agents des CCDFP, bénévoles ou Abakangurambaga, et toute autre personne de quelque influence dans le milieu. L'ONAPO, en collaboration de la Columbia University, a déjà initié une recherche sur la mobilisation d'intermédiaires bénévoles communautaires en Préfecture de Ruhengeri depuis fin 1987. Cette recherche avait pour objectif de déterminer les moyens les plus efficaces pour servir une communauté en planification familiale. Au cours du IVème Plan des recherches du même genre seront exécutées.

3.4.2.5. Recherche sur l'acceptation et la continuation des méthodes modernes de PF

En vue d'augmenter la continuation de l'utilisation des méthodes de contraception et de renforcer le programme de PF, il est nécessaire de disposer de données sur le Rwanda relatives à la continuation, à l'abandon et à l'acceptation des méthodes de planification ainsi qu'à leurs déterminants. La recherche sur l'acceptation et la continuation des méthodes modernes de PF permettra en outre d'améliorer les prévisions sur la prévalence contraceptive.

3.4.2.6. Autres recherches opérationnelles

Dans le cadre du projet santé familiale du Minisapaso, d'autres recherches opérationnelles devront être entreprises dans le domaine de la nutrition, de la mortalité infantile et maternelle, du traitement et des séquelles de certaines maladies infantiles telles que diarrhées, parasites intestinaux, rougeole, pneumonie, bronchite et tétanos, et auront certainement un impact sur le renforcement du programme de PMI/PF au Rwanda.

Ces études pourront par exemple, avoir pour but de connaître :

- la prévalence de l'avitaminose A chez les jeunes enfants,
- la répartition et la malnutrition par commune,
- la déficience de l'indicateur Poids/Âge, Poids/Taille, Taille/Âge.

Dans le domaine de la Recherche Clinique, les activités se limiteront (du moins pour les 2 à 3 années à venir) à des études simples, pratiques et ne nécessitant pas de matériel sophistiqué et coûteux.

Les résultats serviront à orienter et sensibiliser les utilisatrices sur des méthodes (plus appropriées) avec effets bénins selon l'organisme de chacune.

Ces études peuvent porter sur:

3.4.2.7. Les effets secondaires de certains contraceptifs comme le Depo-Provera, le Noristerat, le Norplant, la pilule (selon les différentes compositions)

3.4.2.8. Les infections pelviennes en rapport avec les contraceptifs modernes

3.4.2.9. L'alimentation de sevrage progressif à base de produits locaux

Ceci exigera l'amélioration de l'agriculture et de l'élevage, de la régionalisation et diversification des cultures et du drainage des produits en les répartissant à toute la population.

3.4.2.10. Le traitement de certaines maladies comme la diarrhée, les parasites intestinaux, à base de plantes médicinales locales.

La recherche en pharmacopée et en médecine traditionnelle devra être encouragée et réhabilitée dans la thérapeutique moderne, en poursuivant les expériences de Bare - Kibungo et du Curphametra - Butare.

3.4.3. Programme de collecte et d'analyse des statistiques de planification familiale

La mission même de l'ONAPO de mise en oeuvre de la politique démographique en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, exige que soit établi un système de suivi du programme de planification familiale de manière à connaître périodiquement nombre et caractéristiques des acceptrices, méthodes utilisées..., et à calculer taux de continuation, d'abandon...

Dans la mesure où la planification familiale est totalement intégrée dans les activités habituelles des formations sanitaires, il est normal que les statistiques de planification familiale soient aussi intégrées dans les statistiques sanitaires.

A ce niveau, une procédure est en train d'être mise au point selon laquelle les statistiques de planification familiale vont être enregistrées dans les formations sanitaires sur un même registre que les autres statistiques sanitaires. Une fois transmis au bureau de la région sanitaire (mensuellement), le bureau régional de l'ONAPO se chargera d'y extraire les statistiques de planification familiale et de les transmettre au bureau central de l'ONAPO, pour codification, saisie, traitement et analyse.

Cependant, au delà des formations sanitaires, il est prévu au cours de ce plan d'utiliser les circuits non médicaux pour l'offre des services de planification familiale. Il faudra prévoir dans ce cas aussi, un mécanisme pour le recueil des données statistiques.

Toutes ces statistiques de planification familiale seront analysées régulièrement dans le but de les utiliser dans le suivi, la surveillance et l'orientation des programmes et des services; en vue de connaître de quelles catégories socio-professionnelles proviennent principalement les acceptrices. Les études suivantes pourront être menées à partir de ces statistiques:

- Etude des caractéristiques des acceptrices de planification familiale,
- Etude longitudinale des acceptrices et des pertues de vue afin de connaître la continuation et l'abandon par durée.
- Etude de l'évolution du nombre d'acceptrices et perspectives d'évolution future ainsi que l'impact sur la croissance démographique.

3.4.4. Programme d'Etudes "Population/Développement"

L'ensemble des données obtenues au cours des grandes opérations de collecte (Recensement et Enquête à Passages Répétés), les recherches opérationnelles et cliniques en rapport avec le programme de santé familiale, intégrées aux résultats d'autres opérations de collecte auprès des ménages (enquêtes budget-consommation, enquêtes agricoles, enquêtes emploi, enquêtes santé...) doivent servir de base à une formulation plus pertinente de la politique démographique lors des prochains plans de développement. Une meilleure adéquation au niveau régional et préfectoral doit être recherchée.

Pour y parvenir, des études similaires à celles réalisées pendant le IIIème Plan seront entreprises: projections de population, analyse des interrelations démo-économiques, modélisation, enfin, formulation des politiques de population.

3.4.4.1. Projections de population

Aussitôt qu'aura lieu une amélioration de la connaissance des données démographiques de base, une actualisation des perspectives démographiques précédemment réalisées en 1985 s'avérera nécessaire. Ces projections concerneront la population totale par sexe et âge et les populations spécialisées: active, urbaine-rurale, scolarisable, par préfecture...

3.4.4.2. Analyse des interrelations démo-économiques

Au cours du IIIème plan, il a été réalisé une étude Population-Développement qui a porté sur les domaines suivants:

- Evolution de la démographie au Rwanda,
- Evolution des considérations des relations population-développement à travers l'histoire,
- Population-agriculture-alimentation,
- Population-nutrition,
- Population-santé,
- Population-scolarisation,
- Population-emploi,
- Population-migration-densification et urbanisation,
- Population-environnement,
- Population-rôle de la femme dans le développement,
- Population-évolution des mentalités au Rwanda,
- Population-planification familiale.

Une telle étude sera reprise au cours du IVème Plan.

Un modèle démo-nutritionnel "TWIYONGERE TWONGERA UMUSA-RURD" a été construit au cours du IIIème Plan sur base de l'étude Population-Développement, et sera continuellement mis à jour.

3.4.4.3. Formulation de la politique démographique et des politiques de population

Au cours du IVème Plan, il sera formulé la politique démographique et les politiques de populations à intégrer dans le Vème Plan de développement. Un effort sera particulièrement fait pour que les différents secteurs de développement intègrent mieux que par le passé la variable population conformément aux recommandations des grandes conférences internationales sur la population, telle que la Conférence de Mexico d'août 1984.

3.4.5. Politique des migrations

Au cours du IVème Plan de développement, il est presque impensable d'envisager une véritable politique d'émigration pouvant permettre une relaxation de la pression démographique. Néanmoins, un ensemble de mesures volontaristes pouvant favoriser les déplacements de population tant à l'intérieur du pays que vers l'étranger pourront être mises en place. De plus, il s'avèrera pertinent d'envisager la formulation d'une véritable politique migratoire à l'horizon des plans suivants, politique complémentaire des politiques de planification familiale et de réduction de la mortalité pendant la petite enfance.

3.4.5.1. Programme de migrations internationales

Par le biais des déplacements à destination des pays limitrophes, c'est une certaine "relaxation" de la pression démographique qui est recherchée. Les résultats d'une telle politique ne peuvent cependant que s'avérer largement illusoire: pour satisfaire les mêmes objectifs de diminution du taux d'accroissement de la population de 3,7 à 3,5, 3,4 puis 3,1 % respectivement au cours des IVème, Vème puis VIème Plans, en l'absence d'une politique de planification familiale, le flux des émigrants devrait s'élever approximativement à 40.000 pour la période du IVème Plan, puis à 105.000 au cours du Vème Plan, et déjà à 315.000 pendant le VIème Plan; alors que le potentiel d'accroissement démographique demeurerait inchangé - 3,7 % - ou même augmenterait - 4,0 % par an, ou plus. De même, pour maintenir le taux de croissance à 3,0 % par an du IVème Plan au VIème Plan, il faudrait un effectif annuel moyen d'émigrants de plus en plus grand; soit 50.000, 60.000 et 70.000 émigrants par an, respectivement au cours du IVème, Vème et VIème Plan.

Il ne peut donc s'agir là que de mesures d'impact limité, d'autant plus que leur mise en oeuvre reste difficile et tributaire de la politique des pays d'accueil en raison de la prudence montrée par les Etats face à l'installation définitive de ressortissants étrangers sur leur territoire national et à leur coût financier. L'impact de telles mesures s'avère plus significatif lorsqu'elles sont combinées avec une politique de planification familiale.

Outre l'étude des mouvements à destination de l'étranger (mesure et déterminants), les programmes dans ce domaine au cours du présent IVème plan sont axés autour de 2 pôles : poursuite des contacts avec les pays limitrophes en vue de l'émigration de Rwandais et l'encouragement à la libre migration,

a) - Poursuite des contacts avec les pays limitrophes

Au cours du IVème Plan, des contacts seront poursuivis avec les pays limitrophes en vue de l'émigration des rwandais vers ces pays. Ces contacts se feront aussi bien dans le cadre des négociations bilatérales (relance des négociations avec la Tanzanie et le Zaïre,...) que dans celui des négociations régionales dont fait partie le Rwanda (O.B.K., C.E.P.G.L., Z.E.P.....).

En même temps, des contacts seront pris auprès des bailleurs de fonds en vue de rechercher le financement nécessaire pour la mise en oeuvre d'un tel programme.

b) - Encouragement à la libre migration

Afin de promouvoir la libre migration, des facilités administratives seront données aux personnes désireuses de se rendre à l'étranger dans l'octroi de laissez-passer et passeport. Par ailleurs, des contacts avec d'autres pays, surtout

3.4.4.2. Analyse des interrelations démo-économiques

Au cours du IIIème plan, il a été réalisé une étude Population-Développement qui a porté sur les domaines suivants:

- Evolution de la démographie au Rwanda,
- Evolution des considérations des relations population-développement à travers l'histoire,
- Population-agriculture-alimentation,
- Population-nutrition,
- Population-santé,
- Population-scolarisation,
- Population-emploi,
- Population-migration-densification et urbanisation,
- Population-environnement,
- Population-rôle de la femme dans le développement,
- Population-évolution des mentalités au Rwanda,
- Population-planification familiale.

Une telle étude sera reprise au cours du IVème Plan.

Un modèle démo-nutritionnel "TWIYONGERE TWONGERA UMUSA--RURD" a été construit au cours du IIIème Plan sur base de l'étude Population-Développement, et sera continuellement mis à jour.

3.4.4.3. Formulation de la politique démographique et des politiques de population

Au cours du IVème Plan, il sera formulé la politique démographique et les politiques de populations à intégrer dans le Vème Plan de développement. Un effort sera particulièrement fait pour que les différents secteurs de développement intègrent mieux que par le passé la variable population conformément aux recommandations des grandes conférences internationales sur la population, telle que la Conférence de Mexico d'août 1984.

3.4.5. Politique des migrations

Au cours du IVème Plan de développement, il est presque impensable d'envisager une véritable politique d'émigration pouvant permettre une relaxation de la pression démographique. Néanmoins, un ensemble de mesures volontaristes pouvant favoriser les déplacements de population tant à l'intérieur du pays que vers l'étranger pourront être mises en place. De plus, il s'avèrera pertinent d'envisager la formulation d'une véritable politique migratoire à l'horizon des plans suivants, politique complémentaire des politiques de planification familiale et de réduction de la mortalité pendant la petite enfance.

3.4.5.1. Programme de migrations internationales

Par le biais des déplacements à destination des pays limitrophes, c'est une certaine "relaxation" de la pression démographique qui est recherchée. Les résultats d'une telle politique ne peuvent cependant que s'avérer largement illusoire: pour satisfaire les mêmes objectifs de diminution du taux d'accroissement de la population de 3,7 à 3,5, 3,4 puis 3,1 % respectivement au cours des IVème, Vème puis VIème Plans, en l'absence d'une politique de planification familiale, le flux des émigrants devrait s'élever approximativement à 40.000 pour la période du IVème Plan, puis à 105.000 au cours du Vème Plan, et déjà à 315.000 pendant le VIème Plan; alors que le potentiel d'accroissement démographique demeurerait inchangé - 3,7 % - ou même augmenterait - 4,0 % par an, ou plus. De même, pour maintenir le taux de croissance à 3,0 % par an du IVème Plan au VIème Plan, il faudrait un effectif annuel moyen d'émigrants de plus en plus grand; soit 50.000, 60.000 et 70.000 émigrants par an, respectivement au cours du IVème, Vème et VIème Plan.

Il ne peut donc s'agir là que de mesures d'impact limité, d'autant plus que leur mise en oeuvre reste difficile et tributaire de la politique des pays d'accueil en raison de la prudence montrée par les Etats face à l'installation définitive de ressortissants étrangers sur leur territoire national et à leur coût financier. L'impact de telles mesures s'avère plus significatif lorsqu'elles sont combinées avec une politique de planification familiale.

Outre l'étude des mouvements à destination de l'étranger (mesure et déterminants), les programmes dans ce domaine au cours du présent IVème plan sont axés autour de 2 pôles : poursuite des contacts avec les pays limitrophes en vue de l'émigration de Rwandais et l'encouragement à la libre migration.

a) - Poursuite des contacts avec les pays limitrophes

Au cours du IVème Plan, des contacts seront poursuivis avec les pays limitrophes en vue de l'émigration des rwandais vers ces pays. Ces contacts se feront aussi bien dans le cadre des négociations bilatérales (relance des négociations avec la Tanzanie et le Zaïre,...) que dans celui des négociations régionales dont fait partie le Rwanda (O.B.K., C.E.P.G.L., Z.E.P.,...).

En même temps, des contacts seront pris auprès des bailleurs de fonds en vue de rechercher le financement nécessaire pour la mise en oeuvre d'un tel programme.

b) - Encouragement à la libre migration

Afin de promouvoir la libre migration, des facilités administratives seront données aux personnes désireuses de se rendre à l'étranger dans l'octroi de laissez-passer et passeport. Par ailleurs, des contacts avec d'autres pays, surtout

limitrophes seront poursuivis dans le but de protéger les nationaux une fois à l'extérieur du pays.

3.4.5.2. Programme de migrations internes

Les déplacements de population à l'intérieur du pays permettent une certaine relaxation de certaines régions. L'ampleur des migrations internes dépend d'abord de la disponibilité des terres, de l'attraction des villes... C'est-à-dire des politiques de développement rural, d'urbanisation, d'aménagement du territoire... toutes politiques relevant plutôt des politiques de population que de la politique démographique stricto sensu.

L'estimation de l'importance des déplacements internes de population constitue l'une des recherches prioritaires du IVème plan (Enquête à Passages Répétés).

3.5. Politique de formation

Les diverses institutions (ONAPO, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (MINISAPASO), Centres Communaux de Développement et de Formation Permanente (CCDFP),...) chargées de l'exécution des politiques inscrites au présent IVème plan de développement, doivent disposer d'un personnel compétent et en nombre suffisant.

Parallèlement aux politiques de planification familiale, de réduction de la mortalité pendant la petite enfance, de sensibilisation et éducation au bien-être familiale, de recherche, doit être définie une politique de formation-recyclage-spécialisation du personnel. Programmes et activités constitutifs de cette politique de formation sont énumérés ci-après.

Certaines de ces formations sont de courte durée, d'autres de longue durée. D'autre part, un certain nombre de ces formations auront lieu au Rwanda, et d'autres à l'étranger.

3.5.1. Formation en PMI/PF

- Formation du personnel médical,
- Formation du personnel para-médical,

Les thèmes de ces formations sont:

- gynéco-obstétrique,
- endocrinologie,
- santé de la reproduction: infécondité-stérilité,
- vénérologie,

- santé maternelle et infantile et planification familiale,
- médecine scolaire,
- éducation pour la santé,
- gestion des services de santé,
- gestion des stocks des produits contraceptifs,
- épidémiologie et assainissement,
- management des programmes de planification familiale,
- techniques contraceptives.

3.5.2. Formation en Information, Education et Communication (IEC)

Communication sociale et éducation à la vie familiale

- formation des formateurs en IEC, (niveau national, préfectoral et communal),
- formation des utilisateurs de "mass media",
- formation des "Abakangurambaga" en communication interpersonnelle,
- stage multi-media
- éducation à la vie familiale,
- éducation sexuelle,
- marketing social (publicité, propagande, journalisme),
- diffusion d'innovation,
- éducation pour la santé,
- andragogie,
- aspects psycho-sociaux de la PF,
- management de la formation,
- évaluation de la formation.

Audio-visuel

- maintenance de l'équipement audio-visuel,
- montage des films,
- techniques de sérigraphie et d'imprimerie,
- formation des caméras-opérateurs (cameramen).

3.5.3. Formation en recherches et statistiques

Recherches

- Formation en démographie,
- Formation en informatique,
- Formation en agro-économie,
- Formation en planification/management,
- Formation en population et développement,
- Formation en technique de recherches socio-démographiques,
- Formation en techniques de recherches en matière de santé,
- Formation en aspects socio-économiques de la santé.

Statistiques

- Formation en statistiques générales,
- Formation en sondage,
- Formation en statistiques démographiques et sanitaires.

3.5.4. Formation en gestion et comptabilité

Elle porterait sur:

- la gestion budgétaire,
- le contrôle interne (contrôle financier).



3.5.5. Formation en administration du personnel

Cette formation serait axée sur :

- la gestion des ressources humaines,
- l'administration.

N.B. Ces formations pourront avoir lieu sur place dans le pays ou à l'étranger. Nous attendons cependant qu'une grande partie de ces formations s'exécutent dans le pays. On peut citer entre autres :

- la formation du personnel paramédical en clinique de PF,
- la formation des auxiliaires de PF,
- des séminaires de recyclages en faveur des enseignants et des cadres du Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire (programmes scolaires),
- des séminaires de recyclage en faveur des cadres et agents de la vulgarisation agricole...

3.5.6. Formation du personnel médical, paramédical et socio-éducatif en planification familiale

3.5.6.1. Formation du personnel médical

Avec l'aide de la Faculté de Médecine de l'UNR, les sessions de formation et de recyclage du personnel médical en santé de la reproduction et en techniques contraceptives entreprise dans le cadre du projet JHPIEGD-UNR va se poursuivre de manière à assurer la formation et le recyclage de tous les médecins en cours d'emploi, qui n'ont pas encore été touché par cette formation.

3.5.6.2. Formation du personnel para-médical

Pour la période du IVème Plan, un minimum de 250 paramédicaux assurant la prestation des services de planification familiale bénéficieront d'une formation clinique en planification familiale, soit près de 1,5 personnes par formation médicale.

L'Office National de la Population procédera à une décentralisation progressive de cette activité: le Centre de Formation de Kicukiro se chargeant seulement d'apprendre la théorie, laissant les délégués régionaux prendre en charge ces formations cliniques dans leurs régions sanitaires respectives.

Pour préparer ce programme de décentralisation de la formation clinique en PF, les médecins délégués de l'ONAPO ont tous suivi des sessions de "FORMATION DES FORMATEURS" et un stage approfondi en techniques contraceptives.

De même, tous les médecins délégués de l'ONAPO ont eu à tour de rôle l'occasion de se familiariser à l'encadrement d'une session clinique. Les lauréats des sessions JHPIEGO - UNR à Butare pourront donner un appui au niveau des régions sanitaires.

3.5.6.3. Formation des auxiliaires de la planification familiale

Au niveau des différentes institutions socio-éducatives, il est prévu pour la période du IVème plan, une formation des auxiliaires de PF pour continuer l'action d'animation communautaire et de formation permanente des masses en population et planification familiale. En effet le succès de la stratégie d'implantation d'un programme global IEC en PF sur le terrain et en milieu rural, nécessite le concours d'un personnel socio-éducatif formé et/ou recyclé à cette fin. Des sessions de recyclage d'environ 150 agents par an seront organisées tout au long du IVème Plan.

3.5.7. Séminaires-Recyclage des Enseignants et Cadres des Directions des Programmes Scolaires

Ces séminaires, organisés à l'intention des enseignants du primaire et ERAI, et du secondaire titulaires des cours en rapport avec l'éducation en matière de population (EMP) et des cadres des Directions des Programmes Scolaires, ont commencé en 1984.

Pour actualiser les notions d'EMP et recycler les nouveaux enseignants, d'autres sessions seront régulièrement organisées pendant les grandes vacances au cours du IVème plan. Le feed-back des enseignants et d'autres spécialistes impliqués contribueront à rénover les contenus de ces programmes.

4. EXAMEN DES POLITIQUES DE POPULATION

La première partie de cette étude s'est étendue sur les mesures qui peuvent avoir des effets directs sur les variables clés de l'augmentation de la population. C'est ce que nous avons appelé dans l'introduction "les politiques démographiques". C'est un ensemble d'actions que le gouvernement peut prendre et qui influencent ou qui agissent de façon directe sur les variables démographiques.

Il existe cependant plusieurs facteurs socio-économiques, culturels, politiques, environnementaux et autres, qui ont une influence certaine sur les variables démographiques mais de façon plus indirecte. Ces variables indépendantes, appelées aussi déterminants indirects, sont tellement nombreuses que dans cette étude nous nous limiterons aux plus importantes. L'action du gouvernement sur les autres facteurs déterminants démographiques indirects, constituent en somme, ce que nous avons appelé les politiques de population.

L'objet de cette partie est de montrer les principales interrelations existantes entre les facteurs de développement socio-économique et la population afin qu'elles puissent être prises en compte dans la planification de chaque secteur.

4.1. Politique d'augmentation de la production

Le développement du Rwanda est basé, comme le rappellent les objectifs du IVème Plan, sur l'autosuffisance alimentaire. Cette notion d'autosuffisance implique deux éléments essentiels, qui doivent évoluer ensemble de manière à procurer un équilibre satisfaisant à la population : l'augmentation de la population doit être "canalisée" de manière à éviter les inconvénients d'un accroissement excessif, l'augmentation de la production doit être intensifiée, d'abord en vue de répondre à la croissance de la population, ensuite comme moteur d'un meilleur bien-être.

La forte croissance de la population entrave les efforts du développement :

- manque de terre, abandon des jachères, réduction progressive des superficies moyennes par famille du fait des iminani, obligent à utiliser des terres impropres à l'agriculture, à déforester, et provoquent une baisse des rendements et un chômage déguisé de la population active.

- l'exode rural provoque délinquance, développement urbain anarchique et insuffisance de l'emploi en ville.

- le nombre élevé de jeunes nécessite un effort constant et coûteux, dont le résultat n'est visible qu'à long terme.

- la réalisation d'une infrastructure massive en matière de santé, de scolarisation, d'équipement... est une charge d'autant plus lourde que la population augmente rapidement.

Bref la forte croissance de la population ruine les efforts de développement.

Pour permettre une augmentation substantielle du niveau de vie au Rwanda, il est donc impératif d'agir sur les deux composantes que sont population et augmentation de la production. Si le présent document entend insister sur la première, il importe aux services concernés par la seconde de mettre tout en oeuvre pour réaliser cette augmentation de production. Certaines solutions peuvent s'appuyer notamment sur :

- le regroupement de l'habitat et la réforme foncière en vue de gagner plus de terres à consacrer à l'agriculture,
- la valorisation des marais,
- l'utilisation des méthodes culturales modernes par l'introduction d'une agriculture intensive, l'emploi d'engrais, de pesticides et de semences sélectionnées, irrigation, drainage, etc ...
- le reboisement,
- l'association de l'agriculture et de l'élevage,
- la protection et la conservation des sols par la lutte contre l'érosion,
- la régionalisation des cultures pour les concentrer dans la région où elles sont le mieux adaptées, et faire des échanges entre régions,
- la promotion du secteur secondaire et tertiaire, notamment par les pôles de développement rural.
- la conservation, le stockage, l'amélioration des techniques post-récoltes, la transformation et la commercialisation.

Intensifier la production, notamment celle du secteur agricole signifie influencer sur les structures économiques, sociales et même mentales du monde rural. Les difficultés de modifier les habitudes d'organisation du travail agricole, des techniques de culture, sont synonymes de difficultés d'adaptation de cette société rurale à l'évolution imposée par le modernisme dont la conséquence la plus tangible est l'explosion démographique.

4.2. Politique de santé publique

Nutrition, vaccination, offre de soins... déterminent le niveau de santé de la population, conditionnent le recours aux services de planification familiale... Plus concrètement, si la baisse de la mortalité est recherchée pour l'amélioration des conditions de vie de la population, elle crée, en plus, des conditions favorables à la baisse de la fécondité et au contrôle des naissances. En effet, avec le déclin de la mortalité, un nombre de plus en plus grand d'enfants survivants pèse sur les

ressources familiales. De plus, les parents ne se sentent plus obligés d'avoir une nombreuse descendance pour être assurés de la survie d'un nombre suffisant d'enfants jusqu'à l'âge adulte. Par ailleurs, la baisse de la mortalité adulte augmente le poids des personnes à charge (jeunes et vieux) sur les jeunes ménages et les incite à réduire leur fécondité.

Au Rwanda, le niveau de mortalité n'est pas bien connu. Les quelques données disponibles font état d'un taux brut de mortalité de 17 pour 1000, une espérance de vie à la naissance d'environ 48,5 ans, un taux de mortalité infantile de près de 115 pour 1000 et un taux de mortalité juvénile de même niveau.

La politique à suivre dans ce domaine est celle de baisser davantage ces indicateurs de mortalité. Certes, l'on doit promouvoir les huit composantes des soins de santé primaires mais une étude des principales causes de morbidité et de mortalité est à mener.

Parmi les grandes difficultés rencontrées dans la réalisation de ses objectifs, l'ONAPO cite l'ignorance et l'analphabétisme d'une grande partie de la population qui entravent la communication et s'opposent à l'acquisition des comportements nouveaux.

Au cours du IVème Plan et des plans suivants, un vaste programme de scolarisation des enfants, au niveau primaire, mais aussi secondaire et supérieur, se révélera être le meilleur investissement à long terme dans le domaine aussi bien démographique qu'économique.

Cette formation formelle devrait être complétée par la formation informelle dans le cadre des centres de formation permanente et de métiers.

4.3. Politique d'aménagement du territoire

Elle est fondée sur une politique d'industrialisation, de développement rural et de création de pôles urbains secondaires qui conditionnent les mouvements de population et de la répartition spatiale.

En effet, l'urbanisation crée à long terme la réduction de la fécondité et de la mortalité. Cela s'explique par un mode de vie urbain qui est favorable à l'acquisition de comportements nouveaux. Les urbains sont généralement plus progressistes, plus éduqués et ont des attitudes moins traditionnelles.

Ainsi, il a été constaté que l'industrialisation accélère la hausse du niveau d'instruction (en exigeant la technicité), l'urbanisation et l'occupation d'emplois salariés, même pour les femmes. De ce fait, l'industrialisation joue un rôle de premier plan dans la baisse de la fécondité et de la natalité.

Il est vrai que le Rwanda ne compte pas encore de grandes villes; celles qui existent ne sont pas tout à fait le fruit d'une expansion économique, c'est-à-dire de la transformation de la structure des emplois et des activités industrielles. Aussi, des institutions modernes se superposent encore aux structures et modes de vie plus ou moins traditionnels. Par exemple, l'urbain n'est pas encore coupé du mode de vie traditionnel: beaucoup entretiennent encore la terre ou ont laissé leurs femmes en milieu rural s'occuper de l'agriculture. L'influence de la grande famille se fait encore sentir en cas de maladie, mariage, naissance, etc...

Toutefois, l'Enquête Démographique de 1970, le Recensement de 1978 et l'Enquête Nationale sur la fécondité de 1983, ont tous montré que la fécondité et la mortalité étaient plus faibles en milieu urbain qu'en milieu rural.

Cette différenciation entre les deux milieux peut certes largement s'expliquer par d'autres variables socio-économiques telles que le degré d'instruction et d'emploi, mais le fait même de vivre en milieu urbain accélère les changements de comportement.

Au Rwanda, l'urbanisation peut être aussi considérée comme une réponse à la forte croissance de la population agricole et au manque d'emploi dans le milieu rural. Elle permet en effet de dégorger le milieu rural de sa forte population active, y empêcher l'accentuation de la pression sur la terre et du chômage déguisé.

Dans l'urbain, les possibilités de progrès sont généralement telles que la population y bénéficie des conditions de vie meilleures.

En milieu rural, les exploitations agricoles sont devenues tellement exigües que le secteur primaire peut difficilement accueillir une population active supplémentaire. Déjà une bonne partie y vit en chômage déguisé. Il ne fait aucun doute que cette situation qui prévaut dans le monde rural actuellement ira en s'emplifiant et risquera de faire éclater les structures actuelles.

La conséquence sera certainement d'envisager une politique d'aménagement du territoire qui permette d'offrir plus d'emplois en dehors de l'agriculture. La modernisation de l'agriculture s'en suivrait et serait telle que ce secteur produise suffisamment pour nourrir la population agricole et non agricole.

Au cours du IVème Plan, les actions suivantes devraient être faites par les départements directement concernés par l'aménagement du territoire.

4.3.1. Etude d'une politique d'aménagement du Territoire

Une telle étude aurait pour objet de voir les différentes alternatives de politique d'aménagement du territoire, les voies et moyens pour les réaliser, les coûts et les bénéfices à court, moyen et long terme. Cette étude permettrait d'éclairer les planificateurs et les décideurs sur cette importante question.

4.3.2. Politique de développement des pôles de croissance

Cette politique consiste à encourager le développement de centres destinés à être le noyau d'un nouvel ensemble industriel et urbain dynamique. Les points pouvant jouer ce rôle existent: centre communal, centre commercial, chef-lieux de sous-préfecture, etc... Il suffit d'y concentrer tous les éléments urbanisants: eau, électricité, lotissement, infrastructures administratives et politiques, économiques et sociales.

Ainsi, la population pourrait être attirée par ces pôles, s'y regrouper et y exercer des activités génératrices de revenu: développement du secteur structuré et non structuré. Par exemple, les industries de transformation des produits agricoles ou celles d'appui à l'agriculture pourraient s'installer dans ces pôles, dynamiser ce secteur et en plus offrir des emplois à cette main-d'oeuvre disponible.

On constate actuellement que dans chaque commune, il existe plusieurs centres. Seulement ceux-ci sont restés très petits de façon que certains naissent et que d'autres disparaissent sans qu'il y en ait qui arrivent à vraiment décoller pour devenir de vraies villes. Pour avoir de réels pôles de développement, cette "politique de saupoudrage" est à éviter et on devrait se concentrer davantage sur quelques centres qui présenteraient plus de chance de croissance urbaine.

4.3.3. Politique de développement des villes secondaires

Jusqu'à présent, la ville de Kigali connaît une croissance démographique très forte de près de 10 % par an. A ce rythme, elle est appelée à doubler environ tous les 7 ans. Par contre, les villes secondaires, en général les chefs-lieux de préfectures, connaissent une croissance modérée, proche dans certains cas du croît naturel du pays. Si une telle situation continue, Kigali va prendre une place monocéphale et ne pas pouvoir répondre aux besoins d'une trop forte population. Pour limiter la croissance de la seule ville de Kigali, il est nécessaire de développer des pôles de croissance, en particulier les villes secondaires déjà existantes. Ceci est faisable par exemple en désignant les chefs-lieux de préfectures comme centres régionaux offrant tous les services recherchés jusqu'ici seulement à Kigali.

4.3.4. La politique de décentralisation de l'industrie

Elle consistera au Rwanda à adopter des mesures pour décourager la concentration des industries à Kigali, mais aussi à encourager l'industrialisation à travers une politique d'orientation des investissements vers les pôles de croissance urbaine et les villes secondaires. L'industrialisation soutiendrait ainsi les deux autres politiques.

4.4. Politique de formation, éducation, scolarisation

Une élévation du degré d'instruction permet d'améliorer les conditions de vie de la population d'un pays donné et constitue de ce fait, la clé même du développement. Sur le plan démographique, elle a un impact favorable sur les différentes variables démographiques: fécondité, mortalité, nuptialité, migration, etc...

En matière de fécondité, des femmes mieux instruites et mieux informées, auront la possibilité de connaître des méthodes contraceptives, de les utiliser, de planifier leurs naissances, de réduire le nombre excessif d'enfants qui pourrait être mis au monde. En matière de mortalité, une meilleure éducation (des femmes en particulier), a une influence directe sur la qualité des soins à donner aux enfants, et donc sur les probabilités de leur survie; une femme qui espace ses naissances grâce à la contraception (donc à une meilleure maîtrise et connaissance du mécanisme de reproduction) favorise des conditions meilleures de santé, pour elle et ses enfants. En matière de nuptialité, il est prouvé que la scolarité retarde l'âge d'entrée en union (donc permet une fécondité plus faible, évite les naissances aux âges jeunes les plus fragiles...) En matière économique, une meilleure éducation permet l'accès à un emploi autre qu'agricole, donc mieux rémunéré, gage d'un meilleur bien-être...

Ces variables, par leur influence sur la structure par âge, et partant sur la population scolarisable, permettent à leur tour le développement de l'enseignement.

Au Rwanda, les bas niveaux d'instruction et d'alphabétisation vont à l'encontre du développement. En matière de population, les données existantes montrent la corrélation négative entre le niveau d'instruction, surtout féminin, et le niveau de mortalité et de fécondité et une corrélation positive avec l'âge au mariage, la migration et la fréquentation des formations sanitaires. Parmi les cinq grandes difficultés rencontrées dans la réalisation de ses objectifs, l'ONAPO cite l'ignorance et l'analphabétisme d'une grande partie de la population qui entravent la communication et s'opposent à l'acquisition des comportements nouveaux.

Au cours du IVème plan et des plans suivants, un vaste programme de scolarisation des enfants, au niveau primaire, mais aussi secondaire et supérieur se révélera être le meilleur investissement à long terme dans le domaine aussi bien démographique qu'économique. Pour ce faire, la scolarisation des filles doit être encouragée et faire l'objet d'une attention spéciale de la part des pouvoirs publics. Si en effet la scolarisation féminine dans le primaire reste légèrement en deça de la scolarisation masculine, l'écart devient très important au niveau du secondaire et du supérieur. Favoriser la scolarisation des filles est un des facteurs importants dans la réduction de la fécondité, l'Enquête Nationale sur la Fécondité ayant montré qu'une femme éduquée connaît et utilise la contraception et donc réduit sa descendance.

Cette formation formelle devrait être complétée par la formation informelle dans le cadre des centres de formation permanente et de métiers.

4.5. Politiques de population en matière d'emploi

4.5.1. Situation de l'emploi au Rwanda

Comme il a été à maintes reprises souligné, la forte croissance démographique que connaît le Rwanda exerce une pression sur les moyens de subsistance dont dispose la population, l'équilibre entre les sources d'approvisionnement alimentaire et les besoins nutritionnels étant précaire. Cette insuffisance des moyens de subsistance provient en grande partie de l'exiguïté du territoire national, les densités physiologiques étant comme on le sait, passées de 258 en 1978 à 374 en 1988. Elles atteindront 534 à l'horizon 2000.

Ce surpeuplement rural freine la réalisation de l'objectif d'augmentation de la production et de la consommation par habitant qui a toujours constitué la priorité des divers plans successifs de développement, et par conséquent freine le développement de l'emploi.

En effet, le surplus de main-d'oeuvre agricole ne trouve pas de possibilité d'emploi dans les autres secteurs:

- le secteur secondaire est au stade embryonnaire et a une structure capitaliste (il emploie donc peu de main-d'oeuvre),
- le secteur tertiaire, pléthorique, est plutôt orienté dans le sens d'une compression d'emplois.

Le Recensement de 1978 donne comme répartition sectorielle de la population active, 93 % pour le secteur primaire, 2,7 % et 4,3 % respectivement pour les secteurs secondaire et tertiaire. Il y a lieu de souligner la prédominance

du secteur agricole et l'atrophie du secteur secondaire alors que dans les pays avancés, ce secteur joue un rôle de premier plan dans l'absorption de la main-d'oeuvre et contribue pour une très grande part dans la formation du Produit Intérieur Brut (PIB).

A côté de ces secteurs traditionnellement connus, le secteur informel se présentant sous forme de petites entreprises, d'artisanat, travail à domicile, commerce ambulant... a émergé ces derniers temps et prend la relève des autres secteurs en constituant et en procurant un revenu substantiel à un nombre de plus en plus important de Rwandais. L'effectif de gens qui travaillent dans ce secteur est actuellement estimé à 5,5 % de la population active, c'est-à-dire que le secteur informel fournit 50 % de l'emploi en dehors des exploitations agricoles familiales.

Des points précédents, l'on peut conclure qu'il existe un déséquilibre structurel entre le volume de la population active tributaire d'une croissance démographique sans précédent, et les possibilités de création d'emplois qui sont entravées dans une large mesure par des ressources naturelles insuffisantes.

En effet, les potentialités économiques s'avèrent incapables d'absorber la croissance de la main-d'oeuvre, la population active de 2.660.681 (Recensement général de la population) en 1978, à 5 millions au moins en l'an 2000 (ONAPO, Projections Démographiques, 1985).

Cette incapacité d'absorption de la main-d'oeuvre entraîne l'augmentation progressive d'un chômage profond et structurel, se traduisant sous diverses formes: chômage déguisé, chômage, travailleurs improductifs et/ou inefficaces, etc... autant de concepts utilisés pour décrire l'insuffisance et/ou l'absence de revenus, tant en milieu rural qu'en milieu urbain, dont la conséquence inévitable est le développement du banditisme et la dégénérescence des moeurs.

4.5.2. Structure de la population et emploi

Comme toutes les populations jeunes, la structure par âge de la population rwandaise se caractérise par la prédominance des moins de 14 ans qui totalisent 45,7 % de la population totale, ce qui augmente la part de consommation dans la production.

Une croissance démographique incontrôlée accroît le rapport de dépendance (nombre d'inactifs pour 100 actifs), ce qui augmente la part de la consommation dans la production et réduit l'épargne individuelle et collective, entraînant la faiblesse des dépenses d'investissements productifs et entravant la création d'emplois.

De plus, une population jeune exige, en éducation et en santé par exemple, des investissements rentables à très long terme qui ne favorisent pas la croissance économique à court et à moyen terme.

4.5.3. Scolarisation, emploi et croissance démographique

Le problème de l'emploi se trouve au centre du développement, non seulement parce qu'il est source de revenu, mais aussi parce que l'emploi, surtout féminin, a un impact décisif sur les facteurs du mouvement naturel de la population que sont la fécondité et la mortalité, ainsi que sur les migrations.

4.5.3.1. Influence du revenu sur la taille de la famille

Au fur et à mesure que les revenus croissent, les gens aspirent généralement à un mode de vie de plus en plus exigeant (possession d'objets de luxe comme voiture, vidéo,... faire du tourisme) et deviennent plus ambitieux en ce qui concerne l'avenir de leurs enfants.

Les parents font tout pour améliorer l'éducation de leurs enfants, notamment par une scolarisation de meilleure qualité et du plus haut niveau possible. Toutes ces ambitions conduisent à une préférence pour une taille réduite de la famille, mais bénéficiant d'une vie de meilleure qualité, et favorisent l'adhésion à une politique de planification familiale et, par ricochet, la réduction du taux de croissance démographique.

4.5.3.2. La scolarisation féminine, l'emploi et la croissance démographique

Pour être efficaces, les politiques de population en matière d'emploi devront être axées sur la promotion de la scolarisation féminine, dont les principales conséquences sont la baisse des taux de fécondité et de mortalité qui à long terme diminuera la pression des demandeurs d'emploi, et une meilleure formation permettant à la femme d'avoir accès à certains emplois.

- la scolarisation féminine exerce un impact sur la fécondité sur un double plan:

1. En retardant l'âge au mariage et donc en diminuant la durée d'exposition au risque de concevoir,
2. En augmentant les capacités potentielles à planifier et à contrôler les naissances.

- sur la mortalité, la femme instruite peut mieux lutter contre la mortalité en général et infantile en particulier, parce que c'est elle qui habituellement assure les soins de santé primaires à sa famille. Ce rôle de lutte contre la mortalité est encore mieux assumé lorsque la femme instruite exerce un emploi rémunéré à l'extérieur du ménage, ce qui lui permet de procurer aux membres de sa famille une alimentation quantitativement et qualitativement équilibrée.

4.5.3.3. Politique de population en matière d'emploi à inscrire dans le IVème Plan de Développement

Les politiques d'emploi à inscrire au IVème Plan devront être axées sur des actions à mener en vue:

- de développer les zones rurales et de freiner un afflux massif vers les villes (en particulier la capitale),
- de développer le niveau de formation et d'éducation des actifs en vue de leur permettre un accès à certains emplois nécessitant un minimum de qualification professionnelle,
- de procurer aux familles un revenu supplémentaire rémunérateur en vue d'améliorer le niveau de vie et de favoriser plus de bien-être.

4.5.4. Orientation géographique de l'emploi

Le but de cette action est de favoriser le développement du milieu rural, qui doit être prioritaire, pour retenir la population sur place et éviter l'afflux massif en ville et surtout Kigali.

L'emploi en milieu rural doit se concentrer sur des "pôles de développement rural". Une étude sur ces pôles établira leur liste: nombre à créer, lieu, activités à y installer (infrastructure en route, eau, électricité, administration, commerces, activités artisanales, décentralisation de certaines activités localisées en ville), et établira les coûts y afférant. Des emplois à mi-temps, se combinant aux travaux agricoles peuvent être envisagés.

L'emploi en milieu urbain ne doit pas être encouragé. Le gonflement de la population urbaine actuelle pose de gros problèmes qui s'accroissent au fil des ans et risquent de devenir dangereux. L'extension géographique de la ville entraîne des coûts de déplacement de plus en plus élevés. Le prix du terrain est en augmentation et favorise la spéculation, les logements sont en nombre insuffisant (donc chers) et sans norme de salubrité, les équipements collectifs (eau, électricité, ramassage des immondices, collecte des eaux usées...) sont insuffisants, la faiblesse de l'emploi gonfle le flot des

chômeurs, provoque insécurité et délinquance, modifient dans un mauvais sens le comportement de la population. Les entreprises désireuses de se créer ou de s'installer à Kigali devraient être incitées à partir en zone rurale. Peut-être un système de taxation de l'emploi (à charge de l'employeur) pourrait-il être utilisé pour contraindre l'activité économique à se déplacer en zones rurales. Les investissements publics de l'Etat devraient être orientés dans le même sens.

Le déséquilibre ville-campagne doit être atténué par l'accompagnement d'une politique d'urbanisation, décourageant le développement de Kigali (ce développement se poursuivra de toute façon de manière autonome, vu le dynamisme propre de la capitale), favorisant le développement des centres urbains secondaires (par exemple les chefs-lieux de préfecture, en y décentralisant et en y orientant des activités), et en créant des pôles de développement ruraux permettant l'emploi sur place et évitant l'exode rural. Ainsi, une hiérarchie urbaine plus efficace serait mise en place.

Le développement des zones rurales passe également par :

- un regroupement de l'habitat visant à la libération des terres, mais aussi (et surtout) permettant une mise en valeur différente des sols, avec de nouvelles techniques appropriées telles l'utilisation d'engrais, un encadrement efficace...
- une vulgarisation des méthodes de cultures en vue d'intensifier la production, d'augmenter les rendements, et afin de choisir les cultures les plus appropriées au terrain...
- l'organisation des paysans en vue de favoriser les circuits de distribution et de collecte des produits vivriers, de fixation de prix rémunérateurs de ces produits, de mobilisation des crédits agricoles.

4.5.5. Meilleure qualité de l'emploi

Dans le but de permettre à la population d'acquérir une qualification professionnelle ou de permettre d'améliorer la qualification existante, l'Etat doit favoriser :

- un meilleur taux de scolarisation générale,
- l'éducation des femmes sous toutes ses formes, ce qui permettra une meilleure intégration au développement, par le biais de la production économique, mais aussi ses effets indirects (baisse de la fécondité par la planification des naissances).

Les moyens de cette amélioration de la qualification moyenne passent par :

- l'extension des infrastructures scolaires publiques et par un appui ferme des initiatives privées dans la création des écoles. Cet appui se traduirait notamment par la reconnaissance des mêmes droits aux lauréats des écoles privées et publiques (qui serait évidemment subordonnée à un contrôle de la qualité de l'enseignement),

- le renforcement des centres de formation professionnelle pour jeunes et adultes.

4.6. Politique de promotion de la femme face à l'accroissement rapide de la population rwandaise

4.6.1. Généralités

Il ressort des études existantes et de l'observation de la vie quotidienne que la femme rwandaise joue un rôle primordial dans les différents secteurs du développement notamment l'agriculture, l'éducation des enfants, la santé, la démographie...

Des interrelations entre le développement, les variables démographiques et les principaux indicateurs du statut de la femme ont été mises en évidence par de multiples études menées dans diverses sociétés.

Dans le domaine démographique, une analyse globale des données existantes montre que la scolarisation de la femme, son emploi en dehors du ménage, son degré d'urbanité, un cadre socio-juridique égalitaire... jouent sur les facteurs démographiques, notamment par le recul de l'âge au mariage, la réduction des taux de fécondité et de mortalité, la propension à migrer...

De ces différents éléments, la scolarisation de la femme est le premier à avoir un impact capital sur les variables démographiques, cela d'autant plus que les autres facteurs (emploi hors du ménage, urbanisation, pleine jouissance des droits...) sont généralement fonction de cette scolarisation.

Au Rwanda, cet effet a été notamment mis en évidence par l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1983.

Ainsi, la scolarisation retarde l'âge d'entrée en union. L'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1983 a montré que non seulement l'âge moyen au premier mariage augmente avec le niveau d'instruction, mais aussi que l'écart est d'autant plus grand que le niveau de scolarisation est élevé.

De même, au niveau de la reproduction, cette enquête a montré que le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme, décroît avec le nombre d'années de fréquentation de l'école. A 50 ans, cette fécondité est de 7,9 pour les femmes alphabétisées contre 8,9 pour les analphabètes.

En outre, la scolarisation de la femme joue un rôle important dans la réduction de la mortalité et spécialement celle des enfants. Par exemple, l'enquête fécondité citée plus haut révèle que le quotient de mortalité entre 0 et 5 ans est, par rapport à celui des "non-scolarisées", de 20 % plus faible chez les mères ayant 1 à 3 ans d'instruction primaire et de 70 % chez celles en ayant 5 à 6 ans.

La même enquête a également révélé que les femmes les plus instruites sont les plus conscientes des problèmes liés à la croissance trop rapide de la population et les plus susceptibles de réduire rapidement leur fécondité.

Enfin, il ressort des données de cette enquête que les femmes utilisant une méthode de contraception moderne ou celles ne voulant plus d'enfants, sont celles de niveau d'instruction post-primaire, secondaire ou supérieur ainsi que celles résidant en milieu urbain (fait généralement lié pour les femmes à l'instruction). Cela est par ailleurs confirmé par l'évolution récente des acceptrices de contraception.

Outre le niveau d'instruction, des interrelations entre type d'occupation de la femme, variables démographiques et développement sont également observées.

Ainsi, en ce qui concerne la fécondité et ses déterminants, l'Enquête Nationale sur la Fécondité a montré que la fécondité des agricultrices est largement supérieure à celle des autres catégories socio-professionnelles pour lesquelles existe une décroissance concomitante au degré d'instruction atteint.

En plus de l'éducation et de la formation, des améliorations de la condition de la femme dans d'autres domaines, notamment sur le plan juridique, sont indispensables, pour lui donner accès aux fruits du développement et exercer une influence sur sa fécondité. Cela exige souvent qu'on apporte des modifications aux lois et règlements et qu'on les applique consciencieusement. Les réformes de la législation dans ce sens peuvent intervenir dans les pratiques d'emploi et de travail, l'éducation, les droits politiques et civils, le mariage et la famille...

Dans les pays qui connaissent déjà une bonne expérience dans l'application des politiques démographiques et de population spécialement axées sur la réduction de la fécondité, l'amélioration des conditions de la femme a été perçue comme un des facteurs importants influençant sa fécondité et le progrès socio-économique global de la société.

Les méthodes employées par les responsables de ces politiques démographiques et de population afin d'améliorer la condition de la femme, incluent des possibilités accrues pour l'éducation scolaire et l'alphabétisation, de meilleures

possibilités d'emplois dans le secteur moderne, des droits économiques et civils plus étendus, y compris le droit des femmes mariées de conclure les contrats et d'hériter les biens; ainsi qu'une position plus égalitaire au sein de la famille.

Comme l'impact de la plupart de ces facteurs sur les variables démographiques et le développement a été mis en évidence par l'Enquête Nationale sur la Fécondité tel que relaté ci-dessus, il importe d'y mettre un accent particulier au cours de ce IVème Plan. Cette voie s'impose d'autant plus que dans les conditions socio-culturelles actuelles, l'intérêt de la collectivité pour la maîtrise de la fécondité (un des objectifs clés des politiques démographiques et de population de notre pays) n'est pas celui exprimé par les parents et spécialement par les femmes.

En effet, rappelons que jusqu'à aujourd'hui, le statut de la femme rwandaise reste principalement tributaire de sa fonction de reproduction. De plus, dans ses multiples charges ménagères, elle éprouve encore le besoin de se faire épauler par ses enfants. C'est pourquoi, il faut la mettre dans des conditions à la fois favorables à l'exercice de ses fonctions (de production et de reproduction) et à l'accroissement démographique équilibré avec les ressources.

De ce fait, des stratégies suivantes devraient être appliquées en faveur de la femme au cours du IVème Plan de développement national afin de promouvoir sa contribution au développement et particulièrement à la réussite des politiques démographiques et de population.

4.6.2. Stratégies pour la promotion de la femme en faveur de la réussite des politiques démographique et de population

4.6.2.1. Domaine de l'éducation et de la formation

- Enrayer l'analphabétisme;
- Relever le taux de scolarisation féminine à tous les niveaux d'enseignement;
- Au niveau secondaire, permettre l'accès à toutes les filières pour accroître l'accessibilité aux divers emplois et à l'enseignement supérieur;
- Développer la formation professionnelle extra-scolaire pour la femme;
- Encourager la fréquentation par les femmes, des structures de formation permanente;
- Développer les mass-media en faveur de la femme...

Les principaux opérateurs concernés par ce programme sont:

- les départements ayant l'éducation formelle dans leurs attributions (Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique...);
- les départements chargés de la formation permanente (Ministère de l'Intérieur et du Développement Communal, Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, Ministère de la Jeunesse et du Mouvement Coopératif...);
- les instances du MRND;
- l'Office Rwandais d'Information;
- l'Office National de la Population;
- les différents agents de l'éducation.

4.6.2.2. Domaine économique

- Accroître l'accès des femmes à l'emploi hors du ménage par la formation à différents métiers;
- Développer des emplois à haute intensité de main-d'oeuvre féminine tant en milieu rural qu'en milieu urbain;
- Former et encadrer davantage la femme en matière d'agriculture;
- Favoriser l'accès des femmes à l'appropriation des facteurs de production (outillage, intrants, crédit agricole, propriété...);
- Encourager les activités qui accroissent le revenu des femmes (groupements féminins, artisanat, commerce, petit élevage...) et en promouvoir les débouchés;
- Aider les Femmes à concilier les responsabilités familiales et les tâches salariées (promotion des technologies appropriées, planification familiale, crèches et garderies d'enfants);
- Faire participer les hommes aux travaux ménagers.

Les principaux services impliqués dans ce programme sont:

- URAMA
- Le Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et des Forêts;
- Le Ministère de l'Industrie et de l'Artisanat;
- Le Ministère de la Fonction Publique et de la Formation Professionnelle;
- Le Ministère de la Jeunesse et du Mouvement Coopératif;
- Les centres communaux de développement et de formation permanente (CCDFP);
- les différents projets de développement rural;

- l'Office National de la Population;
- la Chambre de Commerce et d'Industrie du Rwanda;
- les Organisations Non Gouvernementales (ONG);
- les institutions de crédit;
- DUTERIMBERE

4.6.2.3. Domaine de la santé

- Augmenter les possibilités d'accès aux soins de santé primaire et à la PMI/PF. Il s'agit de multiplier les formations médicales, les équiper en personnel, matériel et médicaments en suffisance et encourager leur fréquentation. Il s'agit également de procéder à une sensibilisation accrue de la population féminine et son encadrement à la pratique de planification familiale;
- Alléger le travail physique de la femme par la promotion des technologies appropriées à l'univers de la femme rwandaise (agricoles, artisanales, ménagères, planification familiale...);
- Améliorer la ration alimentaire et le revenu familial;
- Promouvoir et encourager l'éducation nutritionnelle et l'orienter vers toutes les ménagères.

Les opérateurs principaux de ce programme sont:

- Le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales;
- Le Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et des Forêts;
- Le Ministère de l'Industrie et de l'Artisanat,
- L'Office National de la Population;
- Les Organisations Non Gouvernementales.

4.6.2.4. Domaine juridique et politique

- Enrayer les clauses discriminatoires de toutes les dispositions légales;
- Veiller à la bonne application des dispositions légales en faveur de la femme;
- Supprimer les dispositions qui freinent la femme en tant qu'une personne capable d'entreprendre, d'organiser les actions susceptibles d'améliorer le bien-être de la famille (affaires, crédits, gestion du ménage, héritage...);
- Associer davantage les femmes dans le processus d'élaboration des lois intéressant la famille. Il faudrait poursuivre notamment l'effort en cours de relever le niveau de représentation des femmes dans les instances de décision.

Dans ce même ordre d'idées, il faut accroître l'effectif des cadres féminins en améliorant leur niveau d'instruction, en sensibilisant les autorités sur les capacités et les potentialités professionnelles des femmes...

Les principaux services concernés par ce programme sont:

- Les instances du MRND;
- Le Ministère de l'Intérieur et du Développement Communal;
- Le Ministère de la Justice;
- Les Ministères ayant l'Enseignement dans leurs attributions;
- Le Ministère de la Fonction Publique et de la Formation Professionnelle;

En ce qui concerne l'ONAPO, il faudra, comme souligné au chapitre traitant de la politique de planification familiale et de santé maternelle et infantile, améliorer la quantité et la qualité des services offerts en PMI/PF pour en favoriser l'accès aux femmes (en tenant notamment compte de leurs contraintes).

Mais avant tout, face aux multiples obstacles à la participation efficace aux divers programmes de développement que connaît la femme, à savoir l'analphabétisme, les nombreuses charges de production et de reproduction, le statut socio-juridique et économique de dépendance (qui favorise beaucoup la mentalité pro-nataliste), il faudra, au cours du IVème Plan, renforcer davantage la communication en PMI/PF en direction des femmes.

Pour ce faire, il faudra exploiter toutes les voies possibles pour trouver la femme dans son milieu et en se faisant aider par les gens de ce même milieu. Autrement dit, en plus des "Abakangurambaga" (intermédiaires bénévoles), il faudra s'appuyer sur des femmes influentes du milieu pour accélérer la sensibilisation aux bienfaits de la planification familiale. Il s'agit notamment des enseignantes, des responsables des groupements socio-économiques, des femmes chargées de l'alphabétisation dans les secteurs, des matrones traditionnelles, des femmes œuvrant dans les différentes instances du M.R.N.D, des groupes de femmes à l'"Umuganda" (travaux communautaires de développement), des groupes de femmes réunies auprès des paroisses presbytériennes, des femmes faisant partie des comités de santé, des comités d'eau... En particulier, on pourra s'appuyer sur les différentes structures de l'URAMA.

L'ONAPO devra aussi mener des études visant à améliorer la connaissance du rôle de la femme dans les politiques démographique et de population comme celles relatives au "coût de l'enfant pour la famille et pour la mère en particulier" et au "rôle de la femme en cas de migration du mari".

Enfin, l'ONAPO devrait, dans la mesure du possible, participer à des activités socio-culturelles et économiques en faveur de la femme (alphabétisation, activités génératrices de revenu, technologies appropriées...).

IIème PARTIE: PLAN D' ACTIONS EN MATIERE DE POPULATION

1. RAPPEL DES GRANDES ORIENTATIONS EN MATIERE DE POPULATION

1.1. Elles se retrouvent à travers les divers discours du Chef de l'Etat, des recommandations des divers congrès du MRND, dans les grandes orientations du IVème Plan National de Développement adoptés par le Comité Central du MRND en Novembre 1986 et dans les mesures de relance économique récemment arrêtés par le Comité Central et le Gouvernement. Ces orientations précisent que l'objectif central du IVème Plan s'articule autour de "la réalisation de l'autosuffisance alimentaire". Spécialement pour le domaine de la population, nous trouvons:

- que l'objectif principal poursuivi par la politique de population doit être de rapprocher la croissance démographique de celle de la production, de manière à améliorer le niveau de vie des gens;

- qu'il faudra au cours de ce plan, "légitimer toutes les formes d'espacement et de limitation des naissances et déployer un vaste programme de sensibilisation à la recherche du bien-être social. Une famille d'au plus 4 enfants à l'an 2000 sera un des thèmes de sensibilisation";

- qu'il faudra accentuer le soutien de l'Etat à l'ONAPO, conformément aux résolutions du Vème Congrès Ordinaire du MRND qui a demandé de doter l'ONAPO de moyens adéquats, en vue de lui permettre de poursuivre les études sur les modalités les plus pratiques d'accès aux techniques de la planification familiale, en comptant prioritairement sur un personnel national qualifié dans cette matière;

- et que la politique en matière de population doit aller de pair avec la politique de santé pour pouvoir donner des résultats fiables et durables, et où un accent particulier devra être mis:

- sur l'élévation de la qualité des services dans les centres de santé pour réduire sensiblement la mortalité infantile et juvénile, un des moyens de favoriser la baisse du taux de natalité,

- sur une sensibilisation et une attention particulière à l'égard de l'élévation du niveau de scolarisation et des conditions de vie de la femme.

1.2. Une Instruction Ministérielle N° 779 du 3 Mars 1988, relative à la promotion du programme de Santé Maternelle et Infantile y compris la Planification Familiale (SMI/PF), dans les établissements de santé au Rwanda, prévoit que le système de santé doit offrir les services de PF à toutes les familles qui le désirent; les services de PF devant être disponibles en permanence pour la population au sein de toutes les formations

2.1. Politique démographique

1. Formulation d'une politique de PF

L'objectif visé est de favoriser l'encadrement politique et social du programme de PF et l'offre des services de PF de qualité à toute la population.

2. Lutte contre la mortalité (surtout la mortalité pendant la petite enfance)

L'objectif visé est d'améliorer la protection sanitaire de la population et surtout des enfants, en vue d'augmenter l'espérance de vie en général et de faire adopter plus facilement la PF par les familles (surtout les mères).

3. L'Information-Formation-Education et Sensibilisation de la population au bien-être familial

Le but recherché est de sensibiliser toutes les couches de la population aux bienfaits de la PF et d'éduquer à l'utilisation des méthodes de PF. L'investissement dans le domaine doit privilégier les jeunes en tant que parents de demain et les femmes en tant que reproductrices et éducatrices des générations futures. Il devra veiller également à une plus grande responsabilisation de l'homme à la parenté responsable.

4. La recherche socio-démographique

L'objectif est de constituer une banque de données sur la population et le développement, permettant de suivre l'évolution de ces deux grandeurs et de mieux orienter les décisions et les actions futures.

5. Les migrations

Les migrations internes sont envisagées dans le sens d'une répartition spatiale équilibrée de la population sur le territoire national, et d'une exploitation plus rationnelle des terres cultivables, et des autres ressources.

La politique des migrations internationales vise à encourager la libre circulation des personnes par tous les moyens, à partir de l'intégration économique dans les ensembles sous-régionaux jusqu'aux mesures et facilités pouvant encourager les Rwandais à sortir et à mieux s'épanouir à l'étranger.

2.2. Politique de population

1. La scolarisation-l'emploi

Dans le but surtout de développer des emplois générateurs de revenus non agricoles pour favoriser aussi le dégorgement du secteur de l'agriculture, on devra veiller à l'adéquation formation-emploi, mais aussi et surtout à une formation créatrice d'emploi, c'est-à-dire pouvant stimuler ou inciter à la création d'emplois nouveaux non agricoles.

2. L'augmentation de la production

Pour réaliser le développement socio-économique et surtout l'autosuffisance alimentaire.

3. L'aménagement du territoire

L'objectif de l'aménagement du territoire concerne la promotion d'une occupation rationnelle et l'utilisation efficace du terrain national afin de relever les conditions de vie de la population et la productivité, tant dans les zones rurales qu'urbaines, et de faciliter l'adoption des attitudes et comportements favorables à une application plus rigoureuse des mesures de PF.

4. La promotion de la femme

Par son comportement face à la fécondité, la femme jouera un rôle crucial dans la promotion de la planification familiale, comme la planification familiale jouera aussi un rôle crucial dans la promotion et l'épanouissement de la femme.

Les actions en cours sont supposées être contenues dans les plans d'actions sectoriels jusqu'ici suivis par les divers départements intéressés. Le plan d'actions reprend les actions prioritaires qu'il faut renforcer et/ou qui nécessitent des nouvelles mesures de relance; et propose surtout des actions nouvelles complémentaires.

3. PRESENTATION DU PLAN D'ACTIONS

La conception d'un plan d'actions en matière de population apparaît être de prime abord difficile à visualiser, dans la mesure où les aspects de population s'identifient de manière constante avec plusieurs secteurs socio-économiques retenus habituellement dans les différents plans d'actions sectoriels. Néanmoins, étant donné l'acuité du problème démographique et des problèmes de population qui en découlent dans tous les secteurs, l'établissement d'un plan d'actions en matière de population s'avère utile, et son contenu constitue un complément indispensable aux politiques et stratégies sectorielles proposées dans le cadre de la politique nationale de développement. Dès lors, la formulation des actions à réaliser dans le cadre de la

politique de population doit converger vers un ensemble interdépendant d'activités sectorielles, dont l'objectif commun est de réaliser à terme, les conditions optimales permissives d'une baisse rapide de la fécondité et une relaxation démographique dans le pays, et de réaliser l'équilibre entre la population et la production.

Le but du plan d'actions en matière de population est donc de proposer des actions prioritaires à réaliser en vue de rendre opérationnelle la politique démographique et d'atténuer ou de résoudre les principaux problèmes auxquels le pays est confronté dans le domaine de la population. Dans cette optique, le plan d'actions doit être une traduction des programmes retenus par les différentes stratégies sectorielles en action et dont l'exécution immédiate aura des répercussions directes ou indirectes sur la démographie.

La réussite du plan d'actions en matière de population dépendra de l'engagement des autorités publiques et de la population à relever le défi que pose la démographie rwandaise au développement du pays et au bien-être des familles, dans une sorte d'élan de solidarité nationale bien réfléchi et bien comprise.

La participation active des instances politiques, administratives, économiques et religieuses au niveau local et des communautés de base, surtout en matière de sensibilisation, d'éducation, d'animation et d'encadrement de la population, sera l'élément crucial dans la réussite de la politique de population et du plan d'action.

A cet égard, les différentes structures du MRND..., les préfectures, les communes (secteurs et cellules), les paroisses, les ONG, auront un rôle privilégié à jouer dans la mise en oeuvre des diverses actions retenues dans le plan d'actions en matière de population.

Présenté secteur par secteur, le contenu du plan d'actions en matière de population s'articule autour des points suivants:

- a) Énoncé du secteur stratégique concerné, il s'agit d'une description sommaire des approches stratégiques et de l'intérêt du secteur concerné pour la réduction du problème démographique.
- b) Les problèmes prioritaires du secteur et obstacles à la réalisation des stratégies.
- c) Proposition d'actions prioritaires pour lever les obstacles et résoudre les problèmes posés. Cette partie présente essentiellement des actions nouvelles à mettre en oeuvre (en complément à celles qui se déroulent dans le secteur concerné).

4. MESURES GENERALES CONCERNANT LES ACTIONS EN MATIERE DE POPULATION

Le programme de planification familiale devrait être décrété priorité n° 1 du pays dans le court et moyen terme par les hautes instances du pays, comme cela a été fait par l'Uganda, l'animation, la lutte antiérosive, la construction des écoles, des centres de santé, du reboisement etc... Des mots d'ordre politiques plus mobilisateurs en ce qui concerne la planification familiale devront être donnés aux cadres de développement et à la population.

Les problèmes de population et la planification familiale devraient être dorénavant considérés comme des problèmes de la nation et non comme l'affaire du seul ONAPO qui n'est qu'un organe technique au service du Gouvernement.

La gestion des problèmes démographiques, et en particulier de la planification familiale, doit être intégrée dans tous les secteurs de développement. Notamment en intégrant de manière formelle les questions de population et la planification familiale dans les stratégies sectorielles du IVème Plan National de Développement Economique, Social et culturel et dans les plans de développement communaux en cours d'élaboration.

Les cadres de développement doivent être mobilisés sur l'acuité du problème démographique, et un système de cotation annuelle tenant compte de leurs performances dans la réalisation de la planification familiale devrait être installé à tous les niveaux du système.

La création d'un Fonds national de population qui servirait à soutenir l'approvisionnement régulier en produits contraceptifs et en équipements médico-chirurgicaux de planification familiale. Ce fonds sera alimenté par les contributions du Gouvernement rwandais, des bailleurs de fonds externes, des ONG, ... intéressés aux problèmes de population et à la planification familiale.

5. ACTIONS SECTORIELLES

5.1. POLITIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE

5.1.1. Stratégie du secteur

Une famille idéale de 4 enfants en l'an 2000 est l'objectif ultime à réaliser. Cela implique donc une décroissance très accélérée de la fécondité générale dans le pays, induisant une baisse du nombre moyen d'enfants par femme de 8,6 (en 1990) à 4 enfants en l'an 2000. Cela constitue un objectif ambitieux (très ambitieux même). Néanmoins, cette décroissance rapide de la fécondité générale s'impose comme une condition obligatoire, permissive de la réalisation à terme de l'équilibre entre la population et la production dans le pays.

La mise en oeuvre de cet objectif de 4 enfants au plus en l'an 2000, nécessite un appui politique très ferme et des mesures très engagées visant à assurer un encadrement politico-administratif et social optimal au programme national de population et de planification familiale.

La réalisation d'un tel objectif ne peut être assurée par la seule satisfaction (volontaire) de la demande d'espacement des naissances. La politique d'offre des services de contraception doit être une politique de planification familiale, c'est-à-dire une politique répondant à toutes les demandes de maîtrise de la fécondité:

- demande des familles ayant constitué leur descendance (au plus 4 enfants) et voulant arrêter de procréer: contraception d'arrêt
- demande de femmes d'âge fécond constituant encore leur descendance et désirant laisser un intervalle entre chaque enfantement: contraception d'espacement
- demande des femmes et/ou couples les plus jeunes qui n'ont pas encore les moyens économiques d'assurer la charge d'une famille: contraception de parenté responsable.

De manière générale, dans cette optique, l'offre des services de contraception doit répondre à la demande non seulement des ménages ou des couples, mais aussi à celle de tous les individus, femmes et hommes, quel que soit leur statut matrimonial, leur âge, leur nombre d'enfants ou leurs motivations.

Le renforcement de la fourniture des services de planification familiale nécessite tout d'abord que soit maximisée la promotion de ces services à travers le système de santé (tout le système...) et que soient développées enfin des stratégies d'offre des services de PF hors circuit médical, là où cela est possible. Il importe donc au plus haut point que soient prises des mesures concrètes pour appliquer et sans retard la directive ministérielle n° 779 du 3 Mars 1988 relative à la promotion des

services de PF dans le système de santé afin de rendre rapidement ces services accessibles à la population.

5.1.2. Les principaux problèmes à résoudre

1. Insuffisance d'encadrement politique et social du programme de population et de la planification familiale. Les instances politiques devraient adopter et mettre en oeuvre une politique de planification familiale plus engagée et plus mobilisatrice pour espérer l'adhésion massive de la population. Ainsi donc, un encadrement politique plus ferme de la part des autorités politico-administratives, surtout aux niveaux périphériques (communes, secteurs, cellules) encouragerait les efforts poursuivis par les différents intervenants dans les programmes de population/planification familiale.

2. Inaccessibilité des services de planification familiale pour une grande partie de la population et la non application de l'instruction ministérielle n° 779 du 3 Mars 1988 sur la PF, suites aux raisons ci-apres:

2.1. Faible motivation du système et des personnels de santé pour offrir les services de PF à la collectivité.

2.2. Refus catégorique de certaines formations sanitaires agréées catholiques à offrir les méthodes de PF autres que les méthodes d'auto-observation (dites planification familiale naturelle).

2.3. Le service de PF très onéreux dans certaines formations sanitaires privées et/ou agréées (certaines méthodes comme le DIU, la stérilisation sont taxées comme des actes chirurgicaux majeurs...).

2.4. La non disponibilité des produits contraceptifs:

- les ruptures fréquentes des stocks des produits contraceptifs et l'insuffisance du matériel de PF
- la non disponibilité de certains produits contraceptifs hors circuit médical
- les longues distances à parcourir pour s'approvisionner en produits contraceptifs pour certaines zones périphériques.

3. La qualité déficiente des services de PF suite à:

- l'insuffisance du personnel de santé en qualité et en quantité
- l'insuffisance de la motivation du personnel et du système de santé à offrir les services de PF
- la faiblesse de la supervision formative du personnel de santé.

5.1.3. Actions à entreprendre

5.1.3.1. L'encadrement politique du programme de PF

- a) Mise sur pied d'une législation claire sur la politique démographique et de population.
 - b) Les autorités politico-administratives, religieuses à tous les niveaux devraient montrer leur engagement ferme sur les problèmes de population/PF en appuyant la PF notamment dans leurs discours officiels, et surtout, dans la mesure du possible, en prêchant par l'exemple.
 - c) Les autorités politico-administratives devraient introduire des thèmes de PF dans les programmes d'éducation populaire et d'animation politique de la population.
 - d) La mise en place des mesures d'incitation et d'accompagnement permettant une évaluation formelle et régulière des actions entreprises en matière de PF à tous les niveaux.
- Cotation des cadres politico-administratives et des agents de développement en fonction de leurs performances dans la réalisation de la PF.
 - Education obligatoire à la PF (attestée par un certificat) avant la célébration des mariages civils et religieux.
 - Exigence d'une participation active à la PF de la part des familles pour les prestations sociales (écoles, soins médicaux gratuits...).
 - Des mesures d'abattement fiscal pour les couples pratiquant la PF.

Les communes, les secteurs et les comités de cellules du MRND et les divers programmes de développement rural devraient se sentir les premiers responsables de la réussite du programme de PF et de l'encadrement de la population à la base, comme ils le font pour les autres actions de développement. Ainsi les actions sectorielles seront activement menées et coordonnées pour appuyer la planification familiale pour tous d'ici l'an 2000.

5.1.3.2. Amélioration de l'accès aux services de PF

- Augmenter la disponibilité des services de planification familiale dans les formations médicales du pays.
- La mise en application formelle et générale de l'Instruction Ministérielle de Mars 1988 dans le système de santé du pays.

La PF fait partie intégrante des soins de santé primaires. De ce fait, le Gouvernement rwandais, à travers son Ministère de la Santé, étant le seul garant de la santé publique de sa

population, doit se préoccuper de la santé de tous ses habitants et déclarer ouvertement que les centres de santé sont au service de la population. Il reste sans objet donc, de revenir sur les instructions données et les identités des institutions (Gouvernement, Eglise catholique). La proposition de solution devrait être recherchée au niveau du terrain dans le sens de la complémentarité, en vue d'offrir correctement à la population les services de PF qu'elle réclame. Les actions suivantes seront mises en oeuvre pour que l'Instruction Ministérielle N° 779 du 3 Mars 1988 soit appliquée correctement:

a) Développer la planification familiale, y compris la planification familiale naturelle, suivant les objectifs globaux assignés par le Gouvernement dans chaque zone de santé.

b) Affecter le personnel de santé qualifié en PF dans les formations médicales qui n'en disposent pas.

c) Un système d'appui-recours devrait être mis en oeuvre pour garantir la prise en charge des accepteurs de PF par les services compétents.

d) Former adéquatement le personnel de santé dans les technologies contraceptives modernes.

e) L'ouverture de postes secondaires de PF dans les zones de santé mal desservies jusqu'ici, en attendant la construction des centres de santé dans les zones identifiées.

f) Les services de PF devraient être considérés comme faisant partie de la médecine préventive et être dispensés à un coût abordable dans les formations agréées et privées.

Le Ministère de la Santé désignera auprès de chaque institution de santé un service et/ou un personnel spécifique chargé d'offrir les services de PF à la population et qui sera évalué en conséquence sur cette tâche.

- Augmenter la disponibilité des produits contraceptifs et des équipements médicaux de PF par :

a) L'amélioration de la gestion d'approvisionnement en produits contraceptifs pour éviter ainsi les ruptures de stock.

b) La commercialisation sociale des produits contraceptifs à travers les pharmacies privées, les pharmacies communales et communautaires doit être encouragée, notamment dans le cadre de l'initiative de Bamako. Un programme de marketing social des contraceptifs contribuera à accroître l'accès de la population aux méthodes de PF. L'effet attendu du programme de commercialisation sociale des contraceptifs doit être de rendre plus accessible les contraceptifs et à un prix abordable pour la population, et d'inciter les individus et les couples dans les mesures de leurs moyens à assurer leurs besoins en matière de PF et de contraception.

c) La distribution de certains contraceptifs à base communautaire. L'application de certaines méthodes de PF telles que les méthodes d'auto-observation et l'utilisation de certains contraceptifs tels les préservatifs, les spermicides... ne nécessitent pas l'intervention de la technique médicale. Ces méthodes de PF et ces contraceptifs doivent être accessibles hors circuit médical. Une recherche opérationnelle doit être entreprise par le Ministère de la Santé et l'Office National de la Population pour déterminer les conditions de faisabilité de cette approche de promotion de la PF.

5.1.3.3. Améliorer la qualité des services de PF

a) Promouvoir les méthodes de PF les moins utilisées dans le but de permettre un choix plus large aux utilisateurs des méthodes de PF.

- Le programme Norplant: la formation des personnels de santé doit être entreprise pour que la méthode soit vulgarisée dans tout le système de santé.

- La contraception chirurgicale volontaire : l'utilisation de cette méthode devrait être rendu largement accessible pour les couples qui souhaitent une contraception d'arrêt. Chaque hôpital devrait disposer d'un service et d'un personnel compétent pour appliquer correctement la méthode.

- Le dispositif intra-utérin : la promotion de la méthode par la sensibilisation de la population et la formation du personnel doit être renforcée pour offrir correctement cette méthode à ce niveau.

- Les méthodes d'auto-observation (MAO) ou la méthode dite naturelle: le Ministère de la Santé et l'Office National de la Population devront favoriser autant que possible, l'enseignement des méthodes d'auto-observation (PFN) dans toutes les structures socio-éducatives (hors circuit médical) des églises, des ONG et des mouvements d'action sociale... Un appui particulier sera accordé aux organismes directement impliqués dans le programme de PFN tel que l'Action Familiale Rwandaise (SNAF) et leur proposer des stratégies qui permettent une évaluation objective de ce programme.

b) Augmenter la motivation du personnel de santé pour la prestation des services de PF.

Pour rentabiliser le peu de personnel disponible, les actions suivantes devront être poursuivies:

- L'intégration de la PF dans tous les soins de santé;

- Assurer la formation continue du personnel en planification familiale;

- Renforcer la supervision supportive et formative du personnel de santé en PF.

5.2. Lutte contre la mortalité pendant la petite enfance

5.2.1. Diminution de la mortalité infanto-juvénile

La diminution de la mortalité pendant la petite enfance constitue un but en soi ainsi qu'un puissant facteur favorisant l'adoption massive de la planification familiale par les familles et les individus.

Dans la société traditionnelle rwandaise (comme dans le monde entier par ailleurs), un enfant qui naît est perçu comme un don du Ciel... La plus grave injure que l'on puisse faire à un Rwandais est de lui souhaiter de mourir sans faire d'enfant. "Uragapfa utabyaye..." L'enfant est perçu comme une main d'œuvre (pour le travail agricole), et comme une assurance-vie. En effet les règles économiques actuelles (surtout dans le milieu rural) rendent les parents économiquement dépendant de leurs enfants surtout pour leurs vieux jours.

Le statut social inférieur de la femme influe fortement sur sa décision quant au nombre d'enfants souhaités. Traditionnellement la femme ne possède qu'à travers ses enfants et dépend d'eux pour sa sécurité familiale. Cela l'incite à avoir de nombreux enfants.

Cette volonté générale du Rwandais (et surtout de la femme rwandaise) d'avoir beaucoup d'enfants, reste renforcée par le spectre d'une mortalité infanto-juvénile encore effroyable qui ne laisse pas à la famille espérer avoir encore un enfant à la fin de sa période de reproduction. Cette sombre perspective, liée à une stagnation des revenus, d'immenses difficultés à maintenir ou améliorer les systèmes d'éducation, ajoutées à des conditions sanitaires et nutritionnelles médiocres ne créent guère un climat favorable à la planification familiale.

L'adoption massive de la PF sera donc en quelque sorte dépendant de la manière dont on réussira à amener des progrès notables dans la lutte contre la mortalité des enfants. C'est à ce point précis que la médecine et la santé publique doivent apporter le concours le plus significatif à tout programme de PF.

5.2.2. Mortalité infanto-juvénile "situation actuelle du problème"

5.2.2.1. Profil de la mortalité

Le profil de la mortalité générale est difficile à apprécier au Rwanda. En effet aucune étude à ce sujet n'a été menée jusqu'ici. Les données disponibles sur la mortalité au Rwanda sont plutôt rares et peu fiables. Cependant l'Enquête Nationale sur la Fécondité réalisée par l'ONAPO en 1983, a permis de collecter des données suffisamment nombreuses pour permettre de proposer de manière relativement cohérente et fiable des chiffres sûrs de la mortalité infanto-juvénile au Rwanda.

MORTALITES INFANTILE ET JUVENILE PAR PERIODES QUINQUENNALES AVANT L'ENQUETE (POUR MILLE)

Quotient de mortalité	Periode quinquennale avant l'enquête						
	[0-4]	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34
1q0	[101,3]	123,1	118,0	114,5	122,3	(173,6)	(208,8)
5q0	[195,4]	246,6	227,9	217,7	234,4	(286,8)	(264,1)
4q1	[104,7]	140,9	124,5	116,5	(127,7)	(137,0)	(69,9)

En général, on remarque que malgré des creux et des pics, il existe une tendance générale à la stabilité des niveaux de mortalité des enfants (0-5 ans) qu'on peut mieux dégager en observant uniquement le quotient de mortalité infanto-juvénile (5q0). Il existe une quasi égalité des quotients de mortalité infantile et juvénile (115-120 pour mille) et on remarque même une tendance à la hausse de la mortalité juvénile dans les périodes récentes, peut-être suites aux difficultés de sevrage et à la malnutrition qui frappe les enfants de 1 à 5 ans.

Une étude récente effectuée par le MINISAPASO et l'UNICEF au Rwanda en 1986 chez les enfants de 0 à 5, ans révèle un taux global de malnutrition de 27,6 %, dont 21,3 % de malnutrition légère ou modérée et 6,2 % de malnutrition sévère du 3^{ème} degré. Les dernières évaluations faites en décembre 1989 par le Ministère de la Santé (Bureau Nutrition) dans les zones de disettes à Gikongoro et Kibuye, révèlent une incidence de la malnutrition atteignant 50 % dans la zone considérée. La situation nutritionnelle des enfants est donc très grave et très alarmante. Cette situation nutritionnelle reflète une réalité donc un état de famine endémique qui prévaut dans la population.

La mortalité infanto-juvénile est demeurée très élevée et constante depuis plus de 35 ans. Il semble que la mise en place d'un système médical (pourtant dense) et les progrès remarquables de la médecine, n'ont eu aucun impact sur la santé de la population, si on se réfère à ces indices de mortalité. On pourrait donc se permettre d'avancer l'hypothèse que la principale cause de cette mortalité infanto-juvénile est peut-être hors de la portée de la médecine en tant que telle.

En effet, il ne fait aucun doute que la sous-nutrition et la malnutrition sont en grande partie responsables des taux très élevés de morbidité (diarrhée, broncho-pneumonies...) et de mortalité infanto-juvénile constatée au Rwanda. Cette malnutrition ayant ses racines profondes dans une situation structurelle complexe a peu de chance d'être résolue par une action purement médicale. Le fait met donc sérieusement en doute la pertinence du programme actuel des centres nutritionnels.

L'analyse de la distribution des enfants décédés selon leur âge de décès montre une trop forte mortalité prénatale et post-natale (28,9 %). Ce fait met surtout en évidence les circonstances entourant l'accouchement. Une étude sur les besoins non satisfaits réalisée par l'ONAPO en 1986, a révélé en effet que 80 % des femmes rwandaises dans le monde rural accouchent sans une assistance médicale compétente.

La situation nutritionnelle médiocre des femmes rwandaises est elle aussi une cause importante de ce profil de mortalité. La faible performance pondérale durant la grossesse et la mise au monde d'enfants avec un faible poids sont de puissants indicateurs de la malnutrition des femmes rwandaises (UNICEF 1987):

- Si le gain pondéral de la femme enceinte est de 10 à 15 kg dans les pays industrialisés, au Rwanda il n'est que de 4 à 5 kg en moyenne avec une tendance à la baisse dans les périodes récentes.
- L'incidence de 20,8 % du nombre de bébés ayant à la naissance un poids inférieur à 2,5 kg (poids minimal limite) rapporté par le Dr KAGERUKA en 1985, est aussi un bon indicateur de l'ampleur et de l'incidence des problèmes nutritionnels sur la survie des enfants dans le pays.

Le rythme de la reproduction de la femme rwandaise constitue aussi un facteur très important pour la survie de l'enfant, quelle que soit la catégorie sociale de la mère. L'Enquête Nationale sur la Fécondité a démontré en suffisance l'incidence certaine de l'espacement des naissances sur la mortalité infantile. L'indice approximatif des risques relatifs de mortalité infantile double lorsque l'intervalle intergénéral (précédant la naissance) est compris entre 1 an et demi et 2 ans; il quadruple presque (3,8) lorsque l'intervalle est inférieur à 1 an.

L'intervalle intergénéral précédant la naissance traduit surtout les conditions de la mère pendant la grossesse, dont les effets se répercutent sur l'état sanitaire du nouveau-né. L'intervalle intergénéral suivant la naissance d'un enfant affecte sa mortalité par le biais du sevrage précoce. Le raccourcissement de la période d'allaitement au sein dans un pays où le lait maternel est l'unique source protéinique disponible pour les enfants en bas âge, allié à l'insalubrité entourant la préparation des aliments de substitution, sont à l'origine de nombreuses maladies nutritionnelles et infectieuses (diarrhées) qui aboutissent souvent aux décès des enfants.

L'espacement des naissances peut agir également sur la mortalité infanto-juvénile par le canal de la promiscuité et de la concurrence qu'il suscite entre les frères pour la nourriture, l'attention et les soins de la mère. On peut enfin constater que l'intervalle intergénéral joue un rôle d'autant plus crucial dans la mortalité infanto-juvénile, que les conditions socio-économiques et alimentaires des familles sont plus médiocres. Et c'est justement ce que nous observons pour le Rwanda.

L'Enquête Nationale sur la Fécondité peut même sous-estimer la mortalité infanto-juvénile au Rwanda puisqu'elle ne présente que la situation des enfants dont les mères étaient en vie au moment de l'enquête et ne tient pas compte des enfants devenus orphelins de mère. Il ne fait aucun doute que ces enfants qui perdent leurs mères pendant la petite enfance constituent un groupe à très haut risque de mortalité.

5.2.2.2. Principales causes de décès infanto-juvénile

Les principales causes de mortalité infanto-juvénile enregistrées dans les hôpitaux se présentent comme suit:

1. Mortalité infantile (0-1 an)

- la diarrhée	38,8 %
- les morts prénatales (complications du travail)	21,6 %
- affections des voies respiratoires	19,4 %
- le paludisme	9,4 %
- la rougeole	8,6 %

2. Mortalité juvénile (1-5 ans)

- la diarrhée	39,2 %
- le kwashiorkor	16,3 %
- les affections des voies respiratoires	16,3 %
- le paludisme	12,3 %
- la rougeole	8,6 %

Le tableau ci-dessus souligne que c'est la prédominance des diarrhées infantiles et de la malnutrition intriquées qui domine le tableau de la mortalité des enfants.

Il est probable que la stagnation des indices de mortalité infanto-juvénile dénote la mauvaise performance du système et des services de santé en général.

La couverture en infrastructures médico-sanitaires étant appréciée comme très satisfaisante par ailleurs, l'analyse précédente fait voir clairement que parmi les facteurs qui pourront à court et moyen terme apporter une baisse notable de la mortalité infanto-juvénile au Rwanda, se trouvent en tête l'amélioration des conditions alimentaires et nutritionnelles et la promotion d'un vigoureux programme de planification familiale. Le manque de PF et la malnutrition apparaissent en effet comme

les déterminants principaux de la mortalité infanto-juvénile dans le pays.

Ailleurs, il apparaîtra la conclusion inéluctable que l'augmentation de la production alimentaire et la régulation des naissances sont complémentaires et s'imposent l'une à l'autre de façon impérative et pressante.

Dans le domaine qui intéresse directement la lutte contre la mortalité infanto-juvénile, les actions nouvelles doivent être entreprises et renforcées.

5.2.3. Actions à entreprendre

Une baisse sensible de la mortalité des enfants en bas âge est une condition indispensable à l'acceptation de la PF par les familles et l'application d'un programme de population appuyé et efficace. Complémentairement aux mesures de protection sanitaire et aux stratégies mises en oeuvre jusqu'ici dans le secteur de la santé, les actions ci-après doivent être appliquées dans l'urgence:

- a) Sensibiliser la population, et en particulier le personnel de santé, sur le lien de causalité qui existe entre le manque de PF (espacement des naissances), la malnutrition des enfants et la mortalité infanto-juvénile au Rwanda.
 - Des week-ends de recyclage seront organisés à l'intention du personnel socio-sanitaire dans toutes les zones de santé du pays.
 - Un programme spécial d'éducation pour la santé sera conçu pour appuyer une approche éducative dans les centres de santé et les centres nutritionnels sur la PF et la survie des enfants.
- b) Une étude nationale sur la mortalité devra être entreprise sans délai (1992-1993) par le Ministère de la Santé et l'Office National de la Population, couplée avec une étude fécondité, afin de mieux appréhender les nouvelles stratégies de protection sanitaire de la population à mettre en oeuvre.
- c) Le renforcement du programme de santé de la mère et de l'enfant (SMI/PF) appliqué à tout le système de santé en appuyant en particulier les actions suivantes:
 - Immunisation universelle des enfants et des femmes enceintes contre les maladies cibles du PEV
 - Développer un programme de lutte contre les maladies diarrhéiques infantiles
 - Surveillance nutritionnelle des mères et des enfants
 - Mise au point d'un aliment de sevrage adapté, à base d'aliments locaux à diffuser dans le pays
 - Améliorer les consultations prénatales par le dépistage systématique des grossesses à risque et leur prise en charge par le système de santé
 - Promouvoir l'allaitement maternel prolongé.

5.3. Information et sensibilisation de la population au bien-être familial

5.3.1. Intérêt du secteur

Le bien-être familial visé par les programmes d'information/sensibilisation, repris de façon fouillée dans le document "Politiques démographiques et politiques de population", (partie 3.3.), est présenté ici sous une forme résumée, visant l'augmentation du nombre de couples pratiquant la planification familiale; afin de matérialiser le souhait du nombre moyen de 4 enfants par famille d'ici l'an 2000, c'est-à-dire dans 10 ans.

Bien que la taille de 4 enfants par famille ne contribue pas à résoudre totalement le problème de déséquilibre entre les effectifs de la population et les ressources disponibles au Rwanda sur la période envisagée, il faut d'abord atteindre ce niveau, pour ensuite sensibiliser de façon intensive, dans l'optique d'un taux d'augmentation de la population légèrement supérieur au taux de remplacement.

Le programme de sensibilisation devra être mené parallèlement à la mise en place des services cliniques de planification familiale de qualité, afin de recevoir et maintenir sous contraception, des effectifs croissants d'utilisateurs de planification familiale. La sensibilisation devrait viser le rythme suivant:

ANNEE	PREVALENCE CONTRACEPTIVE	NOMBRE D'ENFANTS PAR FEMME
1989	6,3 %	8,4
1990	12 %	8,1
1995	31 %	5,8
2000	48,8 %	4
2011	58,9 %	3,5

Pour y arriver, le programme de sensibilisation devra être intégré dans divers domaines, à savoir:

- le système de formation permanente (IGA)
- le système scolaire
- le système de santé
- les projets de développement
- les groupements féminins
- l'encadrement de la jeunesse non scolarisée
- le système des confessions religieuses
- l'appui particulier des autorités politico-administratives
- les média, l'animation et les activités folkloriques.

Le programme de sensibilisation devra aussi bénéficier d'un soutien ouvert de tous les responsables politiques, administratifs, techniques et religieux. Une attention particulière accordée au travail de communication interpersonnelle et de re-

crutement effectué par l'Umukangurambaga, ne doit pas être oubliée.

Ci-après se trouvent les actions immédiates à entreprendre pour appuyer les efforts de l'Umukangurambaga: les actions proposées font face aux problèmes identifiés, qui, d'une façon ou d'autre constituent des obstacles à la performance souhaitée des Abakangurambaga.

En outre, face aux différents domaines indiqués, le plan d'actions de sensibilisation et information au bien-être familial propose des activités à entreprendre à court et moyen terme.

5.3.2. Actions à mener

5.3.2.1. OBJECTIF N° 1: Augmenter le nombre d'utilisateurs des méthodes de planification familiale en appuyant les Abakangurambaga.

1. Les activités de l'Umukangurambaga ne sont pas suffisamment soutenues

1.1. Organiser des réunions d'Abakangurambaga

1.2. Organiser des réunions de programmation, de suivi et d'évaluation des activités de l'Umukangurambaga regroupant les conseillers communaux et les membres des comités de cellule au niveau des communes et des secteurs

1.3. Enrôler les Abakangurambaga dans la programmation et l'exécution de la Semaine Nationale de la Population et le Festival de la Jeunesse

2. Insuffisance de l'encadrement et du suivi de l'Umukangurambaga par les formateurs du CCDFP et par le centre de santé

2.1. Formation des formateurs du CCDFP

- Equipe pédagogique
- Monitrices des succursales

2.2. Formation des Abakangurambaga

2.3. Effectuer des visites de suivi des Abakangurambaga

2.4. Encourager les Abakangurambaga dynamiques

2.5. Recevoir les utilisateurs de PF recrutés par l'Umukangurambaga.

3. Les formateurs du CCDFP ne disposent pas de moyens de déplacement sur les collines

3.1. Organiser les formations au niveau des succursales.

3.2. Mettre à la disposition du CCDFP un moyen de déplacement pour les formateurs.

4. Non disponibilité de toutes les méthodes de PF, qui entraîne le recrutement

4.1. Former les agents de santé en PF clinique

4.2. Ouvrir des postes secondaires là où les populations habitent loin des formations médicales

4.3. Convaincre les responsables de toutes les formations médicales de disponibiliser toutes les méthodes.

5.3.2.1. OBJECTIF N° 2: Intégrer la variable population/ planification familiale dans le système éducatif et les programmes de développement.

1. Le système de l'éducation populaire

Intégrer dans les programmes d'éducation populaire du CCDFP, les thèmes en rapport avec le volet population et planification familiale.

Le CCDFP doit être renforcé, notamment en recyclant les formateurs et en lui dotant des moyens humains et matériels propres à lui faciliter la tâche de catalyseur du développement.

2. Le système scolaire

2.1. Recycler les enseignants et les concepteurs des programmes à tous les niveaux en population et planification familiale.

2.2. Renforcer les curricula en matière de population et de PF intégrés dans les programmes d'enseignement.

2.3. Sensibiliser les enseignants sur la nécessité d'adopter un comportement exemplaire en matière de procréation et en faire des Abakangurambaga.

2.4. Réunir les enseignants au moins une fois le trimestre pour échanger sur les réalités socio-démographiques de leur milieu.

3. Le système de santé

3.1. Promouvoir et augmenter la fréquence des causeries éducatives en matière de population dans toutes les formations sanitaires.

3.2. Disponibiliser les services de PF tous les jours et informer la population sur la disponibilité de ces services.

3.3. Former et conseiller les candidats au mariage sur la parenté responsable et la pratique des méthodes de PF.

4. La vulgarisation agricole

4.1. La variable population et PF devrait être intégrée dans tous les projets de développement ruraux et les projets agropastoraux.

4.2. Lors du concours agricole, organisé chaque année par le Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et des Forêts (MINAGRI) pour stimuler et récompenser les paysans progressistes, des critères en rapport avec l'adoption et l'application de la PF par la famille, doivent être pris en compte lors de l'évaluation et la distribution des prix agricoles.

5. L'encadrement de la jeunesse non scolarisée

5.1. Intégrer l'éducation en matière de population dans les programmes d'éducation populaire des jeunes.

5.2. Créer des comités des parents au niveau des secteurs, chargés de conseiller et suivre le fonctionnement des groupements des jeunes et sur la parenté responsable.

6. Groupements socio-économiques

Sensibiliser les membres des groupements sur les relations entre la pratique de la PF et la productivité des groupements.

7. Les confessions religieuses

"Mens sana in corpore sano"... Les confessions religieuses devraient appuyer les efforts du Gouvernement pour sensibiliser et éduquer la population à la parenté responsable et à la PF.

Lors de la préparation au mariage des fidèles, les confessions religieuses doivent instaurer des enseignements obligatoires sur la PF et la parenté responsable.

Lors de la célébration des offices religieux et en particulier des mariages, les églises doivent appuyer la sensibilisation et la formation des populations au concept de la PF.

8. Les médias, l'animation et les activités folkloriques

8.1. Organiser des émissions ciblées et par thèmes spécifiques en rapport avec la planification familiale.

8.2. Répéter les thèmes de population et planification familiale

dans la chanson et l'animation.

9. Etude sur la perception par la population des messages utilisés actuellement en PF

Organiser une étude en vue de réadapter éventuellement les messages et les canaux de communication utilisés en PF dans notre programme.

5.4. Formation en population et planification familiale

5.4.1. Intérêt du secteur

Dans le cadre des activités visant à la réalisation de la mission qui lui a été assignée, l'ONAPO a vite senti depuis sa création en 1981 qu'il devait disposer d'un personnel qualifié et multidisciplinaire susceptible de l'aider dans l'accomplissement de ses lourdes tâches à la fois administratives, éducatives et techniques.

Les cadres ayant été formés à cet effet proviennent principalement du secteur médical, para-médical et socio-éducatif.

Malgré les efforts louables de l'ONAPO, du MINISANTE et d'autres départements collaborateurs en matière de formation, l'un des problèmes que connaît actuellement l'essor du programme de planification familiale est l'insuffisance du personnel qualifié dans les domaines de:

- la prestation et la gestion des services de PMI/PF
- l'information, éducation et communication
- la gestion et la comptabilité
- l'administration.

En vue de renforcer les capacités des gestionnaires des programmes, les prestataires de services de PF ainsi que d'autres cadres de terrain impliqués dans l'éducation en matière de population, l'une des stratégies adoptées par l'ONAPO était d'entreprendre la construction du Centre de Formation en Population et Santé Familiale à Kicukiro, inauguré en 1987.

La principale mission dudit centre est de contribuer au mieux être de tous, en servant de structure d'accueil, d'échanges et de perfectionnement professionnel à tous ceux qui oeuvrent pour le bien-être de la population rwandaise à travers les programmes de planification familiale.

Une autre alternative récemment généralisée dans toutes les préfectures est la décentralisation de certains programmes de formations pouvant être pris par les équipes régionales (ONAPO, MINISANTE, MININTER...). La formation à l'extérieur du pays continuera d'être limitée au strict minimum et insistera sur des domaines de formation prioritaires et non encore disponibles au Rwanda.

LES OBJECTIFS IMMEDIATS DU PROGRAMME DE FORMATION

1. Doter le pays de cadres capables de concevoir et de gérer les programmes de population et planification familiale
2. Rendre toutes les formations médicales du Rwanda capables d'assurer la prestation des services de PF cliniques
3. Développer au niveau du Bureau Central et des 10 bureaux régionaux de l'ONAPO des compétences en matière de formation, de manière à régionaliser les formations en matière de PF clinique et non clinique
4. Doter toutes les communes du pays des cadres susceptibles d'informer, éduquer et motiver la population en matière de population et de PF
5. Poursuivre l'intégration des programmes de population et PF dans le système d'enseignement formel
6. Améliorer les compétences des cadres de l'ONAPO en matière de recherche en population et PF
7. Améliorer le système de gestion des services de PF.

5.4.2. Principaux problèmes à résoudre

- Le seul centre de formation de Kicukiro et le programme de formation de l'ONAPO ne pourront pas suffire pour former et recycler tous les cadres rwandais dans la conception et la gestion des programmes de population et de PF. Le seul programme de l'ONAPO ne suffira pas pour recycler et former tous les prestataires des services de PF et les agents de développement de PF.

- Le programme de formation et de recyclage en population et PF exécuté par l'ONAPO, absorbe beaucoup de ressources financières et humaines. L'évaluation des besoins dans le domaine pour les 4 prochaines années, indique un besoin immédiat d'une enveloppe de plus de 652.000.000 FRW.

5.4.3. Actions à entreprendre

- 1) Intégrer les programmes de formation en population-développement en PF dans le système national d'enseignement formel et de formation permanente. Ceci épargnera à l'ONAPO la nécessité d'organiser les recyclages, en utilisant sur le marché du travail des cadres déjà formés.
- 2) Décentralisation de la formation-recyclage du personnel de santé en SMI/PF et en technologies contraceptives, vers les régions sanitaires et les hôpitaux. Des équipes de formateurs régionaux en SMI/PF seront mises sur pied au niveau des régions sanitaires pour la formation sur place et la supervision formative des personnels de santé sur la prestation des services de PF.
- 3) La diffusion d'une documentation appropriée sur la SMI/PF et les technologies contraceptives de préférence écrite en Kinyarwanda, pour favoriser l'autoformation des équipes de santé dans les formations médicales du pays.

5.5. La recherche socio-démographique

5.5.1. Intérêt du secteur de la recherche

Pour définir une politique de population, de même que pour ~~bien~~ suivre et vérifier que les actions prévues dans cette politique se déroulent comme il faut, il est important de disposer à chaque moment des informations et données fiables dans tous les domaines où la politique de population et politique démographique interviennent.

Pour la politique démographique notamment, des informations sur le niveau de la population, la fécondité, la mortalité, et pour la politique de population, des informations sur les variables agricoles (superficies, dimension et nombre d'exploitations, production par type de récoltes, rendements...), des informations sur la santé, la scolarisation, le logement, l'habitat et l'urbanisme, l'emploi, la justice, etc...

5.5.2. Problèmes à résoudre

Les seules données démographiques disponibles actuellement viennent du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RCPH) de 1978, ainsi que de l'Enquête Nationale sur la Fécondité (ENF) de 1983, elles sont donc insuffisantes et même vieilles.

C'est ainsi que bon nombre de phénomènes sont actuellement imparfaitement connus, comme la mortalité (mortalité infanto-juvénile et mortalité des adultes), les mouvements migratoires, les variations démographiques selon les régions et les âges... Dans d'autres domaines comme l'agriculture, l'éducation, l'emploi..., les données existantes restent également imprécises

et sont peu nombreuses. Nous avons donc les problèmes suivants qu'il faut résoudre:

- 1) Insuffisance des personnes chargées de faire la recherche
- 2) Manque de coordination des travaux de recherche
- 3) Présentation parfois inadéquate des résultats de la recherche, qui les rend difficile à comprendre
- 4) La non utilisation et la sous-utilisation des résultats de recherche
- 5) Incohérence des données sur la population quand il y a des sources d'information différentes
- 6) Insuffisance et imprécision des données dans tous les domaines relatifs à la politique de la population, ce qui rend bon nombre de phénomènes inconnus.

5.5.3. Actions à entreprendre

Le Rwanda est actuellement en train de préparer (avec un peu de retard) le 2ème Recensement Général de la population et de l'habitat qui doit avoir lieu en 1991, et l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) pour 1990. Il est également prévu une série d'enquêtes post-censitaires pendant la période de 1992 à 1994, comprenant entre autres les enquêtes mortalité infanto-juvénile et mortalité des adultes, l'enquête sur la nutrition, sur l'urbanisation, les migrations, la santé,...

Ces activités permettront de combler un peu les lacunes des données; mais des actions dans l'immédiat sont également nécessaires. Il est surtout important de connaître et de suivre régulièrement le niveau de la population et de la production (production alimentaire essentiellement), et ce par région; et de suivre régulièrement l'évolution comparée des 2 variables (population et production).

Les autres actions à mener en matière de recherche seront donc les suivantes:

1. Pour développer et stimuler le domaine de la recherche
 - Former et recruter le personnel de recherche dans tous les domaines: pour faire face à l'insuffisance du personnel chargé de faire des recherches, le MINESUPRES et le MINIFOP veilleront à ce qu'il soit formé et affecté à la recherche, du personnel suffisant de toutes les disciplines: médecins, agronomes, statisticiens, démographes, sociologues... Dans les recherches démographiques par exemple, il ne suffit pas d'avoir seulement des démographes et statisticiens, il faut aussi des agronomes, des sociologues, des médecins, ... bref toutes les disciplines.
 - Harmoniser les études des différents services: il faut désigner

un service qui ait le mandat de coordonner toutes les études effectuées au Rwanda, par exemple le MINIPLAN. Ce département doit alors communiquer à tous les services publics et privés, la liste de toutes les études en cours, effectuées et prévues sur le territoire national, et ce au moins une fois par an. Cette liste permettra une meilleure diffusion des études auprès de tous les intéressés. Ceci permettra également de ne pas gaspiller les efforts en réalisant des études que d'autres services ont déjà effectuées.

- Harmoniser les données publiées par différents services ou même à l'intérieur d'un même service. Il arrive que des services publient ou utilisent des chiffres différents pour une même donnée ou un même phénomène. C'est ainsi que l'on voit par exemple l'ONAPO, le MININTER, le MINAGRI, le MINEPRISEC,.... utiliser des chiffres différents de la population rwandaise, ou le MINAGRI et la Direction des Statistiques Agricoles (DSA) donner des niveaux différents de la production agricole. Il faudra alors pour chaque type de données, identifier le service responsable, ou établir une méthodologie commune pour la collecte d'informations.

2. En santé et planification familiale

- Recherches opérationnelles sur:
 - * l'intégration des services de PF dans le PEV
 - * les méthodes contraceptives (comme le Norplant et la stérilisation)
- Etude sur la distribution communautaire des méthodes de PF
- Etude sur la distribution des contraceptifs dans les pharmacies privées
- Etude sur la couverture régionale en service de PF: connaître les régions difficilement accessibles au service de PF
- Etude et évaluation du service de PF (qualitatives et quantitatives)

3. Dans le domaine de l'IEC

- Recherche opérationnelle sur les blocages psycho-socio-culturels des messages de PF
- Etude d'opinion sur le nombre idéal d'enfants perçu par la population (comme par exemple le nombre de 4 enfants) et la valeur de l'enfant
- Etude sur les implications sociales, psychologiques, économiques, du nombre réel d'enfants par femme
- Documentation et diffusion des études menées par l'ONAPO et d'autres services en matière de PF

4. Autres recherches

- Migrations: étude sur les volontés migratoires et migrations internationales
- Etude des interrelations entre population et effets de la population sur les secteurs de l'économie; suite de l'étude coût-bénéfice du programme de planification familiale

- Système de gestion et de collecte des statistiques de planification familiale et analyse socio-économique des utilisateurs et de suivi
- Etude sur les possibilités et conséquences socio-démographiques de l'aménagement du territoire au Rwanda.
- Etude sur le problème d'avortements et les moyens d'y remédier.

5. Banque de données des statistiques démographiques, sanitaires et économiques

- Statistiques d'état civil, restructuration du système d'enregistrement et de collecte, exploitation régulière. Multiplier les centres d'enregistrement de l'état civil
- Recensement régulier des ménages du pays (liste des ménages par cellule)
- Exploitation et gestion (informatique) des statistiques administratives suivantes:
 - * statistiques sanitaires
 - * statistiques de l'emploi
 - * statistiques scolaires
 - * statistiques de l'habitat
 - * statistiques sur les migrations
 - * statistiques sur la situation de l'analphabétisme
- Collecte régulière et exploitation des statistiques agricoles et de l'élevage suivantes:
 - * superficies cultivées
 - * productions par type
 - * rendements par type
 - * les jachères
 - * l'utilisation des engrais
 - * évolution du cheptel.

5.6. Les migrations

5.6.1. Intérêt du secteur des migrations

La migration peut dans une certaine mesure constituer une solution plus ou moins efficace au problème démographique que connaît le Rwanda.

Les migrations internes bien contrôlées peuvent aboutir à une bonne répartition de la population sur le territoire national et éviter des déséquilibres dans certaines régions. Ces migrations doivent également viser une exploitation rationnelle des ressources disponibles, rationnelle signifiant également qu'il faut identifier un optimum de population qu'une terre donnée peut supporter.

Les migrations internationales peuvent également permettre de diminuer le surplus de la population rwandaise. Cette politique pourrait compléter celles de la réduction de la fécondité, de la création d'emplois nouveaux... en favorisant le départ des personnes inoccupées pour l'étranger. Cette action suppose au préalable une préparation et adaptation des Rwandais à une vie à

l'étranger, notamment par une formation professionnelle adéquate, une formation en langues étrangères... et la création des conditions favorables au départ et au retour des migrants.

Il semble en effet actuellement impensable sinon difficile d'envisager une véritable politique d'émigration organisée, pouvant permettre d'atténuer la pression démographique que connaît le Rwanda. Les tentatives faites jusqu'ici se sont avérées inefficaces.

Néanmoins, une analyse complète des problèmes et obstacles doit être entreprise pour trouver des solutions appropriées et réalistes et que des actions puissent être menées dans le domaine de migrations internationales.

5.6.2. Problèmes à résoudre

1) Pour les migrations en général, l'insuffisance, voire l'absence de données fiables permettant la connaissance et la gestion des migrations internes et internationales; peu d'études ont été faites dans ce domaine au niveau national; et il n'existe presque aucun éléments permettant de suivre l'évolution de ce phénomène.

2) Les migrations internes qui se poursuivent de façon désordonnée des régions surpeuplées ou en disette vers les régions d'accueil, jouent sur le morcellement et la miniaturisation des exploitations agricoles familiales les rendant de moins en moins viables. Il existe aussi un risque d'accélération de l'exode rural non accompagné de la création d'infrastructures d'accueil dans le secteur urbain.

3) Les migrations internationales sont tributaires des situations économiques et socio-politiques chez les pays partenaires où s'orientent les mouvements de population. La mise en pratique des "Accords relatifs à la libre circulation des personnes et des biens, à l'emploi et à l'établissement" n'a pas été effective et se heurte aux coûts parfois très onéreux que les pays d'accueil exigent. La politique de "libre circulation" semble cependant la plus réaliste pour les migrations internationales.

En matière de migration, la faible compétitivité actuelle des nationaux favorise l'immigration des étrangers vers le Rwanda et non l'émigration de ces nationaux vers l'extérieur.

Le pays n'est pas en mesure d'accueillir les migrants et réfugiés rwandais installés à l'étranger dont certains ou la plupart, expriment la volonté de retour.

La présence et l'entrée de réfugiés des pays limitrophes a une incidence sur l'équilibre des écosystèmes dans les zones d'accueil ou d'installation.

La politique d'émigration d'agriculteurs rwandais pour alléger la

pression démographique dans les zones rurales, et d'émigration de main-d'oeuvre qualifiée pour alléger la pression démographique sur l'emploi (non agricole), n'existe pas à l'heure actuelle.

Le niveau d'instruction générale très bas des Rwandais en général ne favorise pas une volonté d'émigrer.

5.6.3. Actions à entreprendre

5.6.3.1. Dans le cadre des migrations en général

- Une étude systématique du phénomène migratoire et de la volonté migratoire du Rwandais doit être réalisée dans le court terme afin d'évaluer l'ampleur du phénomène, les possibilités offertes et les perspectives d'une politique nationale dans le domaine.

- Un vaste programme d'ouverture dans le cadre de l'intégration effective, dans des ensembles économiques sous-régionaux doit être activement poursuivi.

- Un vaste programme de formation professionnelle des populations, en langues de communication internationale et en gestion... devra sous-tendre la volonté d'une politique de migration interne ou internationale, organisée ou spontanée, afin de faciliter l'adaptation et la compétitivité du migrant rwandais sur la terre d'accueil.

5.6.3.2. Migrations internes

- Procéder à l'aménagement du territoire par le regroupement hiérarchisé en pôles de croissance avec des infrastructures d'accueil.

- Améliorer les échanges vivriers entre les zones d'accueil et les zones de départ (politique à poursuivre).

- Réglementer les migrations internes en maintenant le droit d'établissement du Rwandais sur le territoire national, mais en protégeant les espaces agricoles dans les zones d'accueil.

5.6.3.3. Migrations internationales

a) Formation

- Former les nationaux professionnellement pour les rendre compétitifs sur le marché du travail non agricole, par la création d'écoles techniques et professionnelles ou de formations en métiers "sur le tas."

- Introduire l'apprentissage des langues véhiculaires (swahili, français, anglais...) dans les écoles et les IGA en vue de préparer les nationaux à participer aux économies des ensembles régionaux (CEPGL, ZEP, CEAC...).

b) Mobilité spatiale des populations

- Hâter les accords relatifs à la libre circulation des personnes et des biens, à l'emploi et à l'établissement entre les Etats de la sous-région pour faciliter la mobilité spatiale des populations.

- Créer dans les ambassades du Rwanda, les centres culturels et les services d'informations sur les possibilités de sites d'établissements humains et les possibilités d'emploi dans les pays d'accueil de migrants et de réfugiés rwandais, afin d'encourager les départs définitifs spontanés et/ou organisés et gérer la diaspora rwandaise.

5.7. Augmentation de la production

5.7.1. Secteur Agricole

A l'heure où le pays commence à connaître, dans certaines régions, des crises alimentaires, une question se pose: la famine est-elle conjoncturelle ou structurelle?

L'observation des statistiques agricoles montre que le taux de croissance du secteur primaire est sérieusement en baisse (baisse de 2 % en 1987, de 5,7 % 1988 et de 15 % en 1989). Entre 1986 et 1989, la production vivrière a même connu une baisse moyenne de 3,4 %. La croissance moyenne du secteur agricole (0,8 %) est dans tous les cas inférieure à celle de la population. Même la production animale, malgré ses récentes performances, ne peut nourrir toute la population rwandaise.

Les analyses montrent qu'au cours des dernières années, le nombre de calories par personne et par jour diminue; il est passé de 2.400 en 1981, à 1750 en 1988. On constate également que l'augmentation passée de la production était due à l'augmentation des superficies (en utilisant des terres marginales). Mais ces superficies disponibles n'existent plus, et avec l'augmentation de la population, la superficie moyenne par ménage, qui était estimée à 1,2 ha en 1984, est actuellement estimée à 0,78 ha.

Dans 57 % des cas, la taille des exploitations ne permet pas aux ménages d'avoir une production suffisante du haricot, par exemple, le complément alimentaire de 60 % des ménages ruraux proviendrait de l'importation (1).

Le problème est donc d'ordre structurel.

Le plan d'actions pour le secteur agricole, présenté dans les pages qui suivent, visera donc deux objectifs complémentaires: d'une part l'arrêt de la croissance démographique, d'autre part l'augmentation de la production agricole. Le plan d'actions concernant le premier objectif n'est cité que pour mémoire, étant traité plus à fond dans le chapitre consacré à la planification familiale.

Quant à l'objectif relatif à la production agricole, il englobe aussi bien la production végétale, animale que forestière. Toutefois, l'approche méthodologique utilisée est de prendre la production végétale comme axe principal du plan d'action autour duquel doivent se développer les productions animales et forestières dans un système intégré.

C'est pourquoi le renforcement de la recherche sur les systèmes d'exploitation doit être considéré dans le plan d'action comme une priorité. C'est en effet dans le cadre des systèmes d'exploitation que devront être étudiés et mis en oeuvre la politique de régionalisation des cultures, l'intégration agricole, l'élevage et l'agroforesterie. C'est également dans ce cadre que devront être menées les études et recherche sur la réforme foncière dans les aspects économiques, sociaux et politiques.

Un autre problème important est celui de la nutrition qui ne se situe pas proprement dit dans le cadre de la production agricole, mais en est un aspect complémentaire. La valorisation des productions agricoles implique des études et recherches en nutrition, la promotion de technologies alimentaires adaptées, l'éducation nutritionnelle.

Autant d'activités pour lesquelles il faudrait créer un cadre institutionnel approprié.

(1) Cfr Service des Enquêtes et Statistiques Agricoles.

PROBLEMES ET ACTIONS PRIORITAIRES

1. Manque de terres cultivables

1.1. Arrêter la croissance démographique (Cfr plan d'action PF)

1.2. Récupérer de nouvelles terres

- poursuivre les études pour l'aménagement et la mise en valeur des grands marais tels que la Nyabarongo, l'Akanyaru;
- hâter la mise en oeuvre du plan directeur du Mutara;
- aménager les plaines de Rusumo;
- hâter l'élaboration de l'étude d'aménagement des zones post-forestières de la crête Zaire-Nil;
- poursuivre l'organisation des agriculteurs pour l'aménagement des petits marais.

1.3. Conservation des sols

- poursuivre l'organisation des agriculteurs pour l'aménagement des petits marais.

2. Sous-exploitation des terres

2.1. Poursuivre les actions d'intensification suivantes

2.1.1. Fumure organique

- poursuivre l'action compostière;
- poursuivre la promotion des banques d'animaux pour l'obtention du fumier;
- poursuivre la promotion de l'agroforesterie;

2.1.2. Engrais

- hâter l'étude des besoins en engrais;
- étudier la possibilité de la création d'une centrale d'approvisionnement en engrais pour en réduire les coûts d'importation;
- poursuivre les études pour l'exploitation des gisements de chaux;
- hâter la production d'engrais azotés à partir du gaz du lac Kivu;
- poursuivre la vulgarisation de l'innoculum produit au RWANDA pour intensifier le production du soja;
- relancer le dossier des études faites sur la valorisation des déchets en milieu rural et urbain.
- mettre en oeuvre les résultats de l'étude sur la production des engrais organo-biologiques.

2.1.3. Produits phyto-sanitaires

- finaliser les études sur la production locale de certains produits phyto-sanitaires et mettre en application les résultats;
- créer une centrale d'approvisionnement pour réduire les coûts

d'importation.

2.1.4. Semences sélectionnées

- organiser la filière
- mettre en place le plan national semencier

2.1.5. Définir et mettre en application la politique de subvention des intrants agricoles.

2.1.6. Mécanisation

- réaliser des études coûts-bénéfices sur l'introduction de la culture attelée et l'amélioration du petit outillage agricole.

3. Connaissance insuffisante des systèmes d'exploitation agricole

3.1. Renforcer la recherche agricole

- Poursuivre la spécialisation des stations de recherche
- Renforcer la recherche sur les systèmes de production en rapport avec la régionalisation des cultures.
- Doter la recherche d'un personnel qualifié en quantité suffisante.
- Renforcer la liaison recherche - vulgarisation

3.2. Disponibiliser la carte pédologique et la carte d'utilisation.

4. Insuffisance qualitative et quantitative de l'encadrement et de la vulgarisation agricole

4.1. Achever la restructuration des projets agricoles

4.2. Poursuivre la promotion des plans agricoles communaux

4.3. Renforcer la participation des populations rurales aux actions de développement rural par l'animation, la responsabilisation des structures socio-professionnelles et la création des comités d'agriculteurs.

4.4. Créer un service national de vulgarisation et de communication chargé de la formation du personnel d'encadrement, de vulgarisation et de communication et produire le matériel didactique et audio-visuel.

4.5. Intégrer l'éducation en matière de population dans les programmes de vulgarisation agricole.

5. Mauvaise organisation de la commercialisation

5.1. Réaliser des études sur la filière commercialisation des produits agricoles et particulièrement des cultures vivrières.

5.2. Recherche du financement pour la mise en application des résultats des recherches sur le stockage, la transformation et la commercialisation des produits vivriers, ainsi que pour la poursuite du programme de recherche en cours sur les domaines post-récoltes.

6. Valorisation insuffisante des productions agricoles

6.1. Poursuivre l'étude du secteur de l'agro-industrie

7. Manque de coordination sensibilisation insuffisante sur la problématique de l'auto-suffisance alimentaire en rapport avec l'accroissement démographique

7.1. Mettre en place un système d'alerte rapide

7.2. Mettre en place une réserve alimentaire de sécurité

7.3. Organiser un débat national sur la question (forum ou séminaire)

7.4. Organiser des débats au niveau des préfectures, des communes

5.7.2. Secteur de l'industrie et du commerce

Dans le cadre de la politique de population, le secteur de l'industrie et du commerce peut également aider à faire face à la pression démographique, notamment par l'augmentation des revenus grâce à la création d'emplois non agricoles. Ceux-ci permettront ainsi de faire face au chômage déguisé du milieu rural.

Il faut par ailleurs signaler qu'en matière d'emplois, la contribution de ce secteur reste faible. Des études ont montré en effet que si l'on peut, à l'horizon 2000, estimer le nombre de nouveaux emplois à 500.000 (suite à la croissance démographique), ce secteur ne pourra créer qu'un maximum de 10.000 auxquels s'ajouteraient 30 à 40.000 artisans, ce qui reste très négligeable. Il faut donc en tout état de cause réduire d'abord la croissance démographique. Les actions suivantes proposées ne seront efficaces que dans ce contexte.

5.8.2. Problèmes à résoudre

* Une organisation inadéquate du travail au niveau des C.S qui ne facilite pas l'intégration des soins de santé primaires. Cette situation est due en grande partie aux éléments suivants:

- insuffisance de la supervision et de l'encadrement du personnel prestataire des services de santé.
- insuffisances et/ou manque de normes techniques et de direction sur la prestation des services.
- insuffisance du personnel qualifié.
- accessibilité difficile aux services de santé.

* La diminution de la capacité du système de santé dans la lutte contre la maladie, consécutive aux éléments suivants:

- qualité des soins de santé insuffisante.
- insuffisance chronique des médicaments et du matériel médical de base.
- insuffisance du personnel qualifié.

5.8.3. Actions à entreprendre

* Développer et appliquer un schéma cohérent et efficace d'organisation des formations médicales permettant une prise en charge intégrale des composantes des soins de santé primaire, et notamment des accepteurs des méthodes de PF, à chaque formation médicale (cas par cas), par les médecins Directeurs des Régions sanitaires avec l'aide des autorités locales.

* Renforcer la supervision-formation des centres de santé et du personnel de santé.

* Accélérer la mise en oeuvre d'un programme d'approvisionnement des formations médicales et de la population en médicaments essentiels et matériel médical de base, notamment par la mise en oeuvre rapide de l'initiative de Bamako en cours de lancement au MINISANTE:

- création d'une centrale nationale d'approvisionnement en médicaments et matériel médical de base.
- création des pharmacies communautaires (communales).
- favoriser la création d'une industrie pharmaceutique locale.

* Création de nouvelles écoles pour la formation du personnel de santé surtout de niveau A2 et A3.

* Développer un programme de formation continue du personnel de santé à tous les niveaux, de décentralisation le plus possible ce programme pour qu'il soit pris en charge par les équipes régionales et locales de formateurs (Mediresa, délégué ONAPO, Medirhop).

* Diffuser les standards techniques de prestation des services de santé à tous les niveaux.

5.9. Aménagement du territoire

5.9.1. Intérêt du secteur

"... Nous devons nous rendre compte que cette disette est aussi le constat cruel, le constat incontournable de l'impasse terrifiante vers laquelle notre agriculture s'achemine si on laissait les choses continuer à aller comme c'était le cas jusqu'à présent. Et cette impasse serait alors d'ordre structurel, les deux contraintes majeures étant, sous la pression démographique, la raréfaction des terres cultivables et leur surexploitation entraînant l'épuisement progressif des sols".

HABYARIMANA Juvénal, Président de la République
Message du 22/03/1990 ARP N°003
du 24 Mars 1990.

Le morcellement des terres, suite à l'explosion démographique a conduit à l'amenuisement des espaces d'exploitations agricoles familiales et à leur non viabilité.

L'aménagement du territoire tel qu'il est entendu ici vise donc une restructuration de l'espace national pour accroître la productivité tant en milieu rural qu'en milieu urbain, notamment par une meilleure organisation de l'habitat. L'habitat signifiant l'ensemble des infrastructures, des besoins essentiels y compris le logement et le travail. L'aménagement du territoire souhaité doit concerner à la fois le milieu rural et le milieu urbain en tenant compte de tous les besoins de base pour le bien-être des populations (l'agriculture et les autres secteurs économiques) face à la croissance démographique.

L'équilibre d'auto-suffisance du monde rural a déjà été rompu. L'accélération de la pression démographique dans le monde rural est telle qu'elle est à l'origine de la dégradation brutale du milieu physique et de la baisse des rendements nets des exploitations agricoles familiales, et partant, des conditions alimentaires de la population.

La situation commande d'arrêter le morcellement de terres cultivables, de libérer même ces terres en regroupant surtout les jeunes ménages en formation et de mettre en culture des terres nouvelles (tels les marais). Ceci conduit à l'élaboration d'un programme d'urbanisation du pays fondamentalement cohérent avec les investissements correspondants.

Un plan d'urbanisation hiérarchisé et orienté du Centre vers la périphérie doit être pensé et exécuté de façon à ne pas se faire au détriment du monde rural. Il y aura ainsi possibilité de création d'emplois non agricoles et un secteur secondaire plus dynamique des métiers.

L'agriculture doit être redynamisée par le remembrement des terres, l'utilisation des intrants agricoles, la mécanisation, la création de marchés pour les produits agricoles... Nous présumons qu'ainsi le chômage et l'exode rural peuvent être ainsi combattus.

L'aménagement du territoire, la redistribution spatiale de la population et l'urbanisation (adoption du modèle de vie urbain) apparaissent comme de puissants vecteurs de modernité et de puissants facteurs de changement des mentalités et qui peuvent favoriser dans un laps de temps court l'acceptation de la planification familiale et les mesures de limitation des naissances.

5.9.2. Situation du problème

5.9.2.1. En milieu rural

L'occupation de l'espace a été dictée par une coutume successoriale qui destine à chaque nouvelle famille une exploitation agricole familiale. Cette règle a conduit à un morcellement excessif et presque universel des exploitations agricoles familiales, qui ne les rend plus viable. Le secteur agricole rural déjà saturé, ne peut que très difficilement accueillir une population active supplémentaire; d'où une situation réelle de chômage déguisé dans le secteur (le chômage est évalué à plus de 60 % des actifs).

Il est nécessaire donc de créer une structure d'accueil pour la population excédentaire du secteur agricole rural et penser à la création des emplois non agricoles.

5.9.2.2. En milieu urbain

Le secteur urbain est peu développé, hormis Kigali qui est en passe de devenir un mégapole difficile à gérer. Les zones urbaines, bien que de création récente, s'étendent de manière anarchique et indéfinie sans rationaliser l'espace et au détriment des terres cultivables.

5.9.3. Actions à entreprendre

5.9.3.1. Dans le cadre général

Une étude sur la politique d'aménagement du territoire devrait être réalisée sans délai. Elle permettrait de montrer les alternatives possibles, les voies et moyens pour les réaliser, les coûts et les bénéfices à court moyen et long terme, afin de mieux éclairer le décideur sur cette importante question.

5.9.3.2. Dans le milieu rural

1. L'arrêt du morcellement des terres, et si possible le remembrement des exploitations agricoles disponibles pour les rendre plus viables.

Dans un premier temps, cette mesure qui permettrait de sauvegarder notre potentiel agricole, aura pour conséquence de créer des paysans sans terres et pose la nécessité de développer des structures d'accueil de cette population, et la création d'emplois non agricoles.

L'aménagement du territoire visera donc une réforme foncière urbaine et rurale et non pas seulement un simple regroupement de l'habitat et/ou une urbanisation. Ces derniers devront être considérés comme des compléments utiles à la réforme foncière par le processus de libération des terres et de création d'un marché pour l'agriculture à travers le développement des activités non agricoles.

2. La viabilisation des pôles d'accueil du croît démographique du secteur rural, implique la mise en place d'un ensemble d'infrastructures de base pour satisfaire les besoins essentiels (y compris les facilités de logement et de travail) et pour rendre ces pôles attractifs pour la population qui quitte les zones d'agriculture.

3. Création d'une armature urbaine hiérarchisée et décentralisée qui pourrait avoir 5 niveaux (cette armature serait accompagnée par des mesures d'hygiène et d'assainissement pour la salubrité publique comme les égouts,...):

- Kigali la capitale dont la croissance devrait être modérée au bénéfice des autres villes,

- Les chefs-lieux de préfecture et quelques sous-préfectures comme Rwamagana, Ruhango, Nyabisindu et Gatsibo qui deviendraient des villes secondaires,

- Les centres régionaux, au niveau des sous-préfectures,

- Les centres locaux au niveau des communes.

- Les villages ruraux au niveau des secteurs.

La population urbaine qui est de 8 % en 1989 pourrait atteindre le seuil de 40 % à l'horizon 2000 si l'armature urbaine absorbe tout le croit démographique prévu d'ici 10 ans.

Le regroupement dans les pôles d'accueil et l'armature urbaine hiérarchisée intéresseront surtout les jeunes ménages en formation et les célibataires.

4. Un développement décentralisé par une industrialisation décentralisée. Des facilités particulières doivent être accordées à ceux qui investissent en dehors de Kigali et des villes secondaires. L'Etat devrait orienter ses efforts d'investissement pour soutenir les structures périphériques et y créer des emplois non agricoles. Le succès de cette politique dépendra des mesures de rééquilibrage économique entre le centre et la périphérie.

5.9.3.3. Milieu urbain

Les actions à entreprendre viseront une occupation rationnelle de l'espace (économiser les terres cultivables), à favoriser le changement de comportement socio-économique face à la croissance démographique et à l'adoption des emplois non agricoles:

- Créer des infrastructures de base et d'accueil
- Elaborer des directives visant à épargner la terre:
 - . distribuer des parcelles plus petites
 - . instaurer une architecture plus économe d'espace, favoriser la construction en hauteur,
- Instaurer un système de taxes proportionnelles sur les parcelles cadastrales pour décourager les grandes parcelles inutilisées.

Dans le court et moyen terme, ce modèle d'habitat groupe doit remplacer progressivement l'habitat dispersé que nous connaissons. C'est un processus apte à favoriser le développement intégré et l'autosuffisance alimentaire.

Un cadre juridique précis et rigoureux devrait protéger l'acquisition des terres dans le milieu urbain et rural afin de favoriser les investissements conséquents par les particuliers.

5.10. Formation, Education, Scolarisation

5.10.1. Intérêt du secteur

Une élévation du degré d'instruction permet d'améliorer les capacités d'une population et de diversifier les emplois dans un pays et constitue de ce fait la clé même du développement.

Au Rwanda l'exiguïté des exploitations agricoles ne permet plus de créer des emplois agricoles nouveaux. Or les emplois non agricoles s'apprennent par le biais du système d'éducation développé surtout au niveau secondaire, dont l'accès au Rwanda reste jusqu'ici limité à quelques élus: seulement 2 % des enfants

ont accès à l'enseignement secondaire (où s'apprennent les métiers non agricoles). Apparemment les Rwandais ne savent rien faire d'autre que de cultiver la terre... Maintenant que la terre disponible n'existe plus, quelles perspectives s'ouvrent encore à eux?

En matière de fécondité, des femmes mieux instruites auront beaucoup plus de chances de planifier leurs naissances et d'opter pour une famille réduite.

En matière de mortalité, une meilleure éducation, des femmes surtout, a une influence directe sur la qualité des soins donnés aux jeunes enfants donc sur leur probabilité de survie. Au Rwanda les bas niveaux d'instruction générale et d'alphabétisation sont de puissants goulots d'étranglement pour le développement, pour le Rwanda et pour les Rwandais en général.

5.10.2. Actions à entreprendre

Au cours du IIème plan et dans les plans à venir d'ici 2000, un vaste programme de scolarisation des enfants au niveau primaire, mais aussi et surtout au niveau secondaire et supérieur se révèle le meilleur investissement à long terme dans le domaine aussi bien démographique qu'économique. Cette formation formelle universelle devrait être utilement complétée par la formation permanente.

- Le Ministère de la Fonction Publique et de la Formation professionnelle devrait créer et gérer des Centres des métiers et de formation professionnelle; recenser les besoins en formation professionnelle et exécuter ces formations suivant les priorités, et restreindre certaines formations comme la dactylographie, le secrétariat et la comptabilité... qui ont peu de débouchés.

- Encourager le secteur privé à créer des centres des métiers et de formation professionnelle.

- Le Gouvernement devrait envisager une option qui transformerait les CERAI en centre de formation professionnelle ou centre de métiers au niveau des communes, et les spécialiser suivant les besoins du milieu.

- Le Gouvernement devrait sensibiliser et éduquer les parents pour qu'ils participent activement à l'instruction de leurs enfants, que ce soit au niveau du système formel que de la formation professionnelle et des métiers. Dans la perspective d'une hypothèse probable de migrations internationales et de libre circulation des Rwandais au sein des ensembles économiques régionaux, l'enseignement des langues étrangères de communication (français, swahili, anglais...) devrait être largement favorisé à partir de l'enseignement primaire.

5.11. Politique de l'emploi

5.11.1. Intérêt du secteur

Le problème de l'emploi est directement influencé par la croissance démographique du fait même de l'augmentation de la population active. Cela est d'autant plus vrai que dans notre pays, le secteur secondaire est encore embryonnaire et ne joue pas encore un rôle de premier plan dans la création de l'emploi.

Par ailleurs, l'emploi peut générer des effets positifs sur la pression démographique par l'augmentation des revenus qui diminuerait la mortalité en améliorant les conditions de vie. De plus, l'emploi féminin crée des conditions favorables à l'acceptation de la Planification Familiale.

Les problèmes de l'emploi ici identifiés sont:

1. L'excédent de la main-d'oeuvre qui va venir du secteur agricole déjà saturé.
2. La main d'oeuvre qui se déverse régulièrement sur le marché de travail, et en nombre croissant.
3. La prédominance d'une main d'oeuvre non qualifiée et la faible capacité du pays à former cette population active.
4. Le déséquilibre structurel entre le volume de la population active et les possibilités très limitées de création d'emplois nouveaux.

Compte tenu de ce dernier problème, la politique d'emploi ici proposée aura peu d'efficacité à long terme si elle n'est pas accompagnée par une politique efficace de planification familiale et de limitation des naissances et soustendue par un vaste programme de formation professionnelle de la population en vue de développer des emplois non agricoles.

5.11.2. Actions prioritaires à mener

- 1) Inciter les personnes qui ont des propriétés agricoles qui ne sont pas entièrement exploitées à engager une main-d'oeuvre salariée pour aider à résorber le chômage déguisé en milieu rural.
- 2) Mener une étude pour recenser tous les chômeurs tant réels que déguisés. Le chômage agricole déguisé serait déterminé à partir de critères de durée de travail reposant sur la taille de l'exploitation agricole et le nombre de personnes actives de cette exploitation.
- 3) Créer des infrastructures de base dans des centres ruraux (sites à identifier dans le cadre de l'aménagement du territoire), afin d'y susciter la création d'emplois non agricoles des



petites et moyennes entreprises et de l'artisanat, pour occuper prioritairement les paysans qui quittent le secteur agricole.

4) Favoriser la décentralisation des activités des grandes villes, surtout de Kigali, vers les villes moyennes, les petites villes et les pôles de développement rural, pour éviter le monopole de l'emploi à Kigali et favoriser l'emploi non agricole en milieu rural et dans les petites villes.

5) Permettre le placement et la formation sur le tas de ces paysans, encourager les investisseurs à engager cette main-d'oeuvre non qualifiée par une exonération des taxes professionnelles et en leur permettant de payer une petite rémunération pendant la période d'apprentissage.

6) Le Gouvernement doit encourager les entreprises privées à investir dans le secteur agricole, notamment dans la valorisation des marais.

7) Les investissements actuellement réalisés dans les projets agricoles dont la rentabilité est souvent mise en doute, seraient réorientés pour la création d'emplois en milieu rural: petite industrie, formation pour les métiers non agricoles, création des petites entreprises artisanales et commerciales,...

8) Organiser des séances de formation pour les paysans des centres ruraux en d'autres activités non agricoles au niveau des CCDFP ou d'autres structures de formation.

Certains paysans connaissent d'autres métiers en dehors de l'agriculture. Il existe aussi un secteur informel qui occupe un certain nombre d'actifs dans les villes. L'absence d'organisation et d'information, et le manque d'argent empêchent ces connaissances d'être concrétisées sous forme d'emplois. Le rôle de l'Etat serait d'identifier tous ceux qui ont une certaine maîtrise d'un métier intéressant, de les former pour leur apprendre comment former les autres sur le tas, puis de les organiser dans les centres ruraux en leur fournissant le matériel de départ. L'Etat chercherait à orienter ces formations pour des emplois visant la fabrication d'objets remplaçant les importations. Pour les services (comme les mécaniciens, réparateurs, pompistes, chauffeurs,...), l'Etat pourrait soutenir ce secteur en étant leur client. La meilleure façon d'assurer le suivi et la bonne gestion de toutes ces activités est de désigner sur place des responsables chargés de conseiller et de contrôler.

9) Disponibiliser les études des projets susceptibles d'être développés en milieu rural.

10) Sensibiliser les couples sur la nécessité d'avoir peu d'enfants.

5.12. LA PROMOTION DE LA FEMME

5.12.1. Intérêt du secteur

La femme rwandaise a toujours su admirablement jouer son rôle de reproductrice et d'éducatrice dans la société rwandaise. L'aptitude de la femme à jouer pleinement ces rôles reste un puissant moteur pour un développement harmonieux de la famille rwandaise.

Le comportement de la femme rwandaise face à la fécondité jouera à l'avenir, un rôle clé dans la résolution du problème démographique du pays. "Elle est reproductrice et éducatrice des générations futures". Elle est appelée ainsi à jouer un rôle crucial dans la promotion de la planification familiale, comme la planification familiale jouera un rôle crucial dans la promotion et l'épanouissement de la femme rwandaise.

L'aile féminine du MRND s'organise. Des associations telles que URAMA, DUTERIMBERE et les groupements socio-économiques des femmes devrait intégrer dans leurs actions de promotion de la condition féminine, la promotion de la planification familiale comme composante essentielle du bien-être familial et individuel de la femme rwandaise.

L'amélioration du statut de la femme devrait donc être envisagée comme une approche stratégique à la réduction de la fécondité et partant au problème socio-démographique que connaît le pays.

Les études existantes montrent des interrelations entre la condition sociale, culturelle et économique de la femme d'une part et son attitude et comportement vis-à-vis de la fécondité d'autre part.

Les femmes les plus instruites, ne travaillant pas dans l'agriculture, sont les plus conscientes des problèmes liés à la croissance trop rapide de la population et les plus susceptibles de réduire rapidement leur fécondité en utilisant les méthodes contraceptives.

En plus de l'éducation et de la formation, les améliorations de la condition de la femme dans d'autres domaines, notamment le juridique, sont indispensables pour exercer une influence sur sa fécondité. Cela exige que des modifications soient apportées aux lois et règlements existants et que leur application soit respectée. Les réformes de la législation dans ce sens peuvent intervenir dans les pratiques d'emploi et de travail, l'éducation, les droits politiques et civils, le mariage et de la femme.

5.12.2. Problèmes identifiés

- Ignorance et bas niveau d'instruction;
- Manque de temps lié à la surcharge dans le ménage et résultant notamment de la mauvaise répartition des tâches au niveau des membres du ménage;
- Non participation à la prise de décision en matière de gestion du niveau familial;
- Dispositions légales (coutumières et écrites) discriminatoires à l'égard des femmes (ex: droit à l'héritage)
- Marginalisation des mères-célibataires et amplification du phénomène;
- Insuffisance du nombre des femmes aux postes de responsabilité;
- Résistance des femmes au changement de mentalité en matière de fécondité, et à leur propre émancipation;
- Manque d'études sur les raisons psycho-socio-culturelles à la base de la forte fécondité des femmes rwandaises.

Les stratégies ci-après devraient être appliquées en faveur de la femme à court, moyen et long terme afin de promouvoir sa contribution au développement et particulièrement à la réussite des politiques démographique et de population.

5.12.3. Actions à entreprendre

5.12.3.1. Encadrement politique et social de la femme pour le Développement et la planification familiale

L'ONAPO, l'URAMA, DUTERIMBERE et les groupements socio-économiques des femmes rwandaises devront formaliser un plan d'actions spécifique de mobilisation et d'encadrement de la femme rwandaise pour la planification familiale. Un séminaire national ONAPO-URAMA-DUTERIMBERE-groupements féminins pour élaborer ce plan d'actions en planification familiale en faveur de la femme rwandaise, sera organisé en 1990-1991.

5.12.3.2. Domaine de l'éducation et de la formation

- Enrayer l'analphabétisme
- Scolarisation primaire universelle
- relever le taux de scolarisation féminine dans le secondaire et le supérieur
- Au niveau secondaire, permettre l'accès des filles à toutes les filières pour accroître l'accessibilité aux divers emplois et à l'enseignement supérieur
- Développer la formation extrascolaire pour la femme
- Encourager la fréquentation par les femmes des structures de formation permanente
- Favoriser l'éducation de l'homme à la promotion de sa femme particulièrement à travers la promotion de l'éducation pour la vie familiale à tous les niveaux d'éducation
- Renforcer la sensibilisation de la femme à la réduction de la fécondité
- Sensibiliser les femmes à avoir confiance en elles-même et en

leurs consocieurs

5.12.3.3. Domaine économique

- Accroître l'accès des femmes à l'emploi hors du ménage par la formation à différents métiers
- Développer des emplois à haute intensité de main-d'oeuvre féminine tant en milieu urbain que rural
- Former et encadrer davantage la femme en matière d'agriculture
- Favoriser l'accès des femmes aux facteurs de production (outillage, intrants, crédit agricole, propriété...)
- Encourager les activités qui accroissent le revenu des femmes groupements féminins, artisanat, commerce, petit élevage...)
- Favoriser la disponibilité des femmes pour la production (technologies appropriées, planification familiale, crèches et garderies d'enfants, plus grande participation de l'homme aux travaux ménagers).

5.12.3.4. Domaine de la santé

- Augmenter l'accès aux soins de santé primaire et à la PMI/PF
- Alléger le travail physique de la femme par la promotion des technologies appropriées
- Améliorer la ration alimentaire et le revenu familial
- Promouvoir et encourager l'éducation nutritionnelle.

5.12.3.5. Domaine juridique et politique

- Enrayer les clauses discriminatoires de toutes les dispositions légales
- Veiller à la bonne application des dispositions légales en faveur de la femme
- Associer davantage les femmes dans le processus d'élaboration des lois intéressant la famille
- Accroître l'effectif des cadres féminins et proposer un quota par sexe lors des commissionnements.

5.12.3.6. Concernant les mères-célibataires

- Encadrer les mères-célibataires dans les structures d'emploi et de formation pour leur permettre de satisfaire à leurs besoins à et ceux de leurs enfants
- Responsabiliser les géniteurs des enfants nés hors du mariage pour leur prise en charge
- Encourager les mères célibataires à utiliser les méthodes de planification familiale
- Insister sur l'éducation, vie familiale des jeunes (en guise de prévention)
- Mettre tout en oeuvre pour éviter les grossesses non désirées (prévenir les cas dramatiques de suicide, fugue, avortement clandestin, abandon d'enfants, mauvaises conditions d'éducation des enfants...)
- Mener rapidement une recherche au niveau national sur le comportement sexuel des jeunes afin d'évaluer l'ampleur et les

consequences du phénomène des mères-célibataires.

5.12.3.7. Domaine de la recherche socio-démographique

- Initier les recherches sur les déterminants socio-démographiques de la fécondité et le statut de la femme.

6. Moyens humains, matériels et financiers nécessaires

La politique démographique et la politique de population telle qu'élaborées dans les parties précédentes constitue un tout. Les différents volets sont nécessaires et interdépendants pour sa réussite. En d'autres termes, cette dernière dépendra des actions menées par chaque intervenant dans le programme de population.

De manière générale, si l'ONAPO est le principal acteur de la politique démographique au sens restreint, cette dernière est élaborée de façon à inscrire l'exécution des différents programmes de préférence dans les structures habituelles des différents départements ayant pour la plupart participé à son élaboration. Il s'agit particulièrement :

- du Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement,
- du Conseil National de Développement,
- du Ministère de la Santé Publique,
- du Ministère du Plan,
- du Ministère de l'Intérieur et du Développement Communal,
- du Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire,
- du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique,
- du Ministère de la Jeunesse et du Mouvement Associatif,
- du Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et des Forêts,
- du Ministère de la Justice,
- du Ministère de la Fonction Publique et de la Formation Professionnelle,
- du Ministère du Commerce et de la Consommation,
- du Ministère de l'Industrie et de l'Artisanat,
- de l'URAMA,
- de la CESTRAR,
- de l'Association Rwandaise pour le Bien-Être Familial (ARBEF),
- du Service National d'Action Familiale (SNAF),
- de l'Association des Musulmans au Rwanda (AMUR),
- du Conseil Protestant au Rwanda,
- de l'Église Catholique, et
- de l'Office Rwandais d'Information (ORINFOR).

Quant aux différentes composantes de la politique de population au sens large, elles sont par définition gérées par ces institutions mentionnées sur cette liste, ainsi que par d'autres institutions publiques et privées et ONG non citées.

Cette stratégie d'intégration dans les structures existantes est avantageuse à maints égards. D'une part, elle tient compte des moyens limités du pays en ne multipliant pas nécessairement beaucoup plus de ressources matérielles et humaines que par le passé pour l'exécution des différents programmes. D'autre part, l'intégration évite de subordonner à outrance la mise en oeuvre de la politique à cette mobilisation.

En effet, plus que des ressources supplémentaires, c'est ~~d'avantage l'engagement politique que cette stratégie exige~~. Comme cela a été à maintes reprises souligné, ces politiques impliquent les différents secteurs de la vie socio-économique. Autrement dit, il s'avère primordial que les efforts de tout un chacun soient conjugués dans la mise en oeuvre de cette politique.

De façon concrète, le Gouvernement devrait:

- intégrer la politique démographique et la politique de population dans la planification des différents secteurs intervenant directement dans le programme et dans le IVème Plan de développement économique, social et culturel.

- mettre à disposition des facilités institutionnelles et techniques pour le développement des programmes exigés pour la réalisation de cette politique de population.

- Faire participer activement les autres institutions publiques intervenant dans la réalisation et la gestion des systèmes et programmes déjà mis en place, tels que:

- . le système de production agricole,
- . le système de santé publique,
- . le système d'enseignement,
- . le système de formation permanente,
- . le système d'encadrement politique par le MRND,
- . le système d'encadrement de la jeunesse et des mouvements coopératifs,
- . le système d'information et de communication,
- . etc...

6.1. Moyens humains

Le Gouvernement devra continuer plus que par le passé de veiller à l'affectation d'un personnel qualifié et en quantité suffisante à tous les intervenants dans ce programme.

Le Gouvernement Rwandais devra se préoccuper de renforcer le personnel de terrain en place, en particulier au niveau du service de santé, pour répondre au rythme d'intégration des activités de population dans chaque unité socio-éducative et sanitaire et à la demande croissante de la population ayant recours à ces services.

Mais il faut noter que des moyens humains existent déjà dans les différents départements impliqués. Le souci du Gouvernement sera alors et surtout de perfectionner ce personnel et de le rendre apte à opérationnaliser les programmes mentionnés dans cette politique de population. Nul ne peut en effet ignorer que le domaine de la planification familiale, axe principal de cette politique de population, reste nouveau au Rwanda. Ce qui signifie qu'il faudra absolument continuer à former et recycler le personnel nécessaire à la réalisation des différents programmes, et surtout poursuivre la sensibilisation. Ceci signifie que les coûts de formation seront importants. De mêmes, si la population adhère massivement à ces programmes, il faudra prévoir des moyens conséquents nécessaires à l'augmentation de l'offre de services de PF et renforcer le système de santé en conséquence.

6.2. Moyens matériels et financiers

Il faut noter que la plupart des actions identifiées ne sont pas des activités nouvelles, ils existent déjà dans les différents départements avec leur budget habituel (les actions relatives par exemple à la vulgarisation agricole existent déjà et ne nécessiteront pas un budget supplémentaire). Nous avons voulu seulement relever dans ce document les actions qui ont trait au problème de population et qui doivent, une fois conjuguées, contribuer à le résoudre.

Cependant, pour des actions nécessitant impérativement des moyens matériels et financiers supplémentaires, comme par exemple celles attribuées à l'ONAPO et au département de la Santé (équipements et infrastructures nouveaux, médicaments à acheter, études à réaliser,...), au département de l'Agriculture ou au département de l'Intérieur et du Développement Communal (renforcement des CCDFP), des moyens existant doivent être renforcés, en recourant dans la mesure du possible au budget ordinaire attribué aux différents départements, mais également aux différents bailleurs de fonds.

Des sa création et jusqu'à 1987, l'ONAPO a pu remplir ses missions grâce aux subventions du Gouvernement, aux aides substantielles des pays et organismes extérieurs. Avec ces ressources, l'Office a pu démarrer les travaux, enclancher une dynamique en matière de politique démographique qu'il est nécessaire de consolider et même d'étendre. L'évolution des ressources financières allouées à l'ONAPO montre que depuis 1981, toutes ses activités ont été en grande partie supportées par l'aide extérieure qui a connu une croissance importante. Quant aux interventions du Gouvernement, elles ont connu une tendance à la stagnation. Certes, il faudra continuer à faire appel aux bailleurs de fonds, mais il est à recommander qu'on puisse inverser la proportion relative de la provenance extérieure des ressources pour refléter le fait que le problème démographique est d'abord un souci et une préoccupation nationale. Autrement, la précarité des aides extérieures rendrait incertaines les perspectives de financement des programmes démographiques si les efforts internes ne

sont pas assurés.

6.3. La coopération internationale

Elle s'avérera toujours nécessaire pour cette politique de population, mais elle devra intervenir surtout dans l'augmentation de la production (agricole), le renforcement des structures sanitaires (équipements, infrastructures, contraceptifs,...) et le renforcement des services de l'ONAPO.

6.4. Le secteur privé et les ONG

Il faut dès à présent que le secteur privé soit également immobilisé pour la politique de population. Ce secteur dispose également d'un potentiel non négligeable de moyens humains et surtout matériels et financiers.

Il faudra donc continuer d'encourager la création des ONG et l'intégration des activités de population et de planification familiale dans leurs programmes. Mais il faudra surtout que le secteur privé et les ONG puissent intervenir surtout là où des moyens supplémentaires sont exigés (ONAPO, Santé, Agriculture, CCDFP).

CONCLUSION

L'enseignement qui nous semble le plus pertinent à tirer est que la densité exceptionnelle de la population du Rwanda et son augmentation numérique, constitue le problème le plus angoissant de ce pays, problème qui n'apparaît dans toute son ampleur que si, à des chiffres de population, on rapproche ceux qui traduisent la surcharge sur les terres et leur productivité insuffisante, sur les conditions nutritionnelles et sanitaires de la population.

Les chiffres de cette surcharge indiquent quel est le problème et la nécessité d'y apporter tout le poids de notre effort : assurer l'existence d'une population déjà trop nombreuse et qui croît rapidement sur des terres limitées que l'érosion rétrécit...

Cette réalité s'impose comme impératif à tous les responsables et à la population du Rwanda, chacun dans son domaine, et invite à répondre au plus vite à la nécessité d'augmenter la production et de contrôler la croissance démographique.

La politique démographique et la politique de population et le plan d'actions proposés, constituent un tout dont les différents volets sont nécessaires et interdépendants. Ils doivent être développés ensemble pour créer les conditions optimales à une adhésion massive de la population à la PF. La réussite de la PF dépendra en quelque sorte, des actions à mener par chaque intervenant dans le programme de population. De manière générale,

même si l'ONAPO est expressément nommé comme acteur principal de la politique démographique, il reste vrai que la politique de population du Rwanda est proposée de manière à inscrire l'exécution des différents programmes identifiés de préférence dans les structures opérationnelles habituelles des différents départements et services nationaux.

Cette stratégie d'intégration dans les structures existantes est avantageuse à maints égards. D'une part, elle tient compte des moyens limités du pays en ne multipliant pas nécessairement beaucoup plus de ressources matérielles et humaines que par le passé pour l'exécution des différents programmes. D'autre part, l'intégration évite de subordonner à outrance la mise en oeuvre de la politique à cette mobilisation.

En effet, plus que des ressources supplémentaires, c'est davantage l'engagement politique que cette stratégie exige. Comme cela a été à maintes reprises souligné, ces politiques impliquent les différents secteurs de la vie socio-économique. Autrement dit, il s'avère primordial que les efforts de tout un chacun soient conjugués dans la mise en oeuvre de cette politique.

Il est de la plus haute importance que dès le départ, cette politique de population ne soit pas perçue uniquement comme celle de l'ONAPO, mais comme la responsabilité de toute la nation. Chaque département, service, individu et famille, confessions religieuses, organisme... doit la faire sienne et mettre en oeuvre la partie de cette politique sur laquelle son secteur peut avoir une action efficace, de manière à faire converger les efforts dans une sorte d'élan de solidarité nationale, pour donner une réponse sûre au problème démographique du Rwanda. De cette prise de conscience et de cet élan de solidarité nationale, dépendra la réussite ou l'échec de la politique de population proposée.

Cette politique de population proposée insiste sur le fait que la solution recherchée au problème démographique rwandais ne saurait être valablement trouvée dans l'addition de mesures ponctuelles, prises par à coups quand survient telle ou telle catastrophe. Elle préconise par contre d'opérer à travers une vision d'ensemble cohérente, recherchant une situation d'équilibre durable entre la population et les ressources.

L'intégration de la variable population dans les plans de développement économique, social et culturel, devrait devenir donc de plus en plus effective. Plus particulièrement, à partir du IV^{ème} Plan national de développement et les plans de développement communaux en cours d'élaboration, il doit se manifester un intérêt accru d'adopter des stratégies et politiques sectorielles susceptibles d'influer à la fois sur le ralentissement de la croissance démographique et sur le développement socio-économique.

En dernière analyse, une décroissance rapide de la fécondité générale dans le pays, s'impose comme une condition obligatoire permissive de la réalisation à terme de l'équilibre

entre la population et les ressources. Un vigoureux programme de planification familiale (PF) doit être promu et appuyé avec efficacité. Une famille idéale de 4 enfants en l'an 2000 est l'objectif ultime à réaliser.

La mise en oeuvre de cet objectif de 4 enfants au plus en l'an 2000 nécessite un appui politique très ferme et des mesures d'accompagnement très engagées visant à assurer un encadrement politique, administratif et social optimal au programme de population et de planification familiale.

La politique d'offre des services de contraception ne devrait pas répondre à la seule demande d'espacement des naissances, mais doit être une politique de planification familiale, c'est-à-dire une politique répondant à toutes les demandes de maîtrise de la fécondité :

- contraception d'arrêt,
- contraception d'espacement,
- contraception de parenté responsable.

Le renforcement de la fourniture des services de PF nécessite d'abord que soit maximisée la promotion de ces services à travers le système de santé (tout le système...) et que soient développées ensuite des stratégies d'offre de service hors circuit médical, là où c'est possible. Il importe donc au plus haut point que soient prises des mesures concrètes pour appliquer et sans retard, la directive ministérielle n°779 du 3 Mars 1988 relative à la promotion des services de PF dans les systèmes de santé, afin de rendre rapidement ces services accessibles à la population.

Un vaste programme d'Information, Education et Communication (IEC) orienté en particulier vers la base (au niveau de la commune, secteur et cellule...) doit être promu et appuyé en vue d'obtenir l'adhésion massive de la population à la PF.

Dans ce contexte, une redynamisation du programme d'éducation nationale devra permettre une scolarisation massive des enfants au niveau primaire et secondaire afin de les initier aux métiers; et la dispensation d'une éducation profonde de la jeunesse, Rwanda de demain, à la parenté responsable et à la maîtrise des problèmes démographiques.

* * * * *