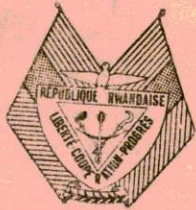
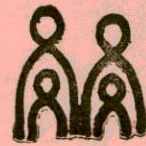


REPUBLIQUE RWANDAISE



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DU MOUVEMENT COOPÉRATIF

Conseil Scientifique Consultatif pour
les Problèmes Socio - Démographiques (C. S. C.)
B P. 60 KIGALI



The Pathfinder Fund
pathways in population planning

**Séminaire Intéafricain sur la Protection Maternelle
et Infantile et la Planification Familiale**

~~KIGALI, 16 - 21 Octobre 1979~~

KIGALI, 16 - 21 Octobre 1978

SEMINAIRE INTERAFRICAIN SUR LA PROTECTION MATERNELLE
ET INFANTILE ET LA PLANIFICATION FAMILIALE
KIGALI, 16 - 21 OCTOBRE 1978.

Sous le haut patronage du Ministre des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, Son Excellence Monsieur HABANABAKIZE Thomas et du Ministre de la Santé Publique, Son Excellence le Docteur MUSAFILI Ildephense.

En collaboration avec le Pathfinder Fund, Organisme américain de Planification Familiale.

Sous la présidence de Madame HABIMANA NYIRASAFARI Gaudence Secrétaire Général au Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, Présidente du Conseil Scientifique Consultatif et Membre du Comité Central du Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement.

=====

TABLE DE MATIERES

Ière Partie:

1. Avant-propos
2. Ordre du jour
3. Discours d'ouverture:
 - Discours prononcé par Son Excellence le Docteur MUSAFILI Ildephonse, Ministre de la Santé Publique
 - Discours prononcé par le Docteur MARASHA MARASHA, Représentant du Pathfinder Fund pour l'Afrique sub-saharienne
 - Discours prononcé par Son Excellence Monsieur HABANABAKIZE Thomas, Ministre des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif.

IIème Partie: Population et Développement, le Concept de la planification familiale, l'Eglise et la planification familiale

1. Population et Développement par NIYIBIZI Silas
2. Le concept de planification familiale par le Docteur UWIMANA Alphonse
3. L'Eglise et la planification familiale:
 - A -Message de Son Excellence Monseigneur E. MILINGO, Archevêque de Lusaka - Zambie
 - B -Exposés des Représentantes de Son Excellence Monseigneur E. MILINGO, Mmes Mary KAONA et Prisca MOLOTSI
 - C -Exposé du Révérend Père Dr. Henri HOSER, Représentant de Monseigneur NSENGIYUMVA Vincent, Archevêque de Kigali.

IIIème partie: Expérience de quelques pays en matière de planification familiale et de protection maternelle et infantile

1. La formation du personnel de planification familiale, expérience tanzanienne par Mme Grace NTWALI
2. La santé maternelle et infantile en Tanzanie par Mme Monica J. SOZIGWA
3. L'organisation de la Protection maternelle et infantile/planification familiale en Tanzanie par Mme Monica J. SOZIGWA
4. Intégration de la planification familiale dans les services de planification maternelle et infantile au Zaïre par le Docteur SABWA MATANDA
5. Intégration de la planification familiale dans les services de protection maternelle et infantile au Zaïre par Monsieur MUNDERE SEBUNTU
6. L'organisation des services de protection maternelle et infantile et de planification familiale, expérience de l'Ile Maurice par le Docteur H. BISSOONAUTH
7. Le programme de protection maternelle et infantile et de planification familiale au Kenya par Mme Angela W. GETHI
8. Quelques données concernant la protection maternelle et infantile et la planification familiale en République Démocratique Malagasy par le Docteur RAKOTOUAO
9. Communication du Représentant de l'U.I.O.F. par Monsieur Maurice ARFEUX
10. Communication du Burundi par Monsieur Ignace MAGEREGERE
11. La politique tunisienne en matière de la population par Monsieur Hedi GRIQUI
12. La protection maternelle et infantile par le Docteur RUSHINGABIGWI Aloys.

.../...

IVème partie: Méthodes contraceptives

1. La tradition et les méthodes contraceptives par le Docteur KAGERUKA Martin
2. Différentes méthodes de contraception par le Dr. De Clercq André
3. La position de l'IPPF sur le Depo Provera présenté par le Docteur SABWA MATANDA

Vème partie: Rapport final

VIème partie: Discours de clôture

1. Allocution de la Présidente du Conseil Scientifique Consultatif pour les problèmes socio-démographiques, Secrétaire Général au Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif et Membre du Comité Central du M.R.N.D., Madame HABIMANA NYIRASAFARI Gaudence
2. Allocution du Docteur MARASHA MARASHA
3. Allocution du Docteur MUSAFILI Ildephonse, Ministre de la Santé Publique
4. Allocution du Ministre des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, Monsieur HABANABAKIZE Thomas.

ANNEXES: I, II, III

AVANT-PROPOS

Le premier Séminaire Interafricain sur la Protection Maternelle et Infantile et la Planification familiale s'est tenu à Kigali - Rwanda du 16 au 21 octobre 1978. Il réunissait un groupe de spécialistes dans différentes disciplines provenant des pays africains francophones et anglophones.

* Les participants rwandais étaient pour la plupart des médecins et des sociologues, les membres du Conseil Scientifique Consultatif pour les problèmes socio-démographiques (C.S.C.) institué en 1974 pour étudier les questions relatives à la population et à la planification familiale au Rwanda.

Le but principal de ce séminaire était de permettre un échange d'idées et d'expériences entre des agents médicaux et sociaux œuvrant dans le cadre des services de protection Maternelle et Infantile et de planification familiale. En ce qui concerne le Rwanda, les résultats de ce séminaire permettront aux services compétents de mettre au point le programme d'intégration de la planification familiale dans les centres socio-sanitaires du pays dans le cadre d'une politique globale de population.

Pour faciliter la lecture et la compréhension de ce rapport, l'ordre chronologique des discours et exposés a été plus ou moins respecté et la rédaction a essayé de grouper ces exposés suivant l'ordre thématique.

Les recommandations et les résolutions adoptées par les participants au séminaire ont été reprises intégralement dans ce rapport.

Enfin, la liste des participants y est annexée.

ORDRE DU JOUR

Lundi 16 octobre 1978:

10 à 12 heures

Discours d'ouverture par:

1. Le Ministre de la Santé Publique, Son Excellence le Docteur MUSAFILI Ildephonse
2. Le Représentant régional du Pathfinder Fund, le Docteur MARASHA MARASHA
3. Le Ministre des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, Son Excellence Monsieur HABANABAKIZE Thomas.

14 à 17 heures

Président: Rwanda. Mme HABIMANA NYIRASAFARI Gaudence, Présidente du Conseil Scientifique Consultatif pour les problèmes socio-démographiques, Secrétaire Général au Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif et Membre du Comité Central du M.R.N.D.

Rapporteur: Zaïre. Dr. SABWA MATANDA, Responsable régional de la section médicale de l'IPPF pour l'Afrique.

Thème: Population et Développement au Rwanda et en Afrique.

Conférencier: Rwanda-Mr. NIYIBIZI Silas, Démographe-Directeur du Bureau National de Recensement.

Mardi 17 octobre 1978:

08 à 12 heures

Président: Gambie - Mr. Taylor Thomas, Sociologue, Secrétaire Exécutif de l'Association de Planning familial de Gambie.

Rapporteur: Ile Maurice - Dr. BISSOONAUTH, médecin-Responsable régional de la Santé Publique.

Thèmes: 1° Le concept de la planification familiale
(2°) L'Eglise et la planification familiale.

Conférenciers: 1° Rwanda - Dr. UWIMANA Alphonse médecin au Centre hospitalier de Kigali.

(2°) Zambie - Les Représentantes de Monseigneur E. MILINGO, Archevêque de Lusaka; Mmes Mary Kaona et Prisca Molotsi, travailleuses sociales.

(2°) Rwanda - Le Représentant de Monseigneur NSENGIYUMVA Vincent, Archevêque de Kigali Révérend Père Docteur Henri HOSER, médecin Directeur du Centre médico-social de GIKONDO.

14 à 17 heures

Président: Gambie - Mr. Taylor Thomas

Rapporteur: Ile Maurice - Dr. BISSOONAUTH

Thème: La formation du personnel de planification familiale et de protection maternelle et infantile;

Conférenciers: Tanzanie - Madame MTWALI,
Responsable de la Formation
d'UMATI, Expérience tanzanienne.
Tunisie - Mr. Hedi GRIQUI, Chef
de Division auprès de l'Office
National de Planification fami-
liale et de la population;
Expérience tunisienne.
Zambie - Madame Prisca Molotsi,
expérience Zambienne.

Mercredi 18 octobre 1978:

08 à 12 heures

Président: Uganda - Dr. Lwanga Charles, médecin
Département de Gynéco-obstétrique.

* Rapporteur: Tanzanie - Madame Monica J. Sozigwa
travailleuse sociale, Secrétaire
Exécutive d'UMATI

Thème: Organisation des services de protection
maternelle et infantile et de planifica-
tion familiale - Dr. SABWA MATANDA.

Conférenciers: Zaïre - Mr. MUNDERE SEBUNTU,
Sociologue, Président du Conseil
National des naissances désira-
bles - Chef de Section Dévelop-
pement à la base au CIDEF (UNAZA)
Expérience zaïroise.

Tanzanie - Madame Monica Sozigwa
Expérience tanzanienne.

Ile Maurice - Dr. BISSONAUTH
Expérience de l'Ile Maurice

Tunisie - Madame Hassiba Chedly,
membre du Bureau Exécutif de
l'Union Nationale des Femmes de
Tunisie - Directrice de la Clini-
que Beau-Séjour à Tunis; Expérien-
ce tunisienne.

Gambie - Taylor, Expérience
gambienne.

Kenya - Madam Angela Gethi,
Directrice Exécutive de l'As-
sociation de planification
familiale du Kenya. Expérience
Kenyane.

Madagascar: Dr. Rosette RAKOTOUAO
médecin de la Santé scolaire;
Expérience malgache.

14 à 17 heures

Président: Uganda: Dr. Lwanga Charles

Rapporteur: Madame Monica J. Sozigwa

Thème: Intégration de la planification familiale
dans d'autres services comme:

- la nutrition
- l'éducation sanitaire
- la protection maternelle et infantile
- les services sociaux
- le développement rural intégré

Conférenciers: Tunisie - Mr. Hedi Grioui

Rwanda - Dr. RUSHINGABIGWI A.
médecin à l'Hôpital de MUHORORO.

Jeudi 19 octobre 1978:

8 à 12 heures

Président: Tunisie - Mr. Hedi GRIQUI

Rapporteur: Kenya - Madame Angela Gethi

Thèmes: 1° Les méthodes contraceptives

2° Les traditions et les méthodes contraceptives.

Conférenciers: 1° Rwanda - Dr. De CLERCQ André,
Médecin Gynécologue à
l'hôpital de Kigali.

2° Rwanda - Dr. KAGERUKA Martin,
Médecin à l'hôpital
de BUTARE.

14 à 17 heures

Groupes de travail: Préparation des recommandations
et résolutions.

Vendredi 20 octobre 1978:

Président: Burundi - Mr. Ignace MAGEREGERE,
Anesthésiste des activités de
protection maternelle et infantile
et éducation sanitaire.

Rapporteur: Zaïre - Mr. MUNDERE SEBUNTU

08 à 12 heures

Groupes de travail: Préparation des recommandations
et résolutions.

14 à 17 heures

Séance plénière: Lecture et approbation des recom-
mandations et résolutions.

Samedi 21 octobre 1978:

Séance de Clôture

Allocutions de:

- La Présidente du Conseil Scientifique Consultatif pour les Problèmes Socio-démographiques, Membre du Comité Central du M.R.N.D. et Secrétaire Général au Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, Madame HABIMANA NYIRASAFARI Gaudence;
- Le Représentant du Pathfinder Fund pour l'Afrique Sub-saharienne Docteur MARASHA MARASHA;
- Le Ministre de la Santé Publique, Son Excellence Monsieur le Docteur MUSAFILI Ildephonse;
- Le Ministre des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, Son Excellence Monsieur HABANABAKIZE Thomas.

Réception.

12 heures

DISCOURS PRONONCE PAR SON EXCELLENCE LE DOCTEUR
MUSAFILI Ildephonse, MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
A L'OUVERTURE DU SEMINAIRE INTERAFRICAIN SUR " LA
PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE ET LA PLANIFICA-
TION FAMILIALE".

Kigali, le 16 octobre 1978

Excellences Membres du Comité Central du M.R.N.D.
Excellences Messieurs les Ministres,
Excellences Messieurs les Ambassadeurs,
Messieurs les Représentants des Organismes
Internationaux,
Distingués Participants,
Mesdames, Messieurs,

C'est pour moi un précieux devoir et un grand plaisir d'exprimer nos chaleureux voeux de bienvenue à tous les participants à ce Séminaire qui a pour but d'orienter les autorités sociales et sanitaires vers une organisation et une intégration rationnelle d'un programme de planification familiale dans les services de protection maternelle, compte tenu des objectifs de développement de nos pays respectifs.

Je me suis réjoui de voir que le thème de ce Séminaire Interafricain porte sur "la Protection Maternelle et Infantile et la Planification Familiale", l'un des domaines prioritaires de la santé publique spécialement dans nos pays en voie de développement.

Chers participants,

Persuadé que les conclusions qui se dégageront de vos travaux apporteront une contribution appréciable à l'amélioration de l'état de santé de nos populations en général et de celle de la mère et de l'enfant en particulier, je vous souhaite plein succès et un agréable séjour à Kigali, Capitale du "Beau Pays des Mille Collines".

Au nom de mes compatriotes et des responsables rwandais, je tiens à remercier d'une façon toute particulière le Pathfinder Fund qui a bien voulu accepter de s'associer financièrement à l'organisation de ce Séminaire.

Ma gratitude va également à tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué à la préparation de cette rencontre.

On ne peut discuter de la protection maternelle et infantile et la planification familiale, sans d'abord définir le concept de la famille. Les Nations-Unies en ont, en 1969, donné la définition suivante: "La famille est l'unité de base de la société et l'environnement naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres, en particulier les enfants et les jeunes; elle doit être aidée et protégée pour pouvoir assurer pleinement ses responsabilités au sein de la communauté".

Un regard rétrospectif nous montre que ce concept n'est pas nouveau pour les Africains.

En effet, en Afrique, même avant le contact avec la civilisation européenne, le problème de promouvoir le bien-être de la famille pour lui permettre d'assurer une croissance normale et un développement harmonieux de ses enfants s'était déjà posé. C'est ainsi que l'aspiration des couples à avoir une nombreuse progéniture était partagée par tous les membres de la "grande famille" qui vivaient regroupés autour du Chef clanique et qui contribuaient, sous différentes formes, à la socialisation de l'enfant, en vue de le préparer à ses responsabilités futures.

.../...

L'enfant étant considéré comme une garantie de la perpétuité de la famille un appui en cas de maladie, de détresse ou de vieillesse, sa valeur était fonction du sexe la plus apte à assurer cette mission sociale. C'est ainsi que le sexe masculin était pour certains préféré au sexe féminin.

Par ailleurs, le désir des parents de voir leurs enfants réaliser des ambitions qu'ils n'ont pu réaliser eux-mêmes se reflète dans les noms donnés aux enfants, dans les tâches leur assignées ainsi que dans certaines pratiques et rites y afférents, tels que le port d'amulettes en guise de garantir la virilité du garçon, la fécondité de la fille, les meilleures chances dans la vie, etc.. Ainsi donc, il ne s'agissait pas seulement d'avoir des enfants, mais des enfants éduqués et socialement valables; et il fallait en faire beaucoup pour qu'en cas de décès il y en ait qui restent.

Les enfants grandis, peu ou nombreux, leur avenir était aussi assuré par le partage du patrimoine familial. Ce qui n'est plus le cas actuellement. En effet, dix des vingt pays les moins développés du monde se trouve en Afrique; et l'Afrique qui renferme 10 % de la population mondiale avec un taux annuel d'accroissement de la population de 2,5 %, ne possède que 4 % de sa richesse. Dans la majorité des pays africains, le revenu annuel par habitant est inférieur à 50 dollars USA. Un grand nombre d'Africains, tient une maigre existence d'un sol épuisé et livré aux caprices du vent et de la pluie. Même dans les villes il existe de gros noyaux de pauvreté. La pauvreté aussi bien relative qu'absolue, est sans doute aujourd'hui l'obstacle majeur au développement africain. Mais la prise de conscience de notre situation et l'éveil de la conscience internationale doivent être pour nous une source d'espoir plutôt que de désespoir, surtout en ce moment où l'idée d'une distribution équitable de la richesse entre les nations et en leur sein est de plus en plus acceptée comme le but fondamental du développement socio-économique.

Eu égard à cet état de choses, le souci commun des africains d'avoir des enfants, de les éduquer et de les faire grandir convenablement, doit raviver la conscience des familles pour les avantages d'une fécondité planifiée, seule possibilité de s'acquitter honorablement leur double responsabilité: la procréation et sa perpétuité. C'est une responsabilité que les parents ont envers Dieu, envers la société et envers leurs enfants. Et pour que ces enfants aient toutes les chances de grandir et d'être heureux, une harmonisation doit être recherchée entre les ressources disponibles de la famille et le nombre d'enfants à en bénéficier.

Cette harmonisation familiale est conditionnée par tout le contexte de l'harmonisation sociale et économique du pays.

Plusieurs termes sont utilisés pour désigner cette harmonisation familiale, entre autres:

- Espacement des naissances
- Planning familial
- Contrôle de la population
- Croissance démographique planifiée, etc..

En ce qui concerne le Rwanda, "Espacement des naissances et Planning familial" rencontre le mieux nos mentalités: le premier, parce qu'espacement des naissances n'est pas arrêt des naissances, le second, parce qu'il implique à la fois "espacer les naissances, et favoriser les naissances pour les familles en besoin".

Les débats, parfois chauds, dans nos milieux intellectuels sur ces questions et le "comment faire ?" de nos populations sont un indicateur du souci constant des familles africaines, d'avoir des enfants dont on est capable d'assurer une éducation convenable.

Cette éducation étant en grande partie à charge de la mère, le père n'intervenant qu'en qualité de catalyseur indispensable, cette mère mérite une attention particulière tant pour la protection de sa santé qu'en ce qui concerne son statut social qui, en Afrique d'hier, était conditionné par sa grande fécondité.

Or, des naissances nombreuses compromettent la santé de la mère, sont nuisibles à la croissance normale et à l'éducation des enfants et mettent en danger l'équilibre économique et le bonheur de la famille.

En ce qui concerne la santé de la mère, des grossesses multiples épuisent les réserves physiologiques maternelles, surtout quand l'alimentation de la femme est insuffisante et non équilibrée, et quand les mères sont, en outre, astreintes à des travaux physiques durs.

Les accouchements à partir du cinquième enfant comportent un plus grand pourcentage de ruptures utérines et de placenta praevia que les accouchements antérieurs. C'est ainsi que, dans certaines maternités de notre pays, plus d'un tiers des accouchements concernent des femmes à leur cinquième enfant ou au-delà, avec la plus grande mortalité maternelle.

Ainsi donc, à cause de cette morbidité et de cette mortalité qui ne sont pas évitées à la mère, ou bien elle est trop faible pour s'occuper convenablement de ses enfants, ou bien elle meurt et abandonne des orphelins condamnés à affronter une vie misérable.

En ce qui concerne la santé de l'enfant, les naissances trop rapprochées ont également des effets nocifs sur la santé des enfants:

- premièrement, ceux-ci sont marasmiques à la naissance, ayant été portés par des mères chroniquement dénutries et insuffisamment rétablies de leurs grossesses et accouchements précédents.
- deuxièmement, quand une mère allaitante devient à nouveau enceinte, le lait diminue et se tarie, l'enfant, brusquement coupé du sein de sa mère, est aussitôt soumis au régime médiocre et indigeste de l'adulte, et à ce moment commence pour cet enfant la période critique du sevrage qui débute par la carence alimentaire.
- enfin à la naissance de l'enfant suivant, c'est ce nouveau-né qui retient toute l'attention de la mère et l'enfant précédent est, non seulement mal nourri, mais se sent abandonné et la carence effective ajoute alors ses effets néfastes à la carence alimentaire. Le résultat n'est que trop connu en Afrique; c'est le Kwashiorkor avec une mortalité élevée des enfants de 1 à 4 ans.

Il y a donc un énorme gaspillage de vie d'enfants, alors que chacun d'eux a coûté à ses parents et spécialement à sa mère des fatigues, des peines et des sacrifices financiers, le tout en pure perte, tous ces efforts se terminant par la mort de l'enfant.

L'espacement des naissances est incontestablement l'un des appoints positifs à cette protection de la mère et de son enfant car il permet à la mère d'une part, après chaque accouchement, de récupérer ses forces et ses réserves nutritionnelles et d'autre part, il rend possible la prolongation de l'allaitement maternelle qui assure à l'enfant une nourriture bien adaptée pendant une période plus longue, avec beaucoup de chances de survie, l'enfant étant plus restreint aux infections.

C'est donc par l'espacement des naissances, une alimentation de sevrage mieux adaptée et une meilleure protection sanitaire que nous pourrions réduire notablement la mortalité maternelle, la mortalité infantile et la mortalité des enfants de 1 à 4 ans.

La prise de conscience par les familles de cette possibilité de la diminution de la mortalité des mères et des enfants et la meilleure santé des enfants survivants aura pour résultat de les inciter à réduire les naissances autant qu'ils le désirent. Mais il faut en convenir, tout cela n'est possible que si la famille a accès à des services aptes à lui fournir aide et conseils en matière de fécondité, de surveillance de la grossesse, de puériculture, de diététique infantile et de protection sanitaire générale des mères et des enfants. C'est l'objet de ce Séminaire.

Ces services touchent ainsi directement les personnes qui sont en même temps les premières concernées par la planification familiale, et cela à des moments où elles sont particulièrement réceptives aux raisons médicales ou sociales qui justifient l'espacement des naissances (risques inhérents aux grossesses multiples, maladies et malnutrition des enfants, etc..). C'est donc dans ces services polyvalents que les femmes trouvent le personnel le plus apte techniquement et consciencieusement à leur donner des soins et des conseils pour tout ce qui touche à la santé des mères et des enfants et à qui elles feront le plus facilement confiance pour accepter des indications en matière de planification des naissances. C'est dans ces services que ces conseils doivent se donner avec la dignité qu'exigent le respect de la vie humaine et la discrétion que les femmes attachent à leur procréation.

À ce sujet, il me faut souligner ici qu'en ce qui concerne le Rwanda, l'orientation tracée dans le discours-programme du 1er août 1973 par le Père de la Nation, Son Excellence le Général-Major HABYALIMANA Juvénal, Président de la République, Président-Fondateur du Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement, est claire et précise. Je cite: "Quant aux problèmes posés par l'accroissement démographique du peuple rwandais, nous en sommes conscients, et ils devront retenir constamment notre sérieuse attention. Nous estimons cependant qu'une mise en garde est nécessaire pour ceux qui sont tentés d'appliquer des solutions hâtives, fruit d'une certaine littérature dont l'égoïsme de ses auteurs est à peine voilé. La solution que nous recherchons est une solution qui soit rwandaise, compte tenu de nos mentalités, de nos valeurs morales, de notre culture, de nos possibilités et de la solidarité humaine". Fin de citation.

Du point de vue opérationnel, la planification familiale pour l'ensemble de la population est nécessaire, et pour qu'elle exerce une influence sur l'évolution démographique, il faut créer les structures permettant de mettre les services appropriés à sa disposition, et cela dans un contexte de protection socio-sanitaire globale et sous une forme acceptable par la population, en ayant toujours présent à l'esprit qu'en aucun cas le planning familial ne saurait remplacer les efforts nécessaires, notamment pour arriver à une distribution plus équitable du revenu national.

Je vous remercie.

=====

DISCOURS D'OUVERTURE DU SEMINAIRE INTERAFRICAIN SUR
LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE ET LA PLANI-
FICATION FAMILIALE TENU A KIGALI DU 16 AU 21 OCT.78

par le Dr. MARASHA MARASHA,
Représentant du Pathfinder Fund pour la Région
Sub-Saharienne. (Traduit de l'Anglais)

Mesdames, Messieurs,

Permettez-moi de transmettre à vous tous présents à cette importante conférence mes cordiales salutations ainsi que les vœux de succès du Pathfinder Fund.

Mes chaleureuses félicitations et ma sincère reconnaissance s'adressent au Gouvernement et au Peuple Rwandais qui ont non seulement mis à notre disposition tous ces services bien organisés, mais nous ont également guidés et encouragés constamment durant toute la période de conception et de préparation de cette rencontre.

Tout au long de ses 21 ans d'existence, le Pathfinder Fund n'a cessé de défendre et d'appliquer dans l'action ses principes philanthropiques en prêtant assistance conformément aux besoins et aux projets des pays en voie de développement, ceci dans le but d'améliorer les conditions de vie de la population sur la base de la protection maternelle et infantile et de la régulation de la population.

Nous avons été très honorés de pouvoir patronner cette conférence et en même temps nous apprécions hautement le concours que le Gouvernement Rwandais nous a apporté à travers les Ministères des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif et de la Santé Publique.

Nous ne doutons pas que cette conférence soit l'occasion d'importants débats et que les résolutions qui seront prises ici puissent servir de guide et de stimulant à l'adoption et à la mise en pratique de mesures et de programmes efficaces de planification familiale et de protection maternelle et infantile au Rwanda et dans les autres pays d'Afrique Sub-saharienne.

Le Rwanda peut être un pays géographiquement petit mais ses réalisations pourront servir d'exemple édifiant. Nous croyons que cet exemple sera comme une lumière qui éclairera toute l'Afrique Sub-saharienne pour guider sur le chemin qui mène au développement de la population grâce aux mesures de planification familiale et de protection maternelle et infantile.

Monsieur le Président, il est superflu d'insister sur le fait que la santé des mères et des enfants est le fondement de la construction de nations stables et prospères qui est la légitime aspiration des nations modernes y compris celles de l'Afrique sub-saharienne.

Le Concept de protection maternelle et infantile et de planification familiale a subi lui-même une profonde évolution. Il signifie seulement la notion restreinte de contrôle ou de limitation des naissances, mais également un élément indispensable de toute stratégie réaliste du bien-être de la population.

Le Pathfinder Fund est engagé notamment dans des projets de collecte des données démographiques et d'observation. Ces Projets permettent aux Gouvernements d'élaborer leurs plans de développement national, d'allouer convenablement leurs ressources et de maintenir la croissance démographique dans les limites comptables avec l'intérêt de tous.

Le mouvement de l'émancipation de la femme, pour plus de participation à la vie sociale a imposé l'idée du droit de la femme d'être informée des problèmes relatifs à son rôle de mère. Certains de nos projets visent donc à sensibiliser les femmes sur l'étroite relation existant entre la mortalité infantile élevée et la morbidité maternelle d'une part, et les grossesses fréquentes d'autre part. Cette prise de conscience pousse à l'espacement et non à la suppression des naissances en vue d'assurer les besoins de santé, d'alimentation et d'éducation de la famille pour un avenir meilleur.

Permettez-moi de souligner qu'il n'y a pas de contradiction entre la planification familiale et le développement national, cela est en effet au centre de notre campagne dans les pays en voie de développement. Nous reconnaissons que dans le monde actuel et futur, le besoin du développement national est inséparable de l'action pour un développement total et général.

Lors de ses réunions, la Conférence Mondiale sur la Population tenue à Bucarest, Roumanie en 1974 a révélé de criants clivages de points de vue entre pays riches et pays pauvres en matière de planification de la population. Néanmoins depuis sa conclusion et comme la controverse s'est apaisée, cette conférence a donné une grande impulsion à la volonté des pays développés aussi bien qu'en voie de développement de progresser sur la voie de la protection maternelle et infantile et de planification familiale.

Aujourd'hui, plus de 39 pays sur les 43 que compte l'Afrique sub-saharienne sont engagés dans les programmes nationaux de protection maternelle et infantile et de planification familiale, et le Pathfinder Fund est heureux d'apporter son aide là où on le lui demande.

Nous n'imposons pas nos vues sur la manière de laquelle nous pouvons intervenir dans les campagnes de population dans les pays de l'Afrique sub-saharienne. Nous observons la règle stricte d'intervenir dans le cas où les priorités et les programmes nationaux ont été définis par les responsables des pays concernés eux-mêmes. Nous sommes là pour aider et non pour imposer des politiques qu'il appartient aux pays de formuler eux-mêmes en tenant compte de leurs situations concrètes.

J'ai le plaisir, Monsieur le Président, d'exprimer ma grande satisfaction de voir organiser cette conférence et de souhaiter aux participants le plus grand succès dans ces discussions et dans l'étape ultérieure lorsqu'il s'agira de mettre en exécution leurs observations et leurs résolutions.

Je vous remercie.

=====

DISCOURS D'OUVERTURE DU SEMINAIRE SUR LA PROTECTION MATER-
NELLE ET INFANTILE ET LA PLANIFICATION FAMILIALE DU 16 AU
21 OCTOBRE 1978, PAR LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET
DU MOUVEMENT COOPERATIF

Distingués Membres du Comité Central du M.R.N.D.,
Excellences Messieurs les Ministres,
Excellences Messieurs les Archevêques,
Excellences Messieurs les Représentants Internationaux,
des pays amis et des Organismes Internationaux,
Honorables Délégués,
Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,
Militantes, Militants du M.R.N.D.,

Il m'est particulièrement agréable de vous accueillir
ici à Kigali et de vous souhaiter, au Nom du peuple rwandais et au Nom du
Président de la République Rwandaise, Président-Fondateur du Mouvement
Révolutionnaire National pour le Développement la bienvenue en terre rwan-
daise.

Je voudrais également au nom de tous mes collaborateurs
et en mon nom personnel vous exprimer ma gratitude pour l'intérêt que vous
avez manifesté en répondant favorablement à l'invitation que je vous ai
faite, mais également pour les travaux de préparation et de recherche que
vous aurez à exposer au cours de cette rencontre; des échanges qui en décou-
leront, j'en suis convaincu, seront très enrichissants pour les uns et pour
les autres.

Vous saurez, Excellences, Mesdames, Mesdemoiselles,
Messieurs, l'extrême importance que le Rwanda attache à l'étude du pro-
blème démographique qui nous rassemble ici, afin d'en dégager les solutions
les mieux appropriées. Au Rwanda comme dans plusieurs autres pays en voie
de développement, l'intégration de la planification familiale dans les ser-
vices de santé est une conception récente qu'il faut aborder avec beaucoup
d'objectivité mais aussi avec beaucoup de prudence. Ainsi, je remercie très
sincèrement le Pathfinder Fund qui nous a prêté son concours dans l'organi-
sation de ce séminaire réunissant des personnalités de compétences, riches
d'expérience et de savoir, et tous, venant des différents pays africains.

Ce séminaire va vous permettre de confronter vos
expériences et cela dans le but de nous aider à résoudre ce problème cru-
cial qui handicape le développement de bien de pays africains en général
et du Rwanda en particulier.

Je n'ai pas la prétention, Excellences, Mesdames,
Mesdemoiselles, Messieurs, de vous faire un long exposé sur le sujet qui
nous occupe car vous le ferez mieux que moi au cours des divers débats qui
vont suivre...

.../...

Je voudrais toutefois situer rapidement le problème démographique dans le contexte politique et socio-économique du Rwanda.

Dès l'accession de notre pays à l'indépendance, les dirigeants rwandais ont pris conscience de la gravité d'une poussée démographique relativement importante. En effet en 1940, la population rwandaise était de 1.913.000, en 1944, elle a perdu plus de 400.000 de ses effectifs, elle est tombée à 1.513.000 à la suite de la grande famine "RUZAGAYURA", de 1945 à 1960, la population est passée à 2.694.990 augmentant ainsi de 1.171.990 sur une période de 15 ans alors qu'elle avait mis des siècles pour atteindre 1.913.000 âmes. En 1970, la population rwandaise avait atteint 3.735.585 augmentant de 1.040.595 personnes sur une période de 10 ans. Enfin, on estime que d'ici 2 ans, c'est-à-dire en 1980, la population rwandaise atteindra 6.000.000, augmentant de 2.264.415 dans un intervalle de 10 ans.

Cette montée vertigineuse de notre population est sans doute liée aux progrès de la médecine et de l'hygiène qui ont contribué à la lutte contre les maladies endémo-épidémiques qui, autrefois, étaient l'une des causes d'une mortalité très élevée. Cet accroissement rapide de notre population s'accompagne d'une forte densité de la population, d'une diminution de la qualité du sol. Quantitativement, chaque famille dispose en général d'un lopin de terre de moins d'un hectare ou de quelques ares dans certaines régions, alors qu'une famille devrait disposer au moins de 2 hectares pour subvenir aux besoins les plus élémentaires. Quantitativement, l'étranglement des exploitations familiales accélère l'épuisement des sols par la succession de différentes récoltes non alternées de jachère.

Les difficultés éprouvées par la population pour se procurer des engrais naturels et pour appliquer des mesures de lutte anti-érosive aggravent le problème de dégradation des sols. Le type d'habitat dispersé au Rwanda rend complexe cette situation car le morcellement des terres constitue un grand obstacle à la modernisation et à l'installation des infrastructures communautaires. Il va sans dire que ce problème de rareté des terres cultivables et le manque d'emploi non agricole font que les familles n'arrivent plus à couvrir les besoins de base de leurs enfants en ville comme à la campagne et accélèrent le processus de l'exode rural des jeunes et même des adultes. D'autres problèmes se constatent au niveau éducationnel, sur le plan sanitaire et nutritionnel, sur le marché du travail, au niveau de l'habitat....

Concernant l'éducation et l'enseignement, nous constatons chaque année que le nombre d'écoliers devant s'inscrire dans les écoles va toujours croissant mais que malheureusement les infrastructures scolaires restent insuffisantes.

Sur le plan sanitaire et nutritionnel: La poussée démographique entraîne les besoins de plus en plus croissants en matière de santé, besoins qui ne peuvent être satisfaits par une infrastructure médicale encore limitée.

Par ailleurs la malnutrition reste un problème préoccupant pour la population, en particulier pour les enfants en bas âge et leurs mères.

Au niveau de l'habitat, l'exode rural accentue la pénurie de logement dans le milieu urbain et complique encore le problème d'hygiène de l'environnement. Enfin au niveau de l'emploi, à cause du retard du développement économique sur l'accroissement démographique, le marché du travail ne parvient pas à satisfaire la demande d'emploi de plus en plus élevé. Cette situation du chômage et du manque de revenu engendre des fléaux sociaux tels que le banditisme, la prostitution et le parasitisme social.

Consciente de cette situation démographique, les autorités rwandaises ne cessent de manifester la volonté de faire face à ce problème.

En effet, dès l'avènement de la 2ème République, ce problème socio-démographique a vite attiré l'attention des autorités. C'est ainsi que dans son discours-programme du 1er août 1973, le Président de la République Rwandaise souligne que; je cite: "Les problèmes de notre pays restent la pauvreté de notre sol et de notre sous-sol, l'explosion démographique de nos populations... "Quand aux problèmes posés par l'accroissement démographique du peuple rwandais, nous en sommes conscients, ils devront retenir constamment notre sérieuse attention...". "Il est aussi souligné que nos services de recherche agricole doivent redoubler leurs activités, spécialement dans la diversification et dans le rendement des produits vivriers: une meilleure organisation de la conservation des produits et du commerce intérieur devrait nous faire éviter la rarefaction saisonnière et la montée des prix qui se remarquent régulièrement". Fin de citation.

C'est dans ce même ordre d'idée que le Conseil Scientifique Consultatif (C.S.C.) pour les problèmes socio-démographiques a été mis sur pied par l'arrêté Présidentiel n°128/06/2 du 17 juin 1974, pour contribuer à la recherche des solutions applicables au Rwanda. Ce Conseil est composé de techniciens de différentes disciplines et s'efforce de proposer aux autorités compétentes des solutions globales et sectorielles dont les membres du Conseil vous entretiendront en temps opportun tout au long de ce séminaire.

En effet, le déséquilibre entre le taux d'accroissement démographique et le taux de croissance économique ne pouvant être levé qu'en développant tous les secteurs d'activités et en conscientisant la population rwandaise sur les problèmes occasionnés par la démographie galopante, le Gouvernement Rwandais, a pris des mesures appropriées dans les domaines économiques et socio-démographiques. Au point de vue économique, les mesures prises ont consisté notamment en la valorisation du travail manuel, en l'augmentation de la production et en la promotion de l'emploi dans tous les secteurs. Des mesures ont été prises également dans le domaine de la conservation et la transformation des produits agricoles

La construction des hangars de stockage des produits vivriers dans les préfectures, la création de l'Office pour la valorisation pastorale du Mutara (OVAPAM) et de l'Office National pour le Développement et la commercialisation des produits vivriers et la production animale (OPROVIA) à Kigali prouvent que le Gouvernement Rwandais est plus que conscient du problème. Il a été également mis sur pied, des industries de transformation des produits agricoles notamment:

- La société de vinification des bananes du Rwanda (SOVIBAR). Quant à la promotion de l'emploi, elle a consisté en la création de nouveaux emplois dans le secteur industriel par l'expansion des technologies certes encore rudimentaires et par la mobilisation de la main d'oeuvre. L'inauguration de différents projets et les travaux communautaires de développement "UMUGANDA" traduisent éloquemment la volonté du Gouvernement de voir occupé au travail utile, le plus grand nombre possible des habitants du pays.

- L'émigration volontaire d'une partie de la population est envisagée également dans le cadre de notre politique d'intégration économique avec les pays voisins. A ce propos, les négociations au sujet de l'émigration volontaire d'une partie de la population ont été entamées entre le Gouvernement Rwandais et certains pays africains. Pour ce qui est de l'intégration économique avec les pays voisins, la création de la Communauté Economique des Pays des Grands Lacs (CEPGL) qui groupent le Zaïre, le Burundi et le Rwanda, ainsi que le projet de l'Aménagement du bassin de l'Akagera (Tanzanie, Burundi, Rwanda), traduisent la volonté du Gouvernement rwandais de trouver des solutions économiques et socio-démographiques en favorisant une plus grande mobilité de la main-d'oeuvre entre le Rwanda et ses voisins. Considérant l'importance capitale de l'étude et de la recherche en matière de la population, le Gouvernement rwandais a décidé de mettre sur pied les services suivants:

- Le Secrétariat Permanent du Conseil Scientifique Consultatif a été créé par l'Arrêté Présidentiel n°56/13 du 10 juin 1976 et a été doté d'un budget pour l'exercice 1978 afin d'assurer son fonctionnement et vu l'ampleur du problème démographique au Rwanda, le Secrétariat Permanent du Conseil Scientifique devra être renforcé pour mieux remplir ses fonctions de recherche et de supervision des activités de planification familiale dans les centres socio-sanitaires.

- Une direction des Affaires Socio-démographiques a été créée par l'Arrêté Présidentiel n°59.09 du 30 juin 1976 au sein du Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif. Parmi ses attributions, cette direction doit collaborer avec le Conseil Scientifique Consultatif. Au point de vue démographique, le Gouvernement Rwandais envisage également une politique de planification familiale. Cette politique ne saurait constituer l'unique solution au problème démographique, mais seulement une solution d'appoint. De plus, elle doit être considérée comme une politique orientée vers un programme national de protection maternelle et infantile et d'espacement des naissances. .../...

Sur le plan de la planification, elle devrait être intégrée dans l'infrastructure socio-sanitaire déjà existante.

Une telle politique nécessite au préalable un personnel formé suffisant, une bonne éducation et une information objective de la population.

En ce qui concerne le personnel, le Gouvernement a déjà envoyé des fonctionnaires rwandais tant du domaine médical que social dans les pays avancés en la matière, soit pour effectuer des stages ou des voyages d'observation.

Compte tenu que le personnel formé reste toujours insuffisant pour le lancement du programme de planification familiale dans les centres socio-sanitaires, le Gouvernement prévoit dans le Plan Quinquennal de Développement la formation du personnel compétent soit sur place, soit dans les pays étrangers; en outre, des démarches pour l'obtention des bourses d'études et de stage ont été entamées auprès des organismes internationaux ou des pays amis s'intéressant à la planification familiale.

En ce qui concerne l'éducation et l'information de la population, on peut se demander dans quelle mesure la population rwandaise ressent le besoin de planifier sa famille. Selon les enquêtes démographiques et d'autres travaux de recherches effectués à travers le pays, les Rwandais sont conscients des dangers que constituent cet accroissement démographique incontrôlé et souhaitent connaître les moyens sûrs et appropriés qui les aideront à planifier leurs familles en fonction de leurs conditions de vie.

En effet, chaque famille se soucie de plus en plus de son "mieux-être" et se préoccupe de la qualité de la vie de ses enfants, de leur éducation, de leur avenir.

Pour assurer cette éducation et cette information, le Gouvernement fera appel à tous ses moyens de communication de masse en soulignant les conséquences néfastes liées à la surpopulation ainsi que les avantages liés à la planification familiale. En effet, la planification familiale permettrait à la famille d'avoir le nombre d'enfants dont elle se sent capable d'éduquer, de nourrir et de faire soigner; elle permettrait au couple d'éviter les conséquences négatives dues au poids d'une famille nombreuse et à la femme les complications dues aux grossesses trop rapprochées. Enfin, il convient d'insister sur le fait que ce séminaire a été organisé dans le but de compléter l'information de nos agents médico-sociaux et de nous aider à mettre la dernière main sur notre programme d'intégration de la planification familiale dans tous les centres socio-sanitaires. Ensuite, il nous permettra d'éclaircir les théories les méthodes et les techniques relatives aux problèmes démographiques et de dégager les grandes lignes d'une politique de planification familiale intégrée dans les plans de développement en général, et dans les services socio-sanitaires en particulier..../...

Excellences, Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, vous connaissez d'orès et déjà, l'importance capitale de l'objet même de ce séminaire. Ses résultats s'inscriront dans l'histoire des recherches scientifiques en matière démographique et le Rwanda se souviendra toujours de votre franche collaboration.

Je déclare ouvert le Séminaire International sur la Protection Maternelle et Infantile et la Planification Familiale et souhaite plein succès à ses travaux.

VIVE LE MOUVEMENT REVOLUTIONNAIRE NATIONAL POUR
LE DEVELOPPEMENT DE SON PRESIDENT-FONDATEUR,

VIVE LE PEUPLE RWANDAIS,

VIVE L'UNITE AFRICAINE.

=====

IIème Partie: Population et Développement, le Concept de la Planification Familiale, l'Eglise et la Planification Familiale

1. Population et Développement

par NIYIBIZI Silas

"... la limitation des naissances ne peut être une panacée ou une arme miracle permettant d'ajuster les deux rythmes de croissance. Il faut qu'on le veuille ou non, s'attaquer en même temps au problème fondamental concernant l'organisation rationnelle des économies et la répartition juste des biens produits entre individus et nations..."

Introduction

Dans ce qui va suivre, nous traiterons des conséquences économiques de l'accroissement et de la structure de la population en tant que résultat des effets combinés de la fécondité, de la mortalité et des migrations. Nos applications se feront surtout sur le cas du Rwanda et subsidiairement de l'Afrique entière.

Nous verrons successivement:

1. Les densités et le volume de la population
2. Le niveau d'accroissement de la population avec des références sur le problème de l'emploi et de l'Enseignement
3. Le rôle et les conséquences économiques de la structure par âge de la population.

Lorsqu'on aborde l'étude ou la discussion des effets de la croissance de la population sur le développement économique dans les pays du Tiers-Monde, on assiste, dans certains discours ou dans certaines littératures spécialisées, à la naissance ou au prolongement des confusions souvent volontaires sur la nature et la réalité du ou des problèmes à résoudre. Ces confusions et ces passions viennent toujours des lacunes de la recherche contemporaine sur les politiques démographiques ainsi que des contenus idéologiques de certains concepts qu'on veut imposer comme tels, sans aucune définition communément acceptée. Les exemples sont nombreux:

1. L'utilisation du terme "explosion" pour décrire la croissance de la population. On a l'impression de se trouver devant quelque chose de soudain, de massif, d'un phénomène presque accidentel. Un usage aussi négligent des concepts tend à décourager l'analyse rationnelle et la recherche patiente des causes et à déterminer les responsabilités.
2. On retrouve la même imprécision voulue de langage au niveau des concepts: "surpopulation", sous-population", taux de croissance optimum".

Les termes et concepts utilisés doivent être aussi neutres et aussi peu chargés, émotivement que possible si l'on ne veut pas qu'ils véhiculent l'idéologie sociale, économique, politique de ceux qui tentent de les imposer tant il est vrai que "la vérité émerge plus facilement de l'erreur que de la confusion". (B. Franklin)

Ceci dit, nous allons essayer de dégager quelques effets de l'accroissement de la population rwandaise sur ses structures économiques en nous inspirant des données récentes et des objectifs décrits dans notre "Plan de Développement Economique, Culturel et Social 1977-1981" et en cherchant de minimiser les confusions et les passions générées par l'usage de certains concepts.

I. DENSITE ET VOLUME DE LA POPULATION RWANDAISE

1. Comme le montre le tableau suivant (1), la population totale du Rwanda était de 4.820.000 habitants au 15 août 1978 répartis sur 26.338 Km² (y compris le lac Kivu). Les densités brutes par préfecture figurent aussi au tableau.

Tableau 1: Population du Rwanda par superficies en 1965 et 1968 et par densités.

Préfecture	Population		Superficie en Km ²	Densités	
	: 1965	: 1978		: 1965	: 1978
BUTARE	: 347.839	: 601.165	: 1.830	: 190,0	: 328,5
BYUMBA	: 300.948	: 519.968	: 4.987	: 60,3	: 104,3
CYANGUGU	: 232.052	: 331.380	: 1.662	: 139,9	: 199,4
GIKONGORO	: 278.056	: 369.891	: 2.191	: 126,9	: 168,8
GISENYI	: 294.974	: 468.786	: 2.395	: 123,1	: 195,7
GITARAMA	: 364.668	: 602.752	: 2.241	: 161,8	: 269,0
KIBUNGO	: 221.040	: 360.934	: 4.134	: 53,4	: 87,3
KIBUYE	: 247.735	: 337.729	: 1.320	: 187,6	: 255,8
KIGALI	: 300.967	: 698.063	: 3.251	: 92,5	: 214,7
RUHENGERI	: 386.859	: 528.649	: 1.762	: 219,5	: 300,0
RWANDA	: 2.978.389	: 4.819.317	: 26.338	: 113,0	: 183,0

En décomptant le lac Kivu, ainsi que les terres impropres à l'agriculture, on trouve une densité physiologique de 205 en 1970 et de 271 en 1978. D'autre part, compte tenu des sous-estimations ou surestimations qui ont pu frapper les populations de diverses préfectures pour une raison ou pour une autre, on remarque que les préfectures les plus densément peuplées se sont accrues en terme de population jusqu'à un certain plafond et, ont ensuite entamé une phase de baisse due essentiellement à l'émigration intérieure (vers d'autres régions moins peuplées). C'est le cas des préfectures de Ruhengeri, Butare, Gikongoro et, dans une moindre mesure, Gitarama et Cyangugu (2).

Le tableau 2 illustre l'évolution des densités physiologiques de peuplement des différentes préfectures du Rwanda selon diverses années où les données démographiques de recensement ont été disponibles.

.../...

Tableau 2: Densités physiologiques et taux d'accroissement de la population par préfecture et par année d'observation.

Préfecture	Superficie agricole utile : théorique en 1970	1970		1978:	
		Dens.	Accr. (%)	Dens.	Accr. (%)
BUTARE	1.702,9	330	12,3	353	0,8
BYUMBA	2.251,4	162	4,6	228	5,0
CYANGUGU	1.056,2	267	4,3	314	2,2
GIKONGORO	1.514,9	215	3,5	244	1,7
GISENYI	1.290,4	192	5,6	363	3,0
GITARAMA	2.053,8	239	7,0	293	2,9
KIBUNGO	2.572,9	95	2,2	140	5,9
KIBUYE	1.296,2	182	0,9	260	5,6
KIGALI	2.631,0	150	6,2	265	9,6
RUHENGARI	1.389,5	340	4,1	395	1,5
			5,2		3,5

1. Bureau National de Recensement: Résultats provisoires du Recensement général de la population et de l'habitat 1978 (données non encore publiées) Plan intérimaire d'urgence 67-72 et Delepierre: Utilisation et Disponibilités des terres au Rwanda 1970.

2. Dans la Préfecture de Kigali, la population se serait même multipliée par 232 % en 15 ans.

La question que l'on doit se poser en parlant du niveau d'accroissement de la population et en se référant aux problèmes de l'emploi et de l'extension de l'enseignement, est celle que se posaient Malthus et les économistes classiques. Ils voulaient savoir si étant donné une quantité finie de ressources, comportant un apport fixe et de capitaux, et un certain niveau de technologie, l'existence d'une forte population est-elle avantageuse ? Ou bien empêche-t-elle l'augmentation de la production par travailleur et du revenu par habitant ?

Le point de vue classique s'exprime dans la théorie, de l'optimum de peuplement. Selon cette théorie, le chiffre de la population n'a que peu d'importance en lui-même: ce qui compte, c'est que les facteurs de production se combinent dans les bonnes proportions. Pour une superficie de terre et un capital donné, il existe un nombre optimum de travailleurs. Si la population active n'atteint pas le nombre, il n'y a pas assez de main-d'oeuvre pour exploiter les ressources disponibles, et si les travailleurs étaient plus nombreux, le revenu par habitant augmenterait grâce à la division du travail et à la spécialisation. Dans une situation de cet ordre, on peut parler de "sous-peuplement". A l'inverse, lorsque la quantité optimum de main-d'oeuvre est dépassée, la production moyenne diminue et il y a sous-emploi, on se trouverait alors dans une phase de "surpeuplement". Ce raisonnement s'applique essentiellement à une situation de technologie en stagnation.

C'est en se basant sur ce modèle classique que certains auteurs affirment que le Rwanda est "surpeuplé", parce que face à de densités rurales extrêmement élevées et à de petites propriétés exploitées intensivement et en rapide amenuisement, on a une jeunesse en rapide expansion provoquant le chômage ouvert ou déguisé et l'exode rural.

D'autre part, les mêmes auteurs soulignent que la quasi-totalité des pays africains sont "sous-peuplés" parce qu'il s'y trouve de grandes étendues de terres incultes et de grandes quantités de ressources minérales inexploitées.

Nous avons souligné, dans l'introduction jusqu'à quel point ces concepts de "sous-peuplement", ou de surpeuplement sont confus. Ici ils nous empêchent de réfléchir sur les causes plus profondes du phénomène à savoir, l'organisation de l'économie en général ainsi que des forces productives de même que la répartition des biens de production.

Au Rwanda, et avec les niveaux de densités du tableau 2 nous assistons aux phénomènes suivants: des microfundia cultivés souvent intensivement et atteignant de rendements intéressants suite à une utile association des cultures surtout à une étage biographique supérieure à 1.500 mètres d'altitude. Cette agriculture se caractérise en outre par:

- une absence à peu près totale de la jachère dans de nombreuses régions
- dégradation des sols ici et là
- fumure insuffisante et mauvaise association agriculture-élevage
- déséquilibre dans la culture et la production de certaines plantations (prédominance exagérée de bananier, du manioc, --- dans certaines régions).

Il est évident que cet amenuisement et dégradation du sol cultivable ainsi que de méthodes culturales inadaptées provoquent souvent une forte migration intérieure.

Pour illustrer ce phénomène, consultons le tableau 2. Nous constatons (sans aller jusqu'à parler de la "surpopulation") ces difficultés en examinant l'évolution des densités par terres cultivables et de l'accroissement annuel de la population en 1970 et en 1978.

1. Dans les préfectures les plus densément peuplées et connaissant de forts taux d'accroissement en 1970 (Butare et Ruhengeri en premier lieu, puis Gikongoro et Cyangugu et dans une moindre mesure Gitarama et Gisenyi), on observe une baisse remarquable du taux d'accroissement annuel en 1978 due à une forte émigration continue à partir de ces territoires vers les préfectures les moins peuplées et disposant des terres fertiles; voir la vérification de ce phénomène par examen des densités dans les préfectures de Byumba, Kigali, Kibungo notamment.
 2. Dans l'ensemble en 1978, par rapport à 1970, la densité physiologique a augmenté notablement; ceci s'explique par une occupation du sol de plus en plus intensive et découlant d'une forte natalité et d'une baisse de la mortalité.
 3. La dégradation des sols se remarque surtout dans les campagnes des 2/3 de la Préfecture de Gikongoro, dans le Cyangogo, le Ndiza, le Bumbogo notamment.
- .../...

Selon W.A. Hauce (In. The race between population and Resources, Africa Report, janvier 1968, cité par E. Van De Walle dans "Population et Développement Economique", la pression de la population s'amorce quand les signaux d'alarme suivants se manifestent:

- 1° Diminution de la fétilité du sol, détérioration, dégradation ou destruction complète du sol, souvent associée avec un raccourcissement des périodes de jachère, ou avec un labourage ou un élevage excessif;
- 2° Utilisation de terrains situés sur des pentes trop escarpées;
- 3° Diminution du rendement des récoltes, tendance à adopter des cultures moins exigeantes à l'égard de la terre comme le manioc;
- 4° Désorganisation du système de culture indigène;
- 5° Disette, faim et malnutrition;
- 6° Querelles pour la possession des terres, fragmentation de la terre, exploitation de dimensions trop réduites, apparition d'une population de paysans sans terres;
- 7° Certains types d'émigration;
- 8° Chômage et sous-emploi dans les régions rurales et urbaines.

Sans aller jusqu'à parler de "Surpopulation" puisqu'après tout la solution à ces problèmes dépend de l'organisation de l'économie et de la répartition des forces et des biens de production à un moment donné ainsi qu'à l'évolution de la technologie, voyons comment le Gouvernement Rwandais a essayé de résoudre les difficultés ainsi décrites. Dans le "Deuxième Plan Quinquennal de Développement Economique, Social et Culturel 1977-1981" Vol. I, il est clairement indiqué, parmi les orientations: "L'intensification de l'agriculture vivrière s'impose, c'est une condition de survie, les moyens d'une réelle intensification agricoles sont connus: la modernisation des techniques culturales, l'association de l'agriculture et de l'élevage, fumure organique des sols, amendement calcaire, lutte anti-érosive, jachères améliorantes, amélioration du matériel végétal, utilisation des engrais minéraux, diversification de l'outillage, culture attelée, etc... Ce qui importe peut-être maintenant le plus, c'est d'intégrer ces différents moyens dans un ensemble technique cohérent, parfaitement adapté aux différentes régions agricoles du pays. La diversification de l'agriculture et de l'élevage contribuera non seulement à assurer la subsistance, mais également à augmenter les revenus monétaires et le pouvoir d'achat. Cette diversification devrait conduire à une sélection des cultures vivrières et de cultures de rapport les mieux adaptées aux différentes régions en vue d'une spécialisation relative des activités agricoles, région par région, facteur d'économie de ressources et d'une meilleure productivité du travail.

.../...

Les mesures suivantes ont été d'orès et déjà prises:

- a) Intensification des travaux communautaires planifiés (UMUGANDA)
- b) Campagne d'information et d'animation dans toutes les communes du pays pour expliquer les bienfaits de la lutte anti-érosive, de la combinaison et l'équilibre des cultures, etc...
- c) Recherches sur la réforme foncière permettant dans l'avenir l'amélioration de l'habitat (village), le remembrement des terres pour un meilleur rendement et pour une meilleure promotion de l'emploi rural.
- d) Une politique coopérative rationnelle (surtout pour les jeunes ruraux).
- e) Réforme de l'enseignement visant à la ruralisation progressive.
- f) Encouragement d'un développement rural intégré débouchant sur un habitat amélioré, de meilleures communications routières, un meilleur circuit de distribution des biens de consommation.

Quant aux pays africains en général, on peut remarquer avec François Gendreaux (1) la population du Continent était estimée à 380 millions d'habitants, soit un peu moins de 10 % de la population mondiale. Les effectifs sont très variables d'un pays à l'autre: Les cinq pays de plus de 20 millions d'habitants (Nigeria, Egypte, République Sud Africaine, Zaïre), totalisent près de 170 millions d'habitants. A l'autre bout de l'échelle, nous trouvons 19 pays ou territoires de moins de 1 million d'habitants, totalisant 7 millions d'habitants, soit moins de 2 % de la population du Continent.

La densité d'ensemble est relativement faible: 12 habitants au Km² en 1973 (monde:28). Cet indice global marque une grande diversité des situations entre de très faibles densités inférieures à 1 habitant par Km². Encore les densités nationales ne sont-elles que des moyennes de densités très variables à des échelles administratives plus réduites. En Egypte notamment, 99 % de la population est concentrée sur 3,7 % du territoire, avec une densité de près de 800 habitants au Km², alors que le 1 % restant vit sur plus de 96 % du territoire avec une densité très faible. L'on retrouve une situation semblable dans tous les pays présentant de vastes étendues désertiques (Algérie, Libye, Mali, Mauritanie, Niger, Tchad, Zaïre, Tanzanie, Soudan, Angola, Gabon, Namibie, etc...).

Il existe aujourd'hui, en Afrique, de nombreuses zones qui ne peuvent pas s'adapter facilement aux densités de population qui se sont constituées au cours de ces dernières années.

L'épuisement du sol fixe une limite à l'importance de la population dans un certain nombre de régions des pays africains. L'hétérogénéité caractérise bien la répartition de la population rurale. Des études rétrospectives ont permis aux chercheurs curieux et objectifs de connaître le passé démographique de leur continent. Ainsi selon des indices très sérieux, la population de certaines des régions et de l'ensemble du Continent aurait dépassé les niveaux actuels en volume, bien avant l'ère de l'esclavage.

Dans ces conditions que devient le concept "surpeuplement" de l'ensemble du Continent si l'on ne fait pas appel à l'influence du colonialisme passé des tentatives présentes du néocolonialisme et d'impérialisme ?

II. NIVEAU D'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION

Il s'agit ici de savoir comment une économie d'un pays peut faire face à l'accroissement de la population, notamment une économie d'un pays du Tiers-Monde et du Rwanda, où cet accroissement est fort élevé (puisque la population double en moins d'une génération: en 1958 la population du Rwanda était de 2.128.000 de personnes, en 1978 soit 25 ans après, elle est de 4.820.000, soit plus d'un doublement en moins de 25 ans).

En partant de la constatation normale que tous les pays veulent se développer, il s'agit pour eux de maintenir le taux de croissance démographique, donc de faire au croît annuel des habitants (déjà important) et d'assurer en même temps la croissance économique.

a) Accroissement de la population et emploi: Hance (op. cit.) considère que le sous-emploi est un des signaux d'alarme indiquant qu'il existe, là où il se manifeste, une pression de population. On constate aussi que des régions dont on sait qu'elles ont dépassé la densité critique voient émigrer un grand nombre de jeunes hommes. Cette situation se vérifiant au Rwanda à bien d'égard, le Gouvernement rwandais y a pensé en élaborant le plan quinquennal déjà cité (1). "Des actions prioritaires devront être engagées dans le cadre du IIème Plan pour tenter de résorber le chômage des jeunes et pour améliorer la productivité du travail dans tous les secteurs d'activité socio-économique", les thèmes majeurs sélectionnés pour leur impact possible sur l'emploi sont les suivants:

1. généralisation des actions d'intensification agricole et introduction de techniques nouvelles;
2. réforme foncière pour une meilleure utilisation des terres;
3. création de chantiers à haute intensité de main-d'oeuvre en milieu rural pour la réalisation des travaux d'infrastructure susceptibles d'avoir des effets induits sur l'emploi et sur la population;
4. constitution de groupements coopératifs devant promouvoir le milieu rural en service d'approvisionnement, de commercialisation et de crédit ainsi que d'organiser la production sur une base communautaire;
5. organiser l'artisanat rural tant au niveau de la production qu'au niveau de l'approvisionnement et de la commercialisation, dans le but d'ouvrir aux jeunes ruraux une alternative satisfaisante à l'exode vers les villes.

D'autres pays africains souhaitent, en général, freiner l'exode rural par les mêmes méthodes, en faisant absorber les jeunes sans emplois par la création d'emplois ruraux et la création de toujours plus d'emplois dans les industries.

.../...

C'est en partant de ces constatations que le problème du planning familial est né, pour alléger le rythme d'accroissement des populations. Comme d'aucuns (une minorité bien sûr) l'ont souligné la limitation des naissances ne peut pas être une panacée ou une arme miracle permettant d'ajuster les deux rythmes de croissance. Il faut, qu'on le veuille ou non, s'attaquer en même temps au problème fondamental concernant l'organisation rationnelle des économies et la répartition juste des biens produits entre individus et nations (inégalités socio-économiques, pillages commerce mondial). D'autres illustrations des difficultés découlant de la jeunesse de la population des pays africains en général et du Rwanda en particulier, se retrouve dans l'importance exagérée du budget de l'Education Nationale dans le budget total du pays (au Rwanda, il est de $\pm 30\%$ par an depuis 10 ans), dans l'augmentation du coût de l'éducation par suite de l'inflation généralisée au cours des dernières années, dans les charges de plus en plus pour les familles.

Si pour améliorer cette situation, il est intellectuellement justifié de penser à la réduction de la fécondité et de l'accroissement naturel par le biais du planning familial, il faut se garder, comme je l'ai évoqué précédemment, de risquer de faire de cette méthode une sorte de palliatif lorsqu'on ne veut pas agir contre les causes principales du phénomène, soit par paresse, soit par incurie, soit pour des raisons idéologiques empêchant certaines révisions déchirantes du système".

Le Rwanda quant à lui, a fait figurer le planning familial dans son IIème Plan Quinquennal de Développement (op.cit.) sous le titre "Politique et Population" (pp. 38-40). Ce faisant le Gouvernement était convaincu de l'importance d'une action dans ce sens étant donné son fort taux d'accroissement indispensable. "La politique démographique à envisager dit le Plan, doit être conçue globalement dans tous les secteurs de production et dans le cadre de différentes transformations structurelles nécessaires au démarrage harmonieux". Les mesures, les vues purement démographiques comme l'émigration, les autres sont de nature économique et sociale. Nous pouvons citer: réforme et ruralisation de l'enseignement à tous les niveaux, réforme foncière, animation de la population et les mobiliser pour prendre conscience des problèmes socio-démographiques du pays.

Dans ce paragraphe nous avons donc insisté surtout sur le besoin d'investissement suscité par une expansion rapide de la population dans les pays africains.

III. LE ROLE ET LES CONSEQUENCES ECONOMIQUES DE LA STRUCTURE PAR AGE DE LA POPULATION

La composition par âge de la population agira, au niveau macro-économique, sur la structure des investissements à faire (économiques et démographique). Dans les pays africains où le taux de natalité est généralement élevé, les enfants constituent une fraction de la population totale, soit plus de 40% "des moins de 15 ans".

Les dépenses effectuées à la Santé Publique et à la Sécurité Sociale, au Logement et à l'Enseignement, dépenses qui n'ont pas pour objet d'être productrices directement et à court terme, seront le plus souvent plus importantes que dans les pays à faible taux de natalité, où l'âge moyen de la population de plus en plus élevé. Dans ces mêmes pays, signalons (ce qu'on ne fait pas toujours) que les difficultés dues à un vieillissement de la population de plus en plus fort seront bientôt les plus graves sinon insupportables puisque la vie même des pays et des civilisations est en jeu ("dépopulation" au sens arithmétique du terme, absence irréversible de la main-d'oeuvre, décroissance et disparition de certaines industries, défaites militaires, etc.. dans tous les pays à forte fécondité, une des façons de se rendre compte du poids des inactifs sur les actifs consiste à calculer le taux de dépendance (ou nombre de personnes à charge) en faisant le rapport entre:

$$\text{Taux de dépendance (\%)}: 100 \times \frac{\text{Popul. de - de 15 ans} + \text{Popul. de + 60 ans}}{\text{Population de 15 - 59 ans}}$$

dans l'hypothèse que l'activité avant 15 ans et après 60 ans est négligeable. Ce rapport, était au 1er janvier 1975, de 106 %. C'est-à-dire pour 100 actifs il y a 106 inactifs. La structure de la population par grands groupes d'âge était la suivante:

Tableau 3: Répartition de la population rwandaise par grands groupes d'âge au 1er janvier 1975:

<u>Age</u>	<u>Pourcentage</u>
0 - 14 ans	48,1
15 - 59 ans	48,6
60 ans et plus	3,3
Tous âges	100,0

Ce taux de dépendance est très élevé si l'on considère que dans les pays à faible natalité il est de l'ordre de 35 à 40 inactifs pour 100 actifs. Donc avec une forte fécondité entraînant un rajeunissement de la population, le nombre de personnes à la charge de chaque adulte augmente. Il serait nécessaire d'étudier les relations micro-économiques telles que les rapports entre le nombre d'enfants à charge et la superficie cultivée, la production et la consommation individuelle d'aliments, la possibilité d'envoyer les enfants à l'école, etc.. Certains de ces rapports apparaissent dans d'autres études où l'on trouve définies les proportions entre les familles et la superficie cultivée (ces deux facteurs étant généralement liés) ou la consommation d'aliments (la satisfaction des exigences diététiques diminuant généralement avec l'accroissement des dimensions de la famille).

.../...

CONCLUSION ET RESUME

Comme on s'en est rendu compte au cours de ce qui précède: tout exposé portant sur "la population et le développement" présente une complexité particulière en raison des difficultés économiques des pays intéressés, d'une fécondité élevée et d'un accroissement naturel élevé et d'une confusion volontairement entretenue par suite d'une mauvaise démarche épistémologique de base.

Nous avons parlé du problème de densité et de l'importance de la population au Rwanda et en Afrique: nous avons conclu que tous les pays africains, notamment le Rwanda, avaient entrepris de réels efforts pour faire face à la situation sur le plan agricole et des travaux communautaires intensifs.

En ce qui concerne le niveau d'accroissement, nous avons conclu que le recours au planning familial n'était pas une mauvaise idée en soi, pourvu qu'on n'oublie pas tous les réajustements nécessaires sur le plan économique et social, d'une manière indispensable appuyer cette mesure. S'agissant du rôle de la structure par âge et de ses conséquences économiques, nous avons souligné que le problème était réel et qu'une modification des politiques démographiques et surtout des politiques économiques dans un cadre national et international.

Silas NIYIBIZI

Kigali, Octobre 1978

BIBLIOGRAPHIE

- République Rwandaise: Ministère du Plan: Deuxième Plan Quinquennal de Développement Economique, Social et Culturel 1977 - 1981 (2 Volumes)
- Revue "Population" : Juillet - Octobre 1977 n°s 4 - 5
- République Rwandaise: Etude de Développement "Plan Intérmiaire d'Urgence"
- Bureau National de Recensement: Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1978 (données provisoires non encore publiées).
- Etienne Van de Walle: Dans "Croissance Démographique et Développement Socio-économique
- Delepierre: Disponibilité et Utilisation des Terres au Rwanda - Rubona (ISAR) 1973
- Pradevevand P. La politique de Population en Afrique Francophone de l'Ouest: obstacles et possibilités (2 Volumes)

=====

2. Le Concept de la Planification Familiale
par Dr. UWIMANA Alphonse

"..La Planification Familiale a pour but principal de rendre la procréation consciente et voulue, elle vise à amener les couples non pas nécessairement à avoir moins ou plus d'enfants, mais à procréer selon un projet préétabli par eux en ce qui concerne le nombre d'enfants et le moment de leur naissance".

Honorables Délégués,

Chers Collègues,

Mesdames,

Mesdemoiselles,

Messieurs,

Permettez moi d'abord d'exprimer mes vifs remerciements au Comité d'organisation de cette conférence pour m'avoir accordé l'insigne privilège d'assister non seulement à cette importante manifestation socio-culturelle mais aussi de prendre la parole, ce matin, devant cette auguste assemblée.

Je voudrais également adresser mes hommages les plus sincères au Conseil Scientifique Consultatif pour les problèmes socio-démographiques, ainsi qu'à l'Association Américaine Pathfinder Fund qui ont pris l'heureuse initiative d'organiser dans notre pays sous le haut patronage des Ministres de la Santé Publique et des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, un débat autour d'un sujet aussi important, je veux dire "la Protection Maternelle et Infantile et la Planification Familiale".

Introduction

Honorables Délégués,

Chers Collègues,

Mesdames,

Mesdemoiselles

Messieurs,

Nulle société, nulle nation ne peut aspirer au progrès et à la prospérité si ses hommes ne sont pas sains, forts et équilibrés. Les richesses naturelles, les ressources matérielles ne suffisent pas à elles seules, pour donner des assises stables à un pays et pour faire sa prospérité.

L'intelligence et l'énergie humaines sont indispensables pour agir sur la matière et la fructifier. L'homme constitue donc une richesse précieuse qu'il faut sans cesse développer et protéger.

L'homme est la fin et le moyen de toute action de développement. Or, comme nous le savons tous, l'énergie de l'homme, sa puissance et son efficacité ne résident que dans son état de santé physique et mentale.

.../...

Protéger la santé psycho-somatique de l'homme afin de lui donner le maximum de chance de vivre dans le mieux-être n'est-ce pas là, justement, l'objectif essentiel de la planification familiale.

Il m'est donc agréable, Mesdames et Messieurs, de vous entretenir ce matin sur un sujet non moins important "le Concept de la Planification Familiale.

N'étant pas versé dans le domaine de régulation des naissances, je n'ai pas l'ambition de vous faire un exposé scientifique très fouillé, qui soit réellement à la taille de la présente manifestation. Vous me permettez néanmoins, de passer en revue les principaux aspects de la planification familiale tout en espérant que ces derniers pourront tout de même servir de base à nos discussions.

Cet exposé comprendra deux parties principales:

- * Après un bref historique sur le contrôle des naissances, la première partie va parler de la nécessité de la planification familiale.
- * La deuxième partie, la plus importante, car elle a trait directement au thème à développer sera un essai de définition de la planification familiale.

La Planification Familiale constitue-t-elle une nécessité ?

a) Bref historique sur le contrôle des naissances

- L'étude de la population et des dangers liés à une croissance démographique galopante n'est pas chose récente. Elle a retenu l'intérêt des personnes scientifiques et politiques de toutes les époques de l'histoire humaine. En effet, si l'on fouillait dans les fins fonds de l'histoire, l'on trouverait facilement que le problème de la population a préoccupé beaucoup d'auteurs aussi bien des temps antiques que des temps modernes.
- Des textes médicaux, les plus anciens connus du monde moderne faisaient déjà leur apparition en Egypte il y a 4.000 ans. L'un d'eux connu actuellement sous le nom de "Papyrus d'Ebers" traitait de la contraception et contenait la première prescription contraceptive qui consistait à l'INSERTION INTRAVAGINALE, pré-coïtale d'un tampon de toile imbibé de gomme arabique.
- Des textes sur la même question ont fait leur apparition en Chine et en Inde il y a 1.600 ans environ. Confucius et d'autres philosophes chinois posaient déjà à cette époque le principe de la "proportion entre la Terre et la Population". Plus tard, les philosophes grecs dont Platon et Aristote recommandaient les mesures de contrôle des naissances. Des siècles après, surtout au cours du XIX^e et XX^e siècle, d'autres penseurs dont Freud, le Père de la Psychanalyse, voyaient dans le contrôle des naissances le moyen de préserver l'harmonie de la famille. .../...

Depuis ces anciens Egyptiens il y a 4.000 ans jusqu'à Freud, en passant par les penseurs chinois et grecs, les problèmes de surpopulation et du bien-être social ont été donc examinés.

Grâce à de nouvelles acquisitions scientifiques accumulées à travers les siècles, l'idée d'agir sur le mouvement de la population afin de l'adapter aux impératifs économiques et socio-sanitaires a ainsi évolué avec le temps, pour donner naissance à une action organisée en matière de contrôle de la population.

Cette action de contrôle de la population connaîtra un essor particulier au cours de la deuxième moitié du 20ème siècle, surtout autour des années soixante, grâce à trois faits importants, à savoir:

- la mise sur pied des politiques démographiques nationales à travers le monde;
- un bond en avant dans le domaine des techniques médicales; pharmaceutiques et contraceptives;
- l'évolution dans le domaine des idées en faveur des libertés individuelles de la promotion des droits fondamentaux de la femme et de l'enfant.

Ce changement historique sera bien sûr à l'origine de la planification familiale dont les objectifs essentiels se résument en deux points:

- l'harmonie et le bien-être de la famille, noyau de base de toute société
- et la réduction progressive de l'écart entre l'accroissement de la population et la croissance économique.

b) La Planification Familiale constitue-t-elle une nécessité ?

- L'accroissement démographique rapide va à l'encontre du progrès dès l'instant où la croissance économique ne suit pas le même rythme.
- Le rapport entre le Produit National Brut et le Chiffre de la population détermine en général le niveau de développement d'un pays et le degré de bien-être de ses habitants. Toute amélioration socio-économique du niveau des habitants, devient donc illusoire tant que le Produit National Brut n'évolue pas à un pourcentage égal si non supérieur au taux d'accroissement de la population.
- Tout déséquilibre entre les deux variables se manifeste démographiquement par un taux de dépendance très élevé (c'est le cas du Rwanda). C'est-à-dire qu'on est en présence d'une population à majorité jeune donc plus consommatrice que productrice. Ce phénomène s'accompagne d'une instabilité socio-économique caractérisée entre autres par:
 - 1° l'augmentation de la demande dans tous les secteurs publics; tels que la scolarisation, la santé publique, l'emploi, l'habitat, le transport...
 - 2° les implications psycho-sociales sont nombreuses et frappantes:

- la situation matérielle et psycho-sociale de la famille est plutôt sombre;
- les grossesses multiples, l'allaitement continu et les lourds travaux ménagers, font que la maman vit dans un état physique et psychique lamentable;
- les enfants souffrent de: carence affective, malnutrition, maladies infectieuses, qu'en sais-je encore... Les échecs scolaires, l'analphabétisme, le chômage, la faim, la délinquance et le banditisme sont autant de fléaux qui minent le monde des jeunes.

Ces données nous montrent une fois de plus l'ampleur des conséquences d'une croissance démographique accélérée et qu'il serait donc inconcevable et aberrant de rester les bras croisés. En effet, devant une telle situation, la recherche d'une solution efficace s'impose. Les données du problème démographique sont définies par l'existence d'un fossé de plus en plus large entre la croissance de la population et le développement économique, sans oublier bien sûr tous les méfaits psychologiques, sanitaires et socio-économiques que cela comporte.

Face à ces données du problème, une alternative s'impose en guise de solution. Le premier terme de l'alternative consiste à résoudre le problème de la surpopulation par une action indirecte en promouvant le développement économique et social sans influencer la natalité. Cette solution souvent appelée "Solution Economique" n'est plus défendue comme telle aujourd'hui.

Les études et les expériences ont démontré à suffisance, que la croissance démographique exagérée avait pour effet sinon toujours de réduire à néant du moins de freiner toute tentative de démarrage économique, et que tout retard dans le temps rendait ce démarrage de plus en plus difficile. Selon certains économistes, la "Solution Economique" serait efficace si l'on arrivait à atteindre annuellement un taux d'accroissement démographique. Il va sans dire qu'un effort économique si gigantesque est impossible surtout pour les pays du Tiers-Monde.

A supposer même que cet effort soit possible, la "Solution Economique" isolée ne serait pas un remède durable, mais plutôt temporaire, car comme n'importe qui le sait, le problème de la surpopulation ne se pose pas seulement en termes de revenus économiques, mais aussi en termes d'espace vital.

Le second terme de l'alternative prône une action directe sur le mouvement de la population. Il est à rappeler que le mouvement de la population est toujours fonction de la natalité, de la mortalité et de la morbidité spatiale (c'est-à-dire l'immigration et l'émigration).

L'action de contrôle du mouvement de la population devra donc s'exercer en partie ou en totalité sur les trois variables ci-haut citées à savoir:

la natalité, la mortalité et la mobilité spatiale (Emigration et Immigration). Autrement dit: si l'on veut freiner la croissance démographique, il faudra augmenter les sorties de la population, c'est-à-dire les émigrations et les décès, et ou diminuer les entrées, c'est-à-dire les Immigrations et la natalité. Si l'on analysait les deux possibilités, c'est-à-dire l'augmentation de la sortie et la diminution de l'entrée de la population, on aboutirait aux résultats suivants:

- L'émigration a été exploitée dans le temps, comme un moyen de contrôle de la population mais elle n'est plus considérée actuellement comme une solution valable et durable à ce problème. La raison en est que l'émigration n'est pas toujours possible et même quand elle est faisable, elle ne constitue qu'un simple transfert du problème démographique mondiale. En outre, il a été constaté que la plupart des émigrés réintégraient pour des raisons diverses leur sol natal. La politique d'émigration apparaît donc aujourd'hui comme une solution utopique et irréalisable.
- L'augmentation de la mortalité, favorisée malheureusement par les guerres, va à l'encontre des valeurs humaines universellement reconnues. Tout homme a le droit de vivre et désire rester en vie le plus longtemps possible et aucune action politique ne pourrait envisager ouvertement une telle solution. En procédant ainsi par élimination, il devient clair que seule une action visant le contrôle de la natalité peut constituer une solution durable au problème démographique. Cette action fait partie, fort heureusement, de la stratégie générale de la planification familiale.

Avant de conclure, il serait opportun de souligner que ni la "Solution Economique" ni la "Planification Familiale" une fois appliquées séparément ne constituent une solution efficace. Le remède miracle du problème démographique réside dans la combinaison des deux solutions par l'adoption d'un programme de planification familiale intégré dans le plan global de développement socio-économique.

La Signification de la Planification Familiale

La "Planification Familiale" est souvent confondue à dessein ou par erreur avec la politique antinataliste. Les deux entités, bien qu'ayant en commun l'action qu'elles exercent sur la natalité, se distinguent pourtant au niveau des moyens utilisés et des objectifs poursuivis.

La planification familiale a pour but principal de rendre la procréation consciente et voulu, elle vise à mener les couples, non pas nécessairement à avoir moins ou plus d'enfants, mais à procréer selon un projet préétabli par eux en ce qui concerne le nombre d'enfants et le moment de leur naissance.

Il n'est donc pas question de limiter à tout prix le nombre d'enfants. Bien au contraire, la politique des naissances planifiée est consciente que l'on a toujours besoin des jeunes, car c'est d'eux uniquement que dépend l'avenir d'un pays.

Toutefois, n'importe quelle nation veut avoir des jeunes sains, forts et heureux, capables de garantir sa prospérité. Il est donc clair qu'il faut assurer à ces jeunes un développement physique et mental équilibré, lequel serait sûrement illusoire en cas de croissance incontrôlée de la population. La "planification Familiale" vise donc l'harmonie entre la quantité et la qualité de la population. L'objectif de la politique antinataliste sera par contre de réduire la natalité d'une population afin d'en freiner la croissance.

La politique antinataliste a tendance à prendre la femme pour une simple productrice d'enfants et l'enfant comme n'importe quel bien d'équipement dont l'entretien coûte cher, donc source de misère. Elle enlève ainsi à la maternité et à l'enfant leur vraie signification philosophique et humaine.

Contrairement à la politique antinataliste, la planification familiale donne un sens sublime à la maternité, à l'enfant, au couple et à la famille en favorisant la naissance de la parenté responsable et en luttant pour la protection de la santé de la mère et de son enfant. En cas de stérilité, la planification familiale doit recourir aux moyens médicaux susceptibles de favoriser la fécondité, ce qui n'entre pas dans les principes de la politique antinataliste.

Après cette mise au point, je me permettrai de citer la définition donnée à la planification familiale par un groupe d'Experts de l'OMS: "La planification familiale est une certaine manière de penser et de vivre adoptée volontairement par les individus et les couples, sur la base de connaissance, d'attitude et de décision prise en connaissance de cause, afin de promouvoir la santé et le bien-être du groupe familial et de contribuer ainsi au développement du pays". Fin de citation.

Comme nous aurions pu le constater dans les pages précédentes et à la lumière de cette définition, la planification familiale ne se résume pas en limitation des naissances; elle recouvre plusieurs aspects qui concourent tous vers un même but, celui de mieux-être familial. Nous n'allons pas développer ici tous ces aspects; nous pourrions, néanmoins, que la planification familiale est considérée entre autre comme:

- une philosophie;
- une libération de l'homme;
- un humanisme;
- un moyen de promouvoir la santé de la population; et enfin,
- comme une voie vers le progrès socio-économique.

1. La Planification Familiale comme philosophie de:

- la procréation
- la vie
- la famille.

.../...

La Planification Familiale ne doit pas être confondue avec la limitation des naissances; c'est plutôt une politique de régulation des naissances qui permet à l'homme d'utiliser la raison pour contrôler sa façon de procréer.

Elle n'est pas non plus une série de techniques contraceptives que l'on s'emploie à distribuer dans les centres pour limiter les naissances, mais bien une manière de vivre, de concevoir l'organisation idéale de la famille en vue de mieux assurer son équilibre et son bien-être.

Tout cela exige de la part des parents une sorte de prise de conscience, de lucidité, de maturité et de maîtrise de soi.

Les parents doivent comprendre, qu'il ne s'agit pas seulement de cesser de procréer, mais plutôt et surtout de procréer volontairement et consciemment. En outre, ils doivent bien saisir la signification véritable et profonde de la parenté, les responsabilités qu'elle implique, les exigences et les droits de l'enfants qu'elle entraîne.

Pour créer, cette prise de conscience, la planification familiale mène une action de sensibilisation basée sur la motivation et qui vise non pas à endoctriner ou à imposer un tel ou un tel autre comportement, mais à éveiller les consciences, à instruire et renseigner les parents afin d'éclairer leurs décisions et leur choix.

Cette action éducative mène les parents à transcender les préjugés et le fatalisme, à comprendre que la naissance d'un enfant ne relève pas du pur hasard, ni de la volonté implacable de Dieu et qu'il y a moyen de la vouloir, de la prévoir et de s'y préparer. C'est après que cette notion de parenté responsable est bien assimilée qu'il est opportun de parler des méthodes de contraception en tant que telles.

La régulation des naissances n'est pas seulement un problème de l'individu ou du couple; elle constitue également un sujet de préoccupation pour la collectivité. Celle-ci doit être informée de la gravité de l'expansion démographique afin qu'elle adopte une attitude consciente et conséquente vis à vis de ce problème. C'est pourquoi la planification familiale étend son action de changement de mentalité, sur d'autres groupes sociaux; je veux surtout parler des jeunes (adultes de demain et seuls garants de l'avenir), des ouvriers et des responsabilités politiques.

Les jeunes doivent acquérir des connaissances démographiques de base, afin de les mener à adopter un comportement responsable en matière de population et à comprendre le rôle qu'ils peuvent jouer individuellement et collectivement dans la recherche d'une solution au problème démographique.

Le citoyen quant à lui sera éduqué de manière à le débarrasser de tous les préjugés, de tout sentiment de fatalisme et de résignation en matière de procréation.

.../...

Au niveau politique, les responsables doivent être convaincus que la planification familiale constitue une voie sûre vers le développement socio-économique, en ce qu'elle assure le mieux-être à la famille, cellule de base de la société. Ils doivent comprendre en outre, que la planification familiale ne vient qu'en complément, à un processus global de développement. C'est-à-dire qu'en plus de l'action menée par la planification familiale au niveau des familles, l'Etat doit conjuguer les efforts de tous les secteurs d'activités pour assurer à tous, la disponibilité et la répartition équitable et biens et services tels que: - hôpitaux,

- écoles,
- transport,
- emploi, etc...

Ainsi la planification familiale paraît comme une manière de vivre, une discipline qui permet à l'homme de penser à sa vie, de maîtriser son comportement et sa condition. C'est une véritable philosophie de la procréation tendant à mener chaque individu à raisonner sur la manière de concevoir et d'organiser sa famille en fonction des besoins et des droits de chacun de ses membres afin d'y faire régner le bien-être. C'est enfin une éducation visant l'avènement des parents et des citoyens responsables en matière de démographie.

2. La Planification Familiale est:

- un droit,
- une libération de l'homme,
- un humanisme.

La Planification Familiale est aujourd'hui universellement reconnue comme un droit fondamental de l'homme. Aussi les programmes d'éducation en matière de régulation des naissances cherchent-ils à mettre à la portée des citoyens tous les moyens susceptibles de leur permettre de jouir pleinement de ce droit.

Les transformations effectuées par ces programmes sur les mentalités en balayant toute forme de préjugés, de fatalisme et de résignation donnent naissance à un nouveau type de citoyen psychologiquement libre, donc capable de maîtriser son destin et d'assurer ses responsabilités familiales sans craintes, sans complexes ni frustrations. On assiste ainsi, à un soulagement psychologique et moral de l'individu car libéré de tous les conflits intérieurs qui faisaient auparavant obstacle à son plein épanouissement.

Nul n'ignore les effets plutôt néfastes des grossesses et des allaitements continus sur l'état psycho-somatique de la femme. Les conditions non enviables dans lesquelles vivent les mamans des familles trop nombreuses sont également connues de tous. Cet état de chose entrave l'épanouissement de la femme et limite ses activités aussi bien familiales que communautaires. .../...

Une telle situation aura bien sûr des répercussions sur la vie de toute la famille, spécialement sur celle de l'enfant. Diverses études dans ce domaine ont montré qu'une enfance malheureuse marque définitivement l'individu et qu'un enfant psychologiquement mal parti s'intégrait difficilement dans la société.

La planification familiale évite donc à la femme l'angoisse et l'humiliation des maternités subies, veille sur sa santé physique et préserve son équilibre psychologique. Elle diminue la fréquence de la mortalité maternelle et des infanticides dues aux grossesses non désirées; ainsi la régulation des naissances apparaît comme un humanisme une libération psychologique et maternelle de l'homme, une promotion sociale de la femme et de l'enfant, et enfin comme un affranchissement du couple en ce qu'elle lui permet de:

- décider de la taille de sa famille
- choisir la durée des intervalles entre les naissances consécutives
- éviter les grossesses et les naissances non désirées qui sont à l'origine de tant de morts maternelles et infanticide.

3. La Planification Familiale comme moyen de Promotion de la santé de la Mère et de l'Enfant

- Personne n'est sensé ignorer l'importance du rôle joué par la femme au sein de la société. Comme épouse, mère, éducatrice et citoyenne, la femme a besoin de toute son énergie physique et mentale pour mener à bien l'oeuvre qui lui incombe; en tant qu'épouse, mère et éducatrice, elle doit être entièrement à la disposition de la famille surtout pour l'éducation des enfants, adultes de demain.
- En qualité de citoyenne, la femme est appelée à servir aux côtés de l'homme pour réaliser l'oeuvre commune qu'est le développement du pays. Sa contribution au sein de la société tant en famille qu'à l'extérieur est donc prépondérante. Cette contribution n'est possible que dans la mesure où la femme dispose d'une bonne santé physique et mentale. La protection de l'état psycho-somatique de la femme est justement l'une des principales missions de la planification familiale.

En effet, la régulation des naissances épargne aux mamans, pas mal de dangers dus aux grossesses nombreuses et rapprochées et aux lactations continuelles. Celles-ci provoquent une sorte d'épuisement physique, de multipares courent un risque plus grand de décès au cours de la grossesse ou de l'accouchement. De même, les risques de diabète d'hypertension, de malnutrition et le cancer du col, augmentent avec la parité.

4. La Planification Familiale comme moyen de Développement Socio-économique

En parlant des autres aspects de la planification familiale, j'ai sûrement évoqué, peut-être indirectement le côté économique de la régulation des naissances. C'est pourquoi je ne vais pas m'y attarder d'autant plus que les affaires économiques ne sont pas de mon ressort.

La relation entre la croissance économique et la croissance démographique n'est pas, du tout, une question facile. Elle a toujours été un sujet de polémique entre théoriciens. Les uns considèrent la croissance de la population comme un frein à tout démarrage économique, pendant que d'autres la prennent par contre comme un facteur indispensable au développement.

Melgré ces théories opposées à propos des avantages et des inconvénients de la croissance démographique pour le progrès socio-économique, il semble acquis que seule la croissance démographique excessive constitue un frein sérieux au développement. De plus n'importe quel pays a besoin d'un nombre suffisant d'hommes pour mettre en valeur ses richesses naturelles. Faut-il cependant que ces hommes soient sains, forts et équilibrés à tout point de vue pour espérer un avenir meilleur. Il est évident, que la quantité de la population ne doit pas passer avant sa qualité. Des hommes mal-nourris, malades, anxieux et frustrés, sont improductifs et ne peuvent jamais participer à l'édification de leur patrie. Ils constituent plutôt un fardeau trop lourd pour leur pays, donc un frein au développement.

L'harmonie entre la quantité et la qualité d'une population, par la diminution du taux d'accroissement de celle-ci et par l'amélioration de son état de santé constitue le souci principal de la planification familiale.

La régulation des naissances permet à long terme d'établir l'équilibre entre l'accroissement de la population et l'accroissement économique et par voie de conséquence de satisfaire aux demandes dans les secteurs publics auparavant sursaturés.

En protégeant la santé des familles, noyaux de base de la société, et en promouvant leur mieux-être, la planification familiale assure à tous les niveaux un rendement meilleur au travail. La somme de ce travail bien fait constitue une garantie suffisante pour un essor socio-économique.

La Planification Familiale peut donc être considérée comme un investissement économique à long terme, une voie vers le progrès. Il est entendu, qu'elle doit compléter l'effort global de développement socio-économique d'un pays.

CONCLUSION

Mesdames,
Messieurs,

J'ai largement parlé de la planification familiale comme telle et de ses aspects philosophiques, humaines, sanitaires et socio-économiques. J'ai parlé également à suffisance, les dangers liés à l'explosion démographique et les problèmes inhérents aux familles nombreuses.

Ainsi, suis-je en droit d'espérer que vos opinions sur la portée réelle du problème démographique et sur la signification exacte de la planification familiale en seront mieux fixées. Qu'il me soit permis pour conclure de faire quelques observations à l'assemblée.

Depuis bien des années l'on a parlé du problème de la surpopulation, mais l'on a souvent gardé le silence autour d'un autre problème démographique non moins crucial. Ici je veux parler de la situation du sous peuplement et du vieillissement de la population, lesquels constituent actuellement un sujet de préoccupation dans le monde occidental.

Etant donné la conception africaine de l'enfant et de la maternité ainsi que la peur éprouvée par les Africains de tomber dans la même situation que ces pays occidentaux, comment peut-on concilier la conception africaine de l'enfant et de la maternité et la planification familiale ?

Comment éviter aux pays africains ce phénomène de vieillissement de la population ?

La maman ne risque-t-elle pas d'être considérée comme une simple productrice d'enfants ?

L'enfant ne sera-t-il pas confondu avec n'importe quel bien d'équipement que l'on peut donc posséder ou ne pas posséder selon la possibilité des moyens financiers ?

Peut-on proposer un nombre idéal d'enfants à la famille africaine afin d'éviter à notre continent, le vieillissement précoce de la population ?

Honorables Délégués,
Chers Collègues,
Mesdames,
Messieurs,

Telles sont les quelques idées que j'avais à soumettre à votre réflexion.

Je vous remercie.

.../...

BIBLIOGRAPHIE

Comprendre la Démographie:

par Hubert Gérard et Guillaume
WUNSH Marabout Université 1973

Le Problème de la Population:

Une interpellation aux hommes
de notre temps.

Documents de travail établis
par les membres d'organisations
internationales catholiques et
des Experts-Conseils, Le CENTURION
1975.

Les Problèmes de population
au Burundi:

par J.P. Robatel, P. NYAMAYA,
J. Schmitt, A. Tahou.

Législation Tunisienne en matière
de Planning Familial:

Mars 1976.

Planification Familiale;
Politique Humaniste:

Office National du Planning Fami-
lial et de la Population Tunis,
Mars 1976.

Psychologie et Population:

De James T. FAWCETT (The Popula-
tion Council 1970).

Information et Attitudes du Person-
nel de santé en matière de régula-
tion des naissances:

par Mohamed Agad, Alain Marcoux
et Sodok SAHLI, Tunis Sept. 1976.

Le Rapport de mission, sur le voyage
d'étude en Tunisie, Kenya et Ile Maurice: Avril 1978.

Population Reports:

The George Washington University
Medical Center.

=====

3. L'Eglise et la Planification Familiale

A. Message de Son Excellence Monseigneur E. MILINGO

Archevêque de Lusaka - Zambie -Traduit de l'Anglais-

"...Nous catholiques, nous n'avons rien contre la Planification Familiale lorsque celle-ci signifie parenté responsable. Nous sommes tous d'accord avec l'espacement des Naissances pour la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant, et pour la sauvegarde de la paix et de l'harmonie dans la vie familiale. En tant que catholiques, nous nous opposons aux méthodes artificielles de planification familiale dont les conséquences sont déplorables..."

Monsieur le Président,

Je vous remercie de votre invitation d'assister au Séminaire Interafricain sur la Protection Maternelle et Infantile et la Planification Familiale, mais le changement apporté à la date originale ne m'a pas permis de me rendre au Séminaire comme je l'avais prévu en septembre. Toutefois, je me réjouis du fait que je me suis fait représenter par des femmes très compétentes qui sont mieux au courant des problèmes de la protection maternelle et infantile et sont réellement engagées dans la Planification Familiale.

Nous catholiques nous n'avons rien contre la Planification Familiale lorsque celle-ci signifie parenté responsable. Nous sommes tous d'accord avec l'espacement des naissances pour la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant, et pour la sauvegarde de la paix et de l'harmonie dans la vie familiale. Le Pape Paul VI dans son Encyclique sur la régulation des naissances dit: "L'Eglise est la première à apprécier et à recommander l'application de l'Intelligence humaine à une activité dans laquelle une créature rationnelle tel que l'homme est étroitement associé à son Créateur. Mais elle affirme que cela doit être fait dans les limites de l'ordre établi par Dieu". (Humanae Vitae: Encyclique de Pape Paul VI 1968)

L'espacement des naissances donne à la mère plus de temps pour s'occuper de son enfant jusqu'à ce que celui-ci puisse se tenir sur ses jambes. Lorsque le second enfant vient à naître, la mère est à même de laisser un peu de côté le premier enfant et de se consacrer au nouveau venu. Nous admettons tous que sevrer un enfant par force, pour ainsi dire, lorsqu'il y a un nouveau bébé, peut affecter négativement la santé physique et psychique de l'enfant. L'enfant se sent délaissé lorsque tout à coup, la mère s'occupe avec plus de tendresse du nouveau bébé.

.../...

Ce fait par lui-même peut étouffer le développement normal de l'enfant. C'est pourquoi nous admettons tous que l'espacement des naissances est une bonne chose et nous appelons cela parenté responsable.

En tant que catholiques, nous nous opposons aux méthodes artificielles de planification familiale dont les conséquences sont déplorables. Le Pape Paul VI écrivait sur les graves conséquences de la limitation des naissances par les méthodes artificielles dit: "Il faut d'abord voir comment cette manière de faire (limitation des naissances par des méthodes artificielles) peut ouvrir les portes à l'infidélité conjugale et à la dévalorisation des normes morales. Il n'est pas besoin de beaucoup d'expérience pour se rendre compte de la faiblesse humaine et comprendre que les hommes spécialement les jeunes qui sont tellement exposés aux tentations ont besoin de stimulants pour observer la loi morale et qu'il est mauvais de leur faciliter la violation de cette loi".

L'usage des contraceptifs peut faire perdre aux hommes et aux femmes le respect mutuel. Il est démontré que les contraceptifs entraînent des effets secondaires préjudiciables pour les femmes qui les utilisent. Nous nous y opposons également pour la raison que les infidélités conjugales se sont accrues du fait que les contraceptifs sont facilement mis à la portée des hommes et des femmes. Les hommes peuvent les acheter pour les procurer à leurs amies, très souvent jeunes filles qui sont ainsi mises à l'abri du risque de conception. Les Représentantes de la Zambie et l'Archevêché de Lusaka seront en mesure de citer des cas de plusieurs procédés artificiels communément utilisés qui ont bouleversé les rapports conjugaux normaux et la confiance mutuelle.

Lorsqu'il y a des raisons fondées pour l'espacement des naissances, nous acceptons l'usage de la méthode naturelle basée sur les cycles naturels du système reproductif, la période inféconde, que les femmes peuvent déterminer. Nos représentants seront en mesure d'exposer notre position de manière plus exhaustive.

Nous rejetons catégoriquement les raisons économiques avancées, bien qu'elles puissent sembler valables; nous ne pouvons les accepter comme justifications de l'espacement des naissances. Nous ne voulons pas mettre sur le même pied, l'enfant et les valeurs matérielles. Les biens matériels existent pour l'homme et non l'inverse. Le Pape Jean XXIII dans son Encyclique Mater et Magistra dit en confirmation de ce point de vue ce qui suit: "Aucune position du problème et aucune solution n'est acceptable si elle fait violence à la dignité fondamentale de l'homme et si elle est basée sur une conception toute matérialiste de l'homme lui-même et de sa vie. La seule solution possible à cette question est celle qui tient compte du progrès social et économique tant des individus que de toute la société humaine et qui respecte et promeut les valeurs humaines authentiques". (Mater et magistra Pape Jean XXI

Nous avons souvent remarqué que ceux qui invoquent des motifs économiques sont eux-mêmes aisés. Nous nous demandons dans quelle mesure ils sont sincères et honnêtes lorsqu'ils défendent pour raison de pauvreté ce genre de planification familiale auquel nous nous opposons.

Monsieur le Président, telles sont les idées que je voulais partager avec vous.

B. L'Eglise et la Planification Familiale:: par les Représentantes de Mgr. MILINGO de Zambie

Soutien à la Planification Familiale

A partir du bref message de Son Excellence l'Archevêque E. MILINGO et de ce que le Représentant de son Excellence Vincent NSENGIYUMVA, Archevêque du Rwanda va vous dire, vous pourrez constater que l'Eglise n'est pas contre la Planification Familiale. En fait, en s'appuyant sur les citations de l'Encyclique de Paul VI sur la Régulation des naissances, l'Archevêque de Lusaka montre que l'Eglise défend la Planification Familiale responsable qui respecte la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant et bien sûr de toute la famille.

D'après la citation tirée de l'Encyclique Mater et Magistra (Pape Jean XXIII) l'Eglise s'oppose catégoriquement à ce qu'on mette sur le même pied l'être humain et les biens matériels. C'est un fait que dans ces moments d'inflation et de récession, les raisons économiques ne doivent pas être négligées, mais n'est-ce pas les hommes matériellement et financièrement aisés qui préfèrent des familles aux dimensions réduites ? Les raisons souvent invoquées sont du genre: "j'ai besoin de jouir de mes vacances, d'avoir une voiture" etc... La plupart des cas, la véritable raison réside dans l'égoïsme de la part des parents. De telles raisons économique constituent-elles des justifications valables de la Planification Familiale ?

Les enfants issus de ces familles qui nagent dans l'opulence et ne partagent rien avec leur prochain, contribuent rarement au bien de la société dans laquelle ils vivent. De tels enfants grandissent avec peu de sens de responsabilités et de l'initiative. L'Eglise rejette ces justifications à la Planification Familiale parce qu'elles conduisent au déclin de la société.

Méthodes naturelles de Planification

L'Eglise recommande avec vigueur l'usage des Méthodes Naturelles d'Espacement des Naissances "comme elle approuve l'application de l'intelligence humaine à une activité dans laquelle une créature raisonnable tel que l'homme est associé si étroitement avec son Créateur". C'est pour cette raison que l'Eglise recommande l'usage des périodes fertiles dans le cycle reproductif de la femme pour assurer la procréation et celui des périodes inféconde pour éviter la conception.

.../...

En plus l'Eglise a entrepris des campagnes et des Séminaires dans tout le pays pour expliquer aux femmes les méthodes naturelles de la Planification Familiale. L'Eglise a patronné l'assistance de certaines de nos femmes aux conférences internationales sur les méthodes naturelles de manière à ce qu'à leur tour, elles puissent initier les femmes du pays. Par exemple, quelques femmes ont pris part à la Conférence Internationale Humanae Vitae à Melbourne, Australie du 10 au 19 février courant pour étudier la méthode de l'ovulation (Méthode de Billings). D'autres assistèrent à la conférence sur la même méthode à Milan, juin 1978 pour étudier la méthode de l'ovulation, en même temps que la méthode de la température et du rythme. Cette formation s'est avérée fructueuse au retour de ces femmes.

Pourquoi l'Eglise condamne-t-elle les méthodes artificielles de contraception ?

- La Pilule
- Depo Provera (injectable)
- La spirale (stérilet).

Toutes ces méthodes artificielles sont condamnées pour les motifs suivants:

- 1° Bien que l'usage des contraceptifs ne soit pas responsable de la permisivité sexuelle qui a caractérisé les 20 dernières années, il n'en joue pas moins un rôle important dans le développement de cette liberté sexuelle. La contraception encourage les relations sexuelles en donnant un sentiment de sécurité. Cela peut s'accompagner des cas de plus en plus fréquents d'infidélité et de promiscuité particulièrement chez les jeunes filles avec pour conséquence des effets préjudiciables.
- 2° Le recours aux contraceptifs a été souvent associé à des cas de maladies vénériennes. Dr. W.M. Platt, médecin vénérélogiste, écrit dans une revue médicale néo-zélandaise que la "pilule s'est révélée un générateur puissant de maladies vénériennes non seulement de sécurité, mais aussi en ce que selon toute évidence elle facilite la transmission du gonocoque".

Dr. Kevin Hume dans son exposé ("les conséquences physiques de la contraception", présente à la conférence internationale, Humanae Vitae, Melbourne, Australie, février 1978 souligne quelques graves dangers de la contraception. En citant les revues médicales britanniques publiées dès 1976, il put relever les corrélations suivantes:

- a) L'infécondité à la suite de la pilule
- b) Le saignement et la pilule
- c) Les effets de la pilule sur le métabolisme
- d) La Thrombose coronaire et la pilule
- e) La Thrombose cérébrale et la pilule
- f) Les tumeurs du foie et la pilule
- g) Les réactions émotionnelles et la pilule
- h) La mortalité associée à la pilule.

... / ...

"Il semblerait, je cite: " que la femme éclairée des années 1970 qui prétend agir en toute responsabilité en mettant sa fille au régime de la pilule devrait considérer sa position. La pilule en encourageant la promiscuité, expose la fille adolescente au risque d'une série de maladies sexuellement transmissibles, met en danger sa fécondité et accroît les risques de cancer ... durant sa vie ultérieure".

La pilule n'est pas le seul contraceptif qui comporte des effets secondaires négatifs. Combien de fois n'avons-nous pas lu au sujet de Depo Provera et de Stérilet ? En fait nous entendons que le Depo Provera n'est plus utilisé aux USA. Les gynécologues et médecins ici présents sont mieux placés pour attirer l'attention de cette assemblée sur les grands dangers liés à ces méthodes. Ou alors l'Afrique est tout simplement en train de fermer les yeux au fait qu'elle est utilisée comme terrain expérimental pour les produits des pays développés. J'espère que nous réaliserons ce problème avant qu'il ne soit trop tard.

C. L'Eglise et la Planification Familiale

Exposé du Père Dr. Henri HOSER, S.A.C.

"L'Eglise insiste tout particulièrement sur deux valeurs importantes, à savoir l'Amour Conjugal et la Paternité Responsable. La parenté responsable s'exerce soit par la détermination réfléchie de faire grandir une famille, soit par décision prise pour de graves motifs, d'éviter temporairement ou même pour un temps indéterminé, une nouvelle grossesse dans une commune entente avec l'épouse".

L'attitude de l'Eglise envers la Planification Familiale a été formulée parallèlement à l'apparition de ce problème dans la vie des sociétés modernes et dans la conscience des individus, tout en trouvant sa pleine expression dans le document de base, rédigé après des études fouillées et une réflexion approfondie et publiée par le Pape Paul VI, il y a dix ans, sous le titre "Humanae Vitae". Le contenu de ce document a trouvé dès lors sa pleine affirmation au cours des années qui viennent de s'écouler.

L'Eglise est parfaitement consciente de la gravité du problème et suit de près les nouveaux facteurs qui entrent en jeu. Il s'agit tout d'abord du rapide développement démographique, suivi d'une inquiétude croissante pour bien des familles et pour des peuples en voie de développement.

En outre, des conditions de travail et de logement, comme aussi les exigences accrues dans le domaine économique et dans celui de l'éducation, rendent souvent difficile, aujourd'hui, la tâche d'élever convenablement un grand nombre d'enfants.

On assiste aussi à un changement dans la façon de considérer la personne de la femme et sa place dans la société. Des efforts ont été faits pour sa promotion.

.../...

Les qualités interpersonnelles au sein d'une famille ainsi caractérisée incluent la paternité responsable sur laquelle, à bon droit, on insiste tant aujourd'hui. Cette Paternité responsable comprend plusieurs aspects. Par rapport aux processus biologiques d'abord, la paternité responsable signifie connaissance et respect de leurs fonctions. La faculté, le pouvoir de donner la vie, y compris les lois biologiques de la procréation, font partie intégrale de la personne humaine.

Par rapport à la vie affective et instinctive, la paternité responsable signifie la nécessaire maîtrise que la raison et la volonté doivent exercer sur elle.

Enfin, par rapport aux conditions physiques, économiques, psychologiques et sociales, la paternité responsable s'exerce soit par la détermination réfléchie de faire grandir une famille, soit par décision prise pour de graves motifs, d'éviter temporairement ou même pour un temps indéterminé une nouvelle grossesse, dans une commune entente avec l'épouse.

Quant à la vie sexuelle même, l'Eglise souligne avec force qu'elle ne peut signifier que deux réalités: UNION en tant que signe d'amour et PROCREATION. C'est en sauvegardant ces deux aspects essentiels union et procréation, que l'acte sexuel conserve intégralement son sens de don mutuel et de véritable amour, et son ordination à la vocation de l'homme à la paternité.

En conformité avec ces points fondamentaux, l'Eglise déclare qu'est absolument à exclure, comme moyen de régulation des naissances, l'interruption directe du processus de génération déjà en cours. Et surtout l'avortement, directement voulu et procuré, même pour des raisons thérapeutiques, ainsi que tous les autres moyens de mécanisme abortifs, à savoir le stérilet, "morning after pill" et certaines formules séquentielles.

La vie humaine est sacrée, rappelait Jean XXIII, dès son origine, elle engage directement l'action créatrice de Dieu". De même l'homme n'a pas et la médecine non plus, sur son corps un pouvoir illimité. Le contraire fut toujours tragique pour l'humanité, l'histoire l'a montré à plusieurs reprises.

Est pareillement à exclure la stérilisation directe, qu'elle soit définitive ou temporaire, tant chez l'homme que chez la femme, aussi bien de nature chirurgicale qu'hormonale, chimique ou mécanique

Le problème médical: L'Eglise en revanche, n'estime nullement exclu l'usage de moyens thérapeutiques vraiment nécessaires pour soigner des maladies de l'organisme, même si l'on prévoit qu'il en résultera un empêchement à la conception. A condition que le but directement voulu soit un bien supérieur conditionné par cette intervention.

On peut donner à titre d'exemple, l'usage de la médication hormonal de type de l'inhibition de l'ovulation en tant que soins à donner à une mère pendant la période qui suit l'accouchement, lorsqu'elle a subi plusieurs césariennes périlleuses ou une rupture utérine.

Dans certains cas par exemple où une nouvelle grossesse fatale pour la mère et pour l'enfant à naître et que la continence des époux, même temporairement s'avère impossible, on peut admettre une intervention thérapeutique en vue du bien total de la mère et pour la survivance de la famille, même si l'on prévoit qu'elle arrêtera l'ovulation. Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas de simple limitation de naissance.

Le Problème démographique: L'Eglise n'ignore pas cependant les problèmes que posent la forte natalité dans certaines régions du monde où l'accroissement démographique est supérieur à celui des ressources économiques. Faut-il rappeler que l'Etat, ni aucune autorité humaine, n'a le droit d'imposer aux parents un nombre limité d'enfants. Mais l'Etat a le devoir et le droit d'aider les citoyens à prendre conscience de leurs responsabilités de parents, et dans le domaine de la natalité, viser à une sage éducation de la population par une prévoyante politique familiale.

On ne serait sans une grave injustice, rendre la divine providence responsable de ce qui dépendrait au contraire d'un défaut de sagesse de gouvernements, d'un sens insuffisant de la justice sociale, d'un accaparement égoïste de certaines nations par rapport aux autres, ou encore d'une blâmable indolence à affronter les efforts et les sacrifices nécessaires pour assurer l'élévation du niveau de vie d'un peuple et de tous ses enfants.

La vraie solution se trouve seulement dans le développement économique et dans le progrès social, qui respectent et aident à la promotion des vraies valeurs humaines individuelles et sociales.

Les solutions proposées:

Les travaux auxquels ce séminaire est consacré touchent directement les graves questions de la protection maternelle et infantile et de la planification familiale qui ne peuvent laisser personne indifférent.

A cette oeuvre capitale, beaucoup sont appelés à contribuer selon leur compétence, et il dépend d'eux, de leur conviction, de leur engagement et de leur persévérance, qu'elle se réalise concrètement et qu'elle progresse.

Le premier domaine sur lequel l'Eglise souhaite attirer l'attention est celui de la Recherche. Il est encourageant de noter le nombre croissant des recherches scientifiques rigoureuses qui, au cours des dix années qui ont suivi l'Encyclique "Humanae Vitae" ont été entreprises dans le champ de la planification familiale naturelle.

Les méthodes naturelles de régulation des naissances sont par définition, celles qui tirent parti du fait biologique, que les femmes sont la plupart du temps infécondes, durant toute la phase reproductive de leur vie.

Cette connaissance des lois biologiques de la fécondité humaine qui favoriserait une régulation des naissances par des méthodes naturelles est extrêmement importante et exige que les recherches scientifiques s'intensifient en ce domaine, qu'elles soient coordonnées et que ce travail soit soutenu par des investissements proportionnels à l'enjeu en question et au service rendu.

Le deuxième domaine sur lequel l'Eglise voudrait attirer l'attention est celui de la PROMOTION. Elle réitère ses encouragements envers tous ceux qui travaillent pour la promotion du planning familial naturel soit directement auprès des couples, soit dans le domaine médical et social. Elle demande aussi de manière pressante que la tâche de mettre les résultats de la recherche scientifique au service des couples partout dans le monde, soit poursuivie avec d'intenses efforts.

Il est important que les autorités publiques et les organismes internationaux, le personnel médical, les artisans sociaux, les conseillers matrimoniaux, les éducateurs reconnaissent les hautes valeurs positives qui sont à trouver dans les méthodes naturelles.

La connaissance et la compréhension de la fertilité aident à assurer une autonomie personnelle en libérant les couples des moyens artificiels, tout en les conduisant à un degré de self-control sexuel qui est directement opposé au permissivisme et à la promiscuité qui constituent aujourd'hui un des graves problèmes sociaux à résoudre.

Il est donc hautement souhaitable que les agences publiques manifestent aux couples et organisations dont les convictions les amènent à suivre ces idéaux; l'intérêt auquel ils ont droit. Et que l'entraide ne cesse de s'amplifier entre tous les membres de la grande famille humaine: c'est un champ d'action illimité qui s'ouvre là à l'activité des grandes organisations internationales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Paul VI, Lettre Encyclique sur la régulation des naissances "Humanae Vitae", éd. Les Presses Lavigerie à Bujumbura
2. Lettre Pastorale des Evêques du Rwanda et du Burundi sur l'amour et le devoir de transmettre la vie humaine du 24 janvier 1969
- 3° Lettre des Evêques concernant la contraception destinée aux prêtres, aux autorités publiques, aux membres du corps médical - 24 janvier 1969
- 4° Message du Cardinal Villot à la Fédération Internationale de l'Action Familiale / FIDAF. L'Observatoire Romano - 28 juin 1977 -
- 5° La Science au service de la paternité responsable - Lettre du Cardinal Jean Villot à la Conférence de Melbourne, L'Observatoire Romano, éd. hebdomadaire 21 février 1978.
- 6° "La paternité responsable dans l'Enseignement de l'Eglise" - Message du Cardinal Secrétaire d'Etat à l'Archevêché de New-York, L'Observatoire éd. Hebdomadaire 13 juin 1978.

.../...

IIIème Partie: Expérience de quelques pays en matière de planification familiale et de protection maternelle et infantile

1. La Formation du Personnel de planification familiale, Expérience tanzanienne: - par Mme Grace MTWALI- -Traduit de l'Anglais-

"..Chacun de nous dans cette conférence a l'obligation d'offrir aux couples africains la possibilité de jouir d'une meilleure qualité de la vie, notamment grâce à la Protection Maternelle et Infantile et la Planification Familiale: Planifier c'est choisir".

INTRODUCTION

Notre programme de formation a commencé en octobre 1970 après consultation avec le Ministère de la Santé. L'un des objectifs de l'Association de Planification familiale de Tanzanie (UMATI) était de former le personnel spécialement dans le domaine de la protection maternelle et infantile. L'autre est d'éduquer la population en matière d'espacement des naissances par les méthodes traditionnelles et modernes de contraception. Ces objectifs sont semblables à ceux d'autres associations de planification familiale, mais UMATI n'épargne aucun effort pour les réaliser.

PHILOSOPHIE

UMATI est une petite association au point de vue du nombre du personnel. Cependant, nous de l'association, nous nous appuyons sur le peuple et l'encourageons à décider comment il aimerait que l'espacement des naissances soit relancé ou amélioré durant cette période de changement social et de conflit des valeurs. C'est ainsi que nous disposons de plus de 2.000 personnes engagées, hommes et femmes volontaires pour la plupart des dirigeants de leurs communautés qui ont une formation générale en matière de planification familiale. C'est là une loi non écrite de nos services sociaux. La formation est donc l'une des activités principales d'UMATI et est organisée à intervalles réguliers.

PARTICIPANTS ET LEURS CARACTERISTIQUES

La plupart des participants sont le personnel gouvernemental tandis qu'une minorité est constituée par le personnel des agences volontaires et d'UMATI. Ce sont en gros des médecins, des cadres d'UMATI, des infirmières, sages-femmes, des aides-infirmières et aides-accoucheuses y compris le nouveau personnel d'aides pour la protection maternelle et infantile qui s'occupe de la protection maternelle et infantile et de la santé dans les régions rurales.

La sélection des participants est principalement basée sur les qualifications professionnelles: type d'occupation du candidat, nature des cours, capacité de lire et écrire (Anglais et/ou Kiswahili).

.../...

FORMATION DU PERSONNEL DANS TROIS CENTRES DE FORMATION

Le noyau de ce groupe est composé comme suit:

- 1 Directeur médical et de formation
- 1 Fonctionnaire médical
- 6 Formateurs
- 2 Formateurs assistants.

Le personnel d'appointement est constitué par le Vice Président de l'Association de planning familial de Tanzanie, ainsi que son Secrétaire Exécutif, le personnel de l'Information, les Obstétriciens-Gynécologues, les travailleurs d'UMATI, le personnel régional et le personnel de protection maternelle et infantile de zone, les infirmières des communautés locales de la protection maternelle et infantile et quelques profanes bien sélectionnés.

Bien que ce groupe possède déjà une orientation médicale, l'accent est mis pour les cours de base sur la question de cliniques, sur les connaissances en matière de communication. Des stages de recyclage sont organisés suivant les besoins.

LES COURS DISPENSES

Le document n°53, 1973 de l'OMS sur la santé publique indique quelques points essentiels concernant l'élaboration d'un programme de formation. Je vais retenir quelques unes de ces indications pour mon exposé. Voici ces indications qui permettent à cet enseignement d'être assimilé, analysé et appliqué dans la pratique:

- Disponibilité des ressources
- Objectif du programme de planification familiale en rapport avec ceux du contenu des cours
- Fonctions envisagées pour ceux qui sortent de ces cours
- Niveau envisagé d'éducation générale et éventuellement professionnelle de l'élève
- Milieu socio-culturel d'où proviennent les élèves en relation avec les conditions de vie de la famille
- Modalités d'introduction de la planification familiale
- Nature d'informations et de méthodes nécessaires à l'évaluation et à la réorganisation.

Nous avons essayé de tenir compte de ces facteurs en faisant appel aux efforts de diverses personnes et disciplines. Une aide appréciable a été apportée par le comité chargé de formation comprenant des membres issus de la communauté des disciplines médicales et paramédicales, de la sociologie et du service social.

.../...

I. LES PARTICIPANTS AU PROGRAMME DE FORMATION DE LA FPAT

Voici les résultats de notre formation jusqu'à 1977:

Tableau 1: Potentiel de planification familiale 1971 - 1977: 2.591

Animateurs y compris ceux de FPAT	1971 - 1977:	1.374
Animateurs de FPAT	1971 - 1977:	<u>50</u>
Total de tout le personnel de planification familiale: 4.015		

Personnel de planification familiale par année:

<u>Année:</u>	<u>A n i m a t e u r s</u>		
1970 oct. - déc.	13		13
1971	262	65	197
1972	702	400	303
1973	441	117	324
1974	342	92	250
1975	609	315	294
1976	701	304	397
1977	805	81	814

II. LES COURS PRINCIPAUX

1. Cours de question des cliniques, éducation sanitaire

La durée est de 4 semaines au Centre National de formation et deux semaines aux Centres de Protection Maternelle et Infantile de zone. La différence réside dans le degré d'approfondissement des divers aspects de planification familiale. Dans ces cours les sage-femmes forment la majorité de ceux qui se préparent à s'occuper de l'espace des naissances et de l'éducation des clientes dans la pratique continue de la planification familiale. 2.591 personnes assurent ces services ont été formées. (Tableau 1)

2. Cours d'éducation sanitaire, Motivation

Ce cours de deux semaines est destiné à ceux qui se consacrent à éduquer et/ou à pratiquer la planification familiale dans les zones rurales ainsi qu'aux instructeurs en Nutrition, aux Aides-accoucheuses et Fonctionnaires médicaux. 1.374 personnes de cette catégorie ont été formées dont 50 sont des travailleurs sociaux d'UMATI de l'Association de Planification Familiale (Tableau 1).

3. Cours pour les élèves médicaux

Etant donné que le programme médical d'UMATI inclut la planification familiale, UMATI complète cette formation par une semaine de cours pratique durant la 4ème et la 5ème année dans le cadre de la formation en matière de santé et de gynéco-obstétrique. L'objectif de cette formation est de permettre aux étudiants d'évaluer les besoins en matière de planification familiale, d'appliquer la planification familiale comme partie intégrante des services de protection maternelle et infantile, de conseiller les branches locales d'UMATI sur les aspects médicaux de pratique de la planification familiale et de superviser tout le personnel de protection maternelle et infantile.

.../...

4. Cours d'infirmiers (ères), de sage-femmes et d'infirmiers (ères) d'asiles psychiatriques

Ces cours varient de quelques heures à une semaine de cours spécial théorique avec un minimum de deux sessions d'expérience clinique en planification familiale comme partie d'un programme intégré, des notions théoriques sont données par des écoles d'infirmiers, infirmières, sur des sujets appropriés. La pratique clinique est acquise dans les services intégrés de protection maternelle et infantile existants. Les objectifs de ces cours sont les mêmes que ceux des étudiants médicaux mais appliqués à l'activité paramédicale.

5. Des séminaires pour enseignants

Pour améliorer la formation préliminaire en planification familiale des écoles paramédicales, les enseignants assistent à des séminaires d'une semaine sur les méthodes de planification familiale, d'intégration de la protection maternelle et infantile, et la planification familiale dans les diverses matières. La priorité est donnée aux enseignants d'instructeurs auxiliaires de protection maternelle et infantile, aux enseignants d'accoucheuses et aux vulgarisateurs locaux en matière de santé. Quelques administrateurs de centres paramédicaux ont bénéficié de ces séminaires. Notre objectif prochain est la création d'un Collège National qui forme des enseignants pour toutes les branches paramédicales.

6. Formation d'animateurs

Dans ce domaine, UMATI forme beaucoup d'animateurs non médicaux à travers des séminaires, des entretiens en invitant les gens ou en étant invités par eux. Par exemple les volontaires de FPAT dans divers districts et régions.

Les volontaires sont inclus dans le personnel de planification familiale bien qu'ils ne soient pas rémunérés. Ils forment le noyau de notre association. Ainsi près de 800 volontaires actifs ou plus ont pris part à des séminaires visant à leur exposer les buts et la politique d'UMATI, les liens entre la politique sanitaire et celle d'UMATI, le bien fondé de l'éducation en matière familiale, les aspects de la vie familiale notamment la gestion, l'organisation des branches, etc.. Comme la plupart de ces volontaires sont membres de leurs propres organisations, la diffusion de la planification familiale en est facilitée et semble porter déjà des fruits. Un second groupe qui bénéficie des cours réguliers en planification familiale dans le cadre d'un projet chrétien est celui de notables de la paroisse qui assistent à deux semaines de séminaires sur la vie familiale. Parmi eux, une centaine a déjà fréquenté ces cours. Le troisième groupe de volontaires est constitué de Secrétaires-volontaires. Ils sont employés à temps partiel pour assurer le secrétariat de nos branches UMATI. A cause de leur expérience et du fait qu'ils parviennent de leur communauté de base, leurs services sont indispensables.

7. Travailleurs sociaux

Les élèves sont également initiés annuellement à la pratique et à la théorie de la planification familiale du moins pour une minorité d'entre-eux. L'objectif est de leur permettre de sensibiliser leurs clients à l'utilisation de la planification familiale comme solution à leurs problèmes sociaux.

III. CONTENU DES COURS DE FORMATION

Le contenu des cours dépend des objectifs, c'est-à-dire l'activité qu'on attend des participants à la fin de leur formation. En cas de nécessité, les cadres formés ont été rappelés après une période donnée ou formés sur leur lieu de travail par les plus anciens par exemple dans l'insertion des D.I.U. Voici une revue de quelques cours qui sont enseignés suivant les objectifs du service intégré de protection maternelle et infantile et la planification familiale de Tanzanie tel qu'il existe actuellement. Généralement on vise à faire acquérir aux élèves les connaissances suivantes:

- connaissances en matière de communication
- connaissances en matière d'éducation
- connaissances cliniques
- connaissances en gestion - administration.

Après leur formation, les élèves sortants devraient être aptes à répondre aux besoins de la population. Bien que notre programme ait été lancé par un personnel jouissant d'un minimum de formation une formation systématique a été récemment entreprise grâce à l'IPPF et au Ministère de la santé. De cette façon, des améliorations sont à espérer.

IV. METHODE D'ENSEIGNEMENT

L'enthousiasme de nos élèves a été un élément important. Cependant comme on avait affaire à des élèves adultes, les méthodes suivantes ont été utilisées pour leur permettre d'atteindre les objectifs de la formation:

- un enseignement actif basé sur la participation
- démonstration sur la base du groupe ou individuelle
- jeu de rôles
- solutions des problèmes et études de cas
- films, graphiques, affiches, modèles
- instruction programmée
- affectations
- conférences et discussions.

L'enseignement par équipes est donné chaque fois qu'il s'agit de candidats de composition hétérogène. L'utilisation de la bibliothèque se développe au fur et à mesure que notre bibliothèque s'étend. En attendant, les enseignants et les élèves disposent de livres appropriés et des revues qui leur permettent de suivre l'évolution en matière de planification familiale.

2. La Santé Maternelle et Infantile en Tanzanie

par Mme Monica J. SOZIGWA

"... L'unité de base des services de protection maternelle et infantile sera constituée par les cliniques de PMI. Ces cliniques combinent dans la même journée les divers services de PMI y compris l'évaluation et l'éducation en nutrition, les vaccinations, les soins prénatals et postnatals, l'espacement des naissances, la lutte contre la malaria, l'éducation sanitaire, le traitement des maladies courantes. Cette intégration des services comporte pas mal d'avantages".

I. INTRODUCTION

Divers programmes de protection de la santé maternelle et infantile existent en Tanzanie depuis plusieurs années. L'accent mis actuellement sur la protection maternelle et infantile traduit le désir du gouvernement de renforcer cet aspect des services de santé de base, en accord avec l'engagement du gouvernement de promouvoir le développement sanitaire de la campagne. Le premier pas dans cet effort est réalisé par l'intégration sur le plan organisationnel de tous les programmes relatifs à la protection maternelle et infantile. Ce programme intégré sera dirigé et développé par un organisme central de protection maternelle et infantile attaché à la Division de services de Prévention du Ministère de la Santé.

II. HISTORIQUE

Nutrition: Depuis quelques années, une division pour la nutrition existe au sein du Ministère de la Santé. L'une des principales activités de cette division a été de faire fonctionner une "Ecole de Nutrition", qui dispensait une formation de 9 mois en matière de nutrition à différentes catégories de travailleurs sanitaires. Il y a à peu près 75 diplômés de cette école, y compris des infirmières de grade B, des aides médicaux ruraux, des infirmières médicales qui assurent la direction de la plupart des activités de nutrition dans le pays.

Vaccinations pour les enfants de moins de 5 ans:

Ces programmes de nutrition étaient d'abord centrés sur l'évaluation en matière de nutrition et sur les consultations données aux enfants. Par après, les vaccinations et les consultations prénatales furent ajoutées à chaque clinique de nutrition. Comme on voulait étendre ces services aux régions rurales on recourut aux équipes mobiles pour assurer ces services. Ces équipes étaient généralement attachées aux hôpitaux de district et avaient leurs cliniques dans les dispensaires de campagne, les centres de santé et éventuellement dans les écoles et autres endroits. C'est la situation aujourd'hui, avec l'expansion des services de nutrition des enfants de moins de 5 ans qui a lieu selon deux voies: soit par la multiplication des équipes mobiles, soit par la création des centres de santé ruraux et les dispensaires de leurs propres cliniques lorsqu'ils disposent d'équipement suffisant (réfrigérateurs, balances, etc..) et un personnel qualifié.

.../...

Des activités similaires, telles que les équipes mobiles sont exercés par des hôpitaux en collaboration avec les services de santé du gouvernement.

Consultations et soins prénatals: Les services prénatals et d'accouchements ont été à l'origine assurés dans des cliniques séparées installées dans les maternités, les dispensaires, les centres de santé et les hôpitaux. Le personnel comprend généralement des aides infirmières, des sage-femmes de village, plus des infirmières accoucheuses qui supervisent le travail dans des établissements plus importants. Les soins prénatals sont les plus anciens des services de protection maternelle et infantile et rencontrent largement l'assentiment de la plupart des mères.

Espacement des naissances: Une autre fonction des services de PMI, l'espacement des naissances a été principalement prise en charge par UMATI, Association tanzanienne de planification familiale, agissant indépendamment mais en étroite collaboration avec le gouvernement. UMATI assure des programmes réguliers de formation aux infirmières dans le domaine de la sensibilisation et des techniques d'espacement des naissances. UMATI dispose également d'employés à temps plein qui travaillent dans les grands centres urbains qui possèdent leurs propres cliniques et approvisionnent les cliniques publiques. Les récentes instructions du gouvernement ont exigé que les services d'espacement des naissances soient disponibles dans tous les services gouvernementaux, y compris au niveau des centre de santé et des dispensaires.

D'autres programmes: Un bon nombre de programmes connexes ont contribué à la santé maternelle et infantile. La campagne de vaccination contre la variole et la tuberculose lancée dans la première moitié des années 1970 a touché 70 % de la population. Quelques petites unités de nutrition fonctionnent dans le pays pour récupérer les enfants les plus gravement atteints par la malnutrition et éduquer leurs mères. Une forme d'éducation sanitaire est maintenant en cours, conduite par la plupart des cadres sanitaires et en plus de ça une campagne nationale sous le mot d'ordre de "Mtu ni Afya" (l'homme c'est la santé) a été lancée récemment et une seconde sous le mot d'ordre de "Chakula ni Uhai" (la nourriture c'est la santé) va être lancée très prochainement. Les services de santé primaire ont évidemment déployé tous les efforts en faveur des mères et des enfants malades.

III. STRUCTURES ORGANISATIONNELLES

a) Sur le Plan local: L'unité de base des services de protection maternelle et infantile sera constituée par la clinique de PMI. Ces cliniques combinent dans la même journée les divers services de PMI, y compris l'évaluation et l'éducation en nutrition, les vaccinations, les soins prénatals et postnatals, l'espacement des naissances, la lutte contre la malaria, l'éducation sanitaire, le traitement des maladies courantes.

.../...

Cette intégration des services comporte pas mal d'avantages:

- Elle permettra aux femmes qui d'ordinaire se rendent à différentes cliniques pour différents services d'être servies en un seul jour. Cela aura pour effet d'économiser leur temps et alléger le lourd fardeau qui pèse sur les cliniques.
- Les mères qui viennent uniquement pour les services plus courants tels que le traitement des maladies, les consultations prénatales auront également à leur portée de nouveaux services tels que l'espacement des naissances et les vaccinations.
- Grâce à cette intégration des services de PMI sur une base journalière au niveau des hôpitaux et centres de santé, et peut-être deux fois par semaine au niveau des dispensaires, le travail des cliniques se trouvera allégé dans une très grande mesure. L'implantation concrète de ces cliniques variera avec chaque localité.
- Les mères et les enfants qui se rendent à un centre de santé pour une raison quelconque devraient passer par la clinique de PMI. Cela permettra au personnel de PMI d'identifier les cas que la mère peut ne pas avoir remarqués et de lui prescrire des moyens préventifs auxquels elle peut ne pas avoir songé. Les maladies bénignes seront traitées à la clinique de PMI et seulement les cas les plus graves seront transférés à la clinique médicale. Cela marchera le mieux là où fonctionnent journalièrement les cliniques PMI, mais peut aussi être réalisé là où elles fonctionnent de façon intermittente. Il est évident que les enfants gravement malades devront être dirigés vers la clinique médicale.

Vaccins: Plusieurs éléments doivent être pris en considération dans l'organisation de cliniques PMI, journalières ou hebdomadaires. C'est notamment le cas des vaccins. Pour les cliniques qui fonctionnent chaque jour, il faut que les vaccins soient conservés à la clinique ou tout près de manière qu'ils soient disponibles au moment opportun. Des projets sont en voie d'élaboration en vue d'équiper tous les centres de santé et les dispensaires de catégorie A, de petits frigos à pétrole pour faciliter cette tâche. Pendant quelques temps, il sera encore nécessaire aux équipes mobiles de transporter les vaccins vers les régions éloignées où les moyens de réfrigération manquent encore.

En outre, les vaccins seront livrés en dose de 10, au plus 25 personnes de sorte qu'on les ouvrira sans problème même pour un certain nombre d'enfants. Cela est également indispensable, telles que les balances pour les mères et les enfants, les sphygmomanomètres le matériel de stérilisation (des instruments), sera fourni à chaque établissement prêt à ouvrir sa propre clinique de protection maternelle et infantile.

.../...

Le programme de vaccination suivant est recommandé:

<u>Avant Nais.</u>	<u>Après Nais.</u>	<u>1e Visite</u>	<u>2e Visite</u>	<u>3e Visite</u>	<u>4e Visite</u>
Antitétanique	BCG	DTP	DTP	DTP	Rougeole
pour les fem- mes enceintes	Varirole	BCG	Polio	Polio	
		Varirole			
		Polio			

Les équipes mobiles: L'accent mis sur les établissements permanents de protection maternelle et infantile signifie que le rôle joué par les équipes mobiles ira en se modifiant. Même maintenant les équipes mobiles devraient commencer à assurer les services dans les cliniques de PMI ainsi que dans leurs propres cliniques ! En outre, elles devraient déjà commencer à orienter le personnel de tous les dispensaires et centres de santé qu'elles visitent à organiser et faire fonctionner une clinique de PMI.

Les responsabilités pour chaque clinique devraient passer au personnel local, de sorte que celui-ci prenne conscience qu'il s'agit bien de sa propre clinique lorsque l'équipement devient disponible, le personnel local sera alors en mesure de prendre en main sa propre clinique de PMI. L'équipement mobile devrait continuer les visites, probablement mensuelles mais à titre de conseil et d'approvisionnement. Pour mener à bien cette période de transition, chaque équipe mobile doit élaborer les plans bien précis avec chaque établissement qu'elle visite, de manière que tout le monde ait une vue d'ensemble des objectifs poursuivis.

b) Au niveau de district régional: Dans le but de répondre à la nécessité d'une coordination au niveau des programmes de PMI, il faut que chaque district et région désignent une infirmière chargée des services de PMI. Là où existent déjà maintenant des fonctionnaires de district chargés de la nutrition, leurs attributions devraient être élargies pour inclure tous les programmes de PMI et ils devraient être réaffectés comme infirmiers (ou infirmières) chargés des services de PMI. Ces infirmiers - infirmières devraient coordonner tous les programmes de PMI, tant du gouvernement que des agences volontaires, intégrant la nutrition, les soins prénatals et postnatals, les vaccinations courantes, l'espacement des naissances, la lutte contre la malaria, l'éducation sanitaire, le traitement des maladies courantes. Ils seraient sous l'autorité des responsables médicaux de district ou de région.

Rapports: Des rapports mensuels sur les activités de PMI doivent être élaborés sur des formulaires - modèles et envoyés à l'échelon de district. Une copie du rapport devrait être transmise au département de PMI, au Ministère de la Santé et une autre au Responsable médical régional concerné. Il est nécessaire que les rapports soient expédiés par le District directement au Ministère de la Santé pour éviter tout retard dans la commande des fournitures et des vaccins en particulier.

.../...

Les vaccins seront livrés tous les trois mois en quantité suffisante. Chaque mois, District et Région doivent fournir des rapports sur la quantité de vaccins qui restent dans les stocks. En cas de nécessité, des vaccins supplémentaires peuvent être livrés avant terme. La quantité de vaccins fournis à chaque district et région dépendra des rapports mensuel reçus de la part des districts. Cela signifie que chaque district doit absolument envoyer régulièrement les rapports mensuels s'ils veulent recevoir continuellement de vaccins et d'autre matériel de PMI. En ce qui concerne les vaccins, les commandes doivent préciser le nombre de doses. Des séminaires au niveau de district et de région seront organisés régulièrement pour initier le personnel local aux détails relatifs à la confection des rapports, à l'utilisation des vaccins, etc...

c) Au niveau national: Toutes les activités de PMI seront dirigées par un département de PMI au Ministère de la Santé. Ce département a été créé à partir de l'ancien département de Nutrition et tous les rapports et questions sur les activités de PMI doivent être adressés à cette section des services de prévention. Le département de PMI délivrera des fiches de croissance, des fiches de consultations prénatales, des fiches d'espacement des naissances, du matériel de PMI si possible, des vaccins, de la chloroquine et des denrées alimentaires. Tous ces vaccins sont actuellement classés et livrés directement par le Ministère de la Santé et non par le laboratoire central de Pathologie comme auparavant. Cela signifie que les demandes de vaccins devraient être adressées au Ministère de la Santé. En cas d'urgence, on peut téléphoner au magasin de stockage des vaccins à Dar-es-Salaam.

Les Comités PMI de zone: Pour aider au progrès des activités de PMI et à la formation du personnel, 3 comités PMI de zone sont en voie d'être mis sur pied. Ils seront établis à Mwanza pour desservir les régions de Mwanza, Shinyanga, West Lake, Tabora, Kigoma et Mara; à Moshi pour desservir les régions de Dodoma, Singida, Arusha, Kilimandjaro et Tanga; à Dar-es-Salaam pour les régions de Coast, Dar-es-Salaam, Morogoro, Iringa, Mbeya, Mtwara, Linda et Ruvuma. Les comités de zone de Moshi et Mwanza seront une partie intégrante des centres hospitaliers sous la Direction du Responsable médical. Le comité de zone de Dar-es-Salaam aura son siège dans le département de PMI du Ministère de la Santé. Chaque comité sera composé de pédiatres consultants, d'obstétriciens-gynécologues et de médecins de la santé publique à la disposition de l'hôpital et de la zone. Ils seront assistés de plusieurs infirmiers-infirmières expérimentés qui seront attachés au comité pour des services de PMI dans toute la zone. Ils auront à leur disposition des fonds pour organiser des séminaires et des séances de travail chaque année, à la fois au siège de la zone et à l'échelon de district et de région. Ils sont supposés pouvoir donner au personnel des centres de santé et des dispensaires une orientation appropriée au bon fonctionnement des cliniques PMI intégrées, à l'utilisation de nouvelles fiches de cliniques, à l'élaboration correcte des rapports mensuels, à la conservation et au transport des vaccins.

Chaque district et région sont encouragés à se mettre en contact avec leur comité de zone respectif dans les cas d'assistance lors de séminaires ou de n'importe quel aspect des services de protection maternelle et infantile. Les comités de zone peuvent être contactés en écrivant à leurs adresses. Les bureaux sont supposés ouvrir en février.

U M A T I: Jusqu'à présent, l'UMATI (Association de Planification Familiale de Tanzanie) s'est principalement occupé de la promotion de l'espacement des naissances de la distribution des moyens d'espacement de naissances, de la formation du personnel, de la fourniture des services dans les cliniques de planification familiale. Selon le nouveau projet, les services d'espacement des naissances seront avant tout assurés par les cliniques de PMI à l'hôpital, dans les centres de santé et les dispensaires. Cela dépassera évidemment la capacité d'UMATI de fournir le personnel ou de prendre en charge la supervision et le Ministère de la Santé a donné son accord pour que tout le gouvernement concoure directement à assurer ces services. Les services de santé d'UMATI continueront à se charger principalement de l'éducation en matière d'espacement des naissances tant au niveau national et local et la distribution des contraceptifs et autres fournitures aux responsables médicaux de district. Ils continueront à jouer un rôle important dans le domaine de la formation qui se fera en collaboration avec les bureaux de zone de PMI. Les infirmiers, infirmières des services de PMI devraient adresser leurs demandes de moyens d'espacement des naissances à leur responsable médical de district. Au cas où cela ne réussit pas, ils devraient entrer en contact avec le Bureau de zone de PMI ou avec le siège d'UMATI à Dar-es-Salaam. Les responsables médicaux de région continueront à s'occuper des cas difficiles telle que l'infécondité et assurer la supervision de toutes les activités d'espacement des naissances.

IV. LES DISTRICTS MODELES

L'UNICEF a accepté d'assister le Ministère de la Santé à organiser les services de PMI - modèles dans trois districts: les districts de Bagamoyo, Moshi et Dodoma ont été sélectionnés pour servir de districts modèles et une requête a été conduite en mai-juin 1974 pour recueillir les données de base sur la PMI. Des plans sont en voie d'élaboration pour lancer les services dans chacun de ces districts. Comme souligné dans l'instruction concernant tous les districts, les services de PMI seront principalement fournis dans les cliniques de PMI. Il est prévu de créer celles-ci sur une base journalière si possible. Les services intégreront toutes les activités de PMI comme c'est indiqué plus haut. Les séminaires de district et les équipes mobiles serviront à enseigner au personnel local dans les centres de santé et dispensaires comment organiser et gérer une clinique de PMI. Une fois qu'une clinique est prise en charge par l'équipe locale, l'équipe mobile aura seulement pour tâche de conseiller et de distribuer les moyens de PMI.

L'équipement complet de PMI y compris un réfrigérateur, des balances, des stérilisateurs seront à la disposition de chaque centre de santé et dispensaire au niveau des trois districts en 1975. Chaque district possède également des fonds pour tenir des séminaires de formation au cours de février - mars à l'intention de tout le personnel local de PMI. Ce travail sera effectué avec l'aide des bureaux de zone de PMI respectifs. Des fiches de consultations prénatales et postnatales de nouveau type et un nouveau système de rapport sont sous presse pour les trois districts et la région de Mwanza. Après plusieurs mois d'utilisation, les fiches seront revues et imprimées en grande quantité pour tout le pays. Des discussions sur ce projet ont déjà eu lieu dans ces districts. Le responsable médical de district est prié de désigner quelqu'un, de préférence l'infirmier, l'infirmière chargé des services de PMI pour diriger le programme élargi. L'équipement, les fiches, les vaccins seront disponibles en mars de sorte que la formation et les plans soient prêts. Il est envisagé d'utiliser comme guide d'action de PMI pour le reste du pays les techniques et les plans mis au point dans les districts modèles.

V. EMPLOI DES SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES

Toute sorte de suppléments alimentaires pour enfants ont été distribués au cours de quelques dernières années à travers le pays. A présent, ces excédents alimentaires pour enfants consistent principalement en produits de soja. Ces produits sont distribués par "Catholic Relief Services" à divers établissements et par les magasins médicaux centraux aux hôpitaux de district et de région. Il est prévu que cette fourniture de nourriture devra continuer, de sorte qu'il est impératif d'en avoir.

Dans tous les cas, il est important que les familles n'en viennent pas à compter entièrement sur ces suppléments alimentaires mais soient toujours encouragées à cultiver et produire leur propre nourriture. Cela signifie que le soja devrait être utilisé seulement comme supplément pour compléter l'alimentation de base que ce soit le maïs, le manioc, millet, sorgho, bananes ou quelque chose d'autre. Comme le soja est très riche en protéines et calories, l'addition de petites quantités au régime des enfants peut arrêter le début de Kwashiorkor ou de marasme. Lorsque l'enfant n'est plus en état de sous-alimentation, il devrait reprendre le régime normal, avec des suppléments de protéines d'origine locale, tels qu'arachides, lait, viande, oeufs. Cela signifiera que les suppléments de soja pourront être consommés par d'autres enfants qui en ont le plus besoin.

Un enfant court le plus grand risque d'être atteint de malnutrition entre l'âge de 6 mois et de 2 ans. Etant donné que ces enfants fréquentent les cliniques de PMI pendant cette période, ces cliniques devraient détecter des enfants atteints de malnutrition et leur fournir du soja.

Cette détection se ferait par différents procédés, le plus important étant le changement de poids tel que l'indique la fiche de croissance. Tout enfant qui perd du poids ou qui ne gagne pas du poids pour une période de 3 mois devrait être considéré comme étant en danger et susceptible de recevoir des suppléments alimentaires. Cela s'applique également à tout enfant qui est cliniquement sous-alimenté ou montre d'autres signes de sous-alimentation indépendamment de son poids.

Des essais sont entrepris pour distribuer ces aliments régulièrement à chaque région et de là aux districts. Etant donné que cet approvisionnement ne sera pas suffisant pour tous les enfants menacés par la sous-alimentation, il est nécessaire de sélectionner les cas les plus touchés par la sous-alimentation. Chaque enfant sous-alimenté devrait recevoir 2 à 4 kilos de soja par mois suivant la fréquence de ses visites à la clinique et la gravité de son état de malnutrition. Les mères devraient être averties du fait que ces aliments supplémentaires ne sont pas pour toute la famille, mais une "cure" spéciale pour les enfants mal nourris, uniquement. Dans ce contexte, les parents seraient heureux de voir leur enfant recouvrer la santé et n'avoir plus besoin de cette "cure".

VI. L'ERADICATION DE LA MALARIA

Le plan national prévoit que tous les enfants sous l'âge de 5 ans et les mères enceintes qui vivent dans les régions infestées de paludisme devraient recevoir des produits chimiques contre la malaria. Plusieurs districts ont lancé des projets-pilotes dans lesquels une large distribution de chloroquine a été réalisée à travers les centres de santé, les équipes mobiles et les Chefs de village. Il a été décidé de distribuer la chloroquine par tous les services de PMI comme mesure régulière de médecine préventive. La chloroquine sous forme de comprimés et de sirop sera fournie en même temps que les vaccins et autres produits de PMI à partir du département de protection maternelle et infantile.

=====

3. L'Organisation de la Protection Maternelle et Infantile et la Planification Familiale en Tanzanie, par Mme Monica J. SOZIGWA,
-Traduit de l'Anglais-

".. La Tanzanie préconise l'espacement des naissances et une bonne éducation des enfants et condamne l'usage sans discernement des contraceptifs.. La Tanzanie se rend également compte du fait qu'une véritable planification familiale ne signifie pas la réduction de la dimension de la famille et c'est ainsi que l'accent est mis sur l'espacement des naissances et non sur leur limitation".

Monsieur le Président, - Membre du Séminaire,

L'occasion qui est offerte à notre association de participer à part entière à ce séminaire est par elle-même un témoignage des efforts exigés dans la recherche du progrès et du développement de nos pays en voie de ^{rapide} changement. Il ne sert à rien de se plaindre du retard, mais il faut plutôt essayer de se rattraper en conjuguant nos ressources non seulement au niveau des différents services de développement, mais également à celui des pays concernés. Cela est illustré par la présence de cette honorable assemblée, qui escompte un résultat tangible permettant de faire un pas en avant.

En guise d'introduction à mon exposé sur le rapport entre l'Association de Planification Familiale et les services de Protection Maternelle et Infantile de Tanzanie, je voudrais souligner à la suite de ma collègue de Tanzanie que tout ce qu'on fait pour l'homme doit être fait en prenant l'homme comme un tout, comme une totalité. Comment se présente ce tout et qu'est-il ? C'est d'abord le système particulier formé par ce dont est son intégration dans le système environnant dont il est solidaire. Tous les éléments doivent être en harmonie et en interaction mutuelle si l'on veut obtenir le résultat escompté particulièrement lorsque le système est au service d'un être humain.

Je ne suis pas en mesure d'effectuer une analyse scientifique du système, mais voudrais plutôt attirer l'attention sur la nécessité d'assurer les services aux hommes en tenant compte du fait qu'ils constituent un système intégré. Quelle que soit l'efficacité des divers services rendus à une personne, ces services ne seront d'aucune utilité à la personne en question ou à la communauté, si cette personne est obligée de courir à tout hasard de gauche à droite en quête de tel ou tel service. D'où l'importance de l'intégration des services et programmes de protection maternelle et infantile et de planification familiale.

L'Association de Planification Familiale a été créée à Dar-es-Salaam en 1959. Elle servait alors les citoyens. Par après elle étendit son action à tout le pays et en 1967 fut fondée UMATI. UMATI est l'abréviation des mots swahili, signifiant Naissance et Protection Infantile.

Elle avait pour objectif de promouvoir le bien-être des parents et des enfants. Par son département d'information et d'éducation, UMATI a essayé d'apprendre au public l'utilité et le bien-fondé de l'espacement des naissances et son impact sur la santé des individus, des familles et de la communauté, elle avait également dans ses activités la diffusion de conseils appropriés et de connaissances sur les méthodes contraceptives dont les individus et les couples avaient besoin.

Par après, le Ministère de la Santé créa les services intégrés de Protection Maternelle et Infantile dans le pays en 1973. Comme les buts et les objectifs d'UMATI tels qu'ils sont énoncés dans sa constitution visent à l'établissement de centres de planification familiale et leur intégration dans la mesure du possible dans les services de protection maternelle et infantile, les services gouvernementaux se trouvaient être le point de convergence de toutes nos activités.

Depuis lors, les services de planification familiale sont assurés par les cliniques de PMI et cela a fait que le public a fini par identifier UMATI avec le PMI. Il en est ainsi parce que l'objectif d'UMATI est de promouvoir la création des services de contraception et d'informer ceux qui souhaitent pratiquer la planification familiale afin qu'ils puissent avoir accès à ces services.

UMATI a acquis pendant une certaine période des expériences et dispose de centres pour la formation du personnel dans les techniques de planification familiale et ainsi elle organise grâce à son personnel et ses volontaires des cours de formation pour les travailleurs de PMI, paramédicaux et autres.

Les éducateurs de santé d'UMATI qui ont un représentant dans chacune des 20 régions du pays s'efforcent de dispenser l'information et l'éducation à travers les réunions et séminaires, touchant la population jusqu'au dans les villages. Il existe des comités UMATI de district formés de représentants des diverses organisations du gouvernement et du parti qui constituent l'organe exécutif des districts et des régions et qui s'occupent des activités de planification familiale dans l'esprit de la politique d'UMATI. Ces comités sont des organes moteurs dans la vie d'UMATI, leur soutien et leur ardeur sont la clé de la prise de conscience du public qui demande des services. Par devoir et spontanément, UMATI adresse ses clients aux cliniques de PMI vu que la plupart des cas, le genre d'éducation et d'information est donné dans les cliniques de PMI. Le seul problème est celui de la rapidité avec laquelle les gens sont informés de ces services et ont accès à ces services parce que les centres sont encore insuffisants et ne sont pas facilement accessibles. Mais l'intérêt montré par la coopération et une prise en considération de ces situations par les deux côtés pourrait peut-être permettre de faire face à la demande, l'accent étant mis sur le travail ardent et sérieux pour répondre aux besoins des clients.

Pour que aussi bien UMATI que les services de PMI participent complètement et jouent leur rôle avec succès et soient à la mesure des attentes du public, nous devons posséder une connaissance claire de nos objectifs respectifs, de nos buts et de nos possibilités, d'où l'importance des séminaires que chacun de nos services organise tant au niveau de zone que de régions.

Le personnel d'UMATI, les volontaires, ainsi que le personnel des services de PMI assistent à ces rencontres. Nous trouvons ces séminaires utiles à nos activités quotidiennes d'éducation et d'information pour nos membres et le reste de la population intéressé à bénéficier des services de PMI. Nous sommes convaincus ; une fois qu'une personne est au courant de l'existence de n'importe quel service profitable, elle ne manquera pas d'y recourir d'une façon appropriée.

La Tanzanie ne considère pas la planification familiale comme une notion étrangère, la planification familiale ou l'espacement des naissances se rencontre dans notre tradition même avant la venue des étrangers. Ce qui est peut-être nouveau, ce sont les méthodes, mais nous encourageons également l'emploi de méthodes traditionnelles lorsque cela est faisable et nous essayons d'étudier certaines méthodes locales anciennes en voie d'être oubliées. La Tanzanie préconise l'espacement des naissances et une bonne éducation des enfants et condamne l'usage sans discernement des contraceptifs. La Tanzanie veille aussi à sélectionner les méthodes modernes appropriées à son peuple. Les méthodes dangereuses ou inacceptables sont écartées.

L'Association essaie également de promouvoir une utilisation rationnelle des contraceptifs pour éviter les effets indésirables des contraceptifs, pour éviter les effets indésirables sur la morale de la société et particulièrement de la jeunesse, et pour cette raison l'association prône l'éducation en matière de planification familiale que la mise à la disposition de la jeunesse des moyens de contraception.

La Tanzanie se rend également compte du fait qu'une véritable planification familiale ne signifie pas une réduction de la dimension de la famille, et c'est ainsi que l'accent est mis sur l'espacement des naissances et non sur leur limitation. Pour les familles menacées par la stérilité ou la subfécondité, on tente de leur permettre d'avoir plus d'enfants.

D'autre part, la planification familiale en Tanzanie ne se borne pas à l'espacement des naissances. L'Association essaie de suivre ces enfants après leur naissance pour leur assurer une éducation. Pour cette raison, l'association prête son attention à d'autres aspects du développement des enfants tels que:

- Nutrition
- Jardins d'enfants
- Ecoles.

Nous prenons en considération tout le processus de développement de l'enfant et nous essayons de trouver des modes d'intervention appropriés depuis la conception jusqu'à l'âge adulte.

De cette façon, notre concept de la planification familiale débouche sur le concept plus large de parenté responsable.

=====

4. Intégration de la Planification Familiale dans les Services de Protection Maternelle et Infantile au Zaïre. par Dr. SABWA MATANDA

"..L'organisation des services de Protection Maternelle et Infantile avec le Planning Familial, comme une seule et unique réalité des aspects de la santé de la famille, pose, en Afrique les problèmes d'intégration des activités de la Planification Familiale dans le cadre des soins de protection maternelle et infantile".

Chers amis,

Avant d'aborder le vif de mon exposé, qu'il me soit permis de remercier très sincèrement les organisateurs de ce séminaire et de dire combien il est un devoir agréable pour moi, non seulement de collaborer à la réussite de cette réunion, mais également de participer à ces efforts de conception d'un système de la santé familiale, mieux adapté, et partant plus effectif.

L'organisation des services de PMI avec le planning familial, comme une seule et unique réalité des aspects de la santé de la famille, pose, en Afrique, le problème d'intégration des activités de la planification familiale dans le cadre des soins communautaires existants, et particulièrement dans le système des soins de protection maternelle et infantile. Cette idée, en effet, est fort en vogue aujourd'hui dans nos pays; serait-ce parce qu'elle s'adapte mieux à notre mentalité, à nos réalités... Il faut, toutefois, le souligner: elle soulève tant de préalables, tant de questions... notamment, celles de politique des populations ou, tout au moins, des directives précises du gouvernement dans ce domaine, celles de la participation gouvernementale sous forme d'appui financier ou juridico-moral, sans omettre les questions relatives aux problèmes organisationnels et philosophiques du concept même de la santé, perçue comme intégrée au processus du développement.

Nous osons espérer que tous ces points fondamentaux et vitaux trouveront leurs échos dans les débats qui vont suivre. Pour revenir à notre expérience au Zaïre, je vous parlerai brièvement de l'historique du Programme National des Naissances Désirables et de son progrès, compte tenu du temps qui nous est imparti, ensuite je soulignerai les écueils rencontrés au cours de nos activités et des tentatives d'intégration du P.F. aux centres "Mère-Enfants" et enfin une conclusion, basé sur notre expérience personnelle au Zaïre et acquise durant les quelques mois voués au service du Bureau Régional de l'IPPF en Afrique, fera le point de la situation.

.../...

I. HISTORIQUE

Au Zaïre, à l'instar de nos frères du Rwanda intéressés au problème de l'espacement des naissances, nous avons eu la chance que ce soit les Autorités du pays, elles-mêmes, qui aient donné le ton, l'orientation et la philosophie des "Naissances Désirables" malgré l'existence d'une loi identique à celle du 31 juillet 1920 des autres pays francophones, laquelle loi représente aujourd'hui une réalité caduque qui va disparaître avec la toilette, en cours, de notre code juridique.

Dans notre pays, l'approche des problèmes des population est basé sur la notion de la santé de la famille et le terme "SANTÉ" est utilisé ici dans son entendement le plus large et le plus exhaustif, c'est-à-dire, la résultante et l'intégration de plusieurs paramètres vitaux et humanisants en l'occurrence: l'alimentation, l'eau, l'éducation, le transport, le logement, le travail, les soins médicaux...

Cette santé-là, en effet, n'est pas uniquement affaire des professionnels de la maladie et des soins médicaux, mais bien l'affaire de tout Zaïrois de tout rang social et de toute possibilité financière.

Notre philosophie zaïroise de l'espacement des naissances tire son origine du discours présidentiel du 5 décembre 1972. Dans cette allocution, en effet, le Chef de l'Etat précise que le but du mariage est la procréation, mais une procréation consciente, et il stigmatise également les méfaits de la mortalité infantile et des avortements provoqués. Il met ensuite l'accent sur l'importance de l'information et de l'éducation de nos masses populaires, sur l'équilibre harmonieux devant régner entre la croissance économique et celle de nos populations et enfin, il définit le rôle de l'Etat, à savoir, "celui de diminuer au maximum la mortalité infantile, afin que le nombre de naissances réelles corresponde à peu de chose près au nombre de naissances désirées". Ainsi donc né ce Programme National des Naissances Désirables qui vise, par sa triade d'objectifs, la meilleure qualité de vie familiale en d'autres termes:

- a) La promotion de la santé de la mère par l'espacement des naissances;
- b) La promotion de la santé de l'enfant de moins de cinq ans par les soins de protection infantile et maternelle; cet enfant et la maman zaïrois constituent, en effet, la cible la plus vulnérable des agressions de notre environnement socio-économique. Il est clair que les points "a" et "b" situent dès le début son cadre idéal: "la PMI";
- c) Le bonheur à apporter aux couples sans enfants par la lutte contre l'infertilité et sub-fertilité.

Ce dernier but de notre programme révèle l'originalité même de notre concept de la planification familiale à savoir, rendre heureux les parents sans enfants, car autrement la vie de la cellule familiale boîte et chancelle.

Pour clore ce chapitre, voici les dates importantes qui ont marqué l'histoire des "Naissances Désirables" et officialisé l'existence de ce programme national:

- le 5 décembre 1972, le Chef de l'Etat définit, devant le Conseil Législatif National, la philosophie des Naissances Désirables".
- le 4 février 1973, l'ordonnance-loi n°73-089 crée le Conseil National pour la promotion du principe des Naissances Désirables.
- du 7 au 9 mars 1974 se tient à KINSHASA le premier Colloque des naissances désirables sur le thème "Naissances Désirables basées sur la Maternité" financé par la population Council et regroupant médecins, sage-femmes et journalistes.
- la circulaire CNSBE/22/75 du Commissaire d'Etat à la Santé Publique nomme les membres du "Comité National des Naissances Désirables" et donne une autorisation officielle d'utilisation de l'expansion de nos activités.
- l'année 1976 verra s'établir des contacts officiels vers l'IPPF, le "Pathfinder Fund" et l'USAID, pour un soutien financier et logistique de nos activités.
- en août 1978, le C.N.N.D. demande son adhésion à l'IPPF comme membre associé.

II. INTEGRATION DU P.F. DANS LES CENTRES "MERE-ENFANT", REALISATIONS ET OBSTACLES RENCONTRES

Au lendemain du discours présidentiel du 5 décembre 1972, les autorités médicales de la Présidence et celles de l'hôpital Mama Yemo, hôpital de 1.700 lits, comptant 44.000 accouchements par an et directement dépendant de la Présidence, décident alors la concrétisation du contenu de ce discours et en précisent l'orientation et l'approche.

Le Programme National des Naissances Désirables ne constitue nullement une entité à part ni un effort isolé dans notre effort général de progrès socio-sanitaire. Au contraire, il s'intègre au sein de nos formations sanitaires et hospitalières et vise comme d'autres disciplines médicales (pédiatrie, chirurgie, gynéco-obstétrique, médecine), la santé de la famille, cellule mère de la nation. Il constitue une arme de la santé publique au même titre que les services de nutrition, d'hygiène et d'immunisation, une vision de la santé familiale qui permettra à tout le monde d'avoir un minimum de sécurité et d'entretenir une existence digne d'homme.

Dès le début de la nécessité s'est fait sentir de fixer quelques principes d'action:

.../...

- 1° Les soins des "Naissances Désirables" se feront à l'intérieur des hôpitaux, des centres de santé, et mieux encore dans les centres de PMI -Mama Yemo- Centre Mère-Enfant de Barumbu et Bumbu, Centre de Santé de Ndjili, quelques hôpitaux de l'intérieur ..). Nous avons multiplié nos efforts pour intégrer les N.D. dans les centres de santé régionaux grâce à l'autorisation verbale du Ministère de la Santé.
- 2° Toute personne qui consulte chez nous doit être clairement et objectivement informée sur les "Naissances Désirables", c'est-à-dire, avant tout service, les clients sont soumis aux séances de motivation et d'information.
- 3° La famille patriarcale idéale est supportée par le Président, comme indiqué dans le discours présidentiel, et c'est sur ce schéma que se fonde toute option pour l'utilisation du Dépo-provera ou la contraception chirurgicale (7 à 8 enfants au moins).
- 4° Il doit y avoir le choix le plus large possible des moyens contraceptifs.
- 5° Pour consolider notre concrétisation et mise en application du concept des "Naissances Désirables", 5 principes de base sont arrêtés:
 - Entraînement ou Formation: Il faut, parallèlement aux services cliniques, former un cadre infirmier psychologiquement et professionnellement capable d'assurer le service, personnel auquel incomberaient la motivation, l'interrogation des clients et la prescription des contraceptifs, sous la supervision du médecin qui s'occupera de soins des complications de la contraception.
 - Consultation de "Naissances Désirables": Ces deux mots signifient que seules (l'avortement étant illégal au Zaïre) les naissances qui sont désirées par les parents auront lieu. Le but pour suivi par ce service, je le répète, est d'améliorer la santé de la mère et de ses enfants par l'espacement des grossesses souhaitées par les parents et la recherche de l'harmonie et du bonheur du foyer, en visant la meilleure qualité de la vie au sein d'une famille. La clinique comprend 4 sections:
 1. la section de la motivation et d'accueil, dont le rôle principal est de savoir accueillir et informer sans chercher à s'imposer, hommes et femmes assistent sans discrimination aux séances de motivation;
 2. la section médicale, c'est la partie de la prestation du service attendu par les paramédicaux sous la supervision d'un médecin;
 3. la section des archives, s'occupe des dossiers indispensables pour l'évaluation des activités cliniques;
 4. la section logostique, se charge de l'approvisionnement en contraceptifs et équipements.

.../...

- Recherches: Parallèlement au service clinique proprement dit, il est utile d'entreprendre certaines études sur certains thèmes, recherches à but socio-culturel qui sous-tendront notre action, telles: l'avortement dans la ville de Kinshasa, l'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des zairois dans le domaine de la planification familiale, Depo-provera, complications des contraceptifs, acceptation des méthodes, leurs changements, leurs échecs, incidence et prévalence des cancers du col et du sein.
- Communication et information: Il faut informer les masses dans le but d'encourager le dialogue entre elles et nous et les sensibiliser à ce programme qui vise le mieux-être et la santé de nos familles.
- Statistiques: Ces données nécessaires nous permettent de faire le point de la situation de nos activités, de faire des orientations et prévisions pour nos programmes d'avenir ainsi que leur évaluation.

Après avoir donné le contenu de notre philosophie et faire l'historique de notre programme, voyons maintenant les résultats obtenus et les écueils rencontrés sur le chemin de l'intégration de la planification familiale dans nos hôpitaux et centres Mère-Enfant. Après 3 ans et demi d'activités, c'est-à-dire jusqu'en octobre 1976, ce programme national a compté à son actif les statistiques suivantes:

- 730 femmes en 1973
- 2340 femmes en 1974
- 5047 femmes en 1975
- 3679 femmes en 1976 (fin octobre), soit un total de 11.769 clientes, et ce, sans publicité ni à la radio ni à la télévision; la seule méthode d'information et de publicité étant la "bouche à l'oreille" et l'excellente réputation de la qualité des soins prodigués dans nos cliniques.

Comme vous pouvez vous en rendre compte, le nombre des clients augmente d'une façon quasi-exponentielle chaque année. La très large majorité de nos clients ont un niveau d'instruction allant de 0 à 6 ans primaires, elles proviennent des zones sub et péri-urbaines et possèdent une moyenne de 6 enfants vivants. La moyenne des personnes enregistrées et venue pour la motivation est de 150 - 200 clients par mois.

Notre clientèle préfèrent, en ordre décroissant.

- le Depo-provera: 50 - 60 %
- le stérilet ou DIU 30 - 40 %
- la pilule 10 - 15 %
- la ligature tubaire 5 - 7 %
- le condom 0,6- 3 %

Au cours du développement et de l'expansion de notre programme, les difficultés rencontrées étaient de plusieurs ordres, nous nous contenterons ici de les énumérer dans l'espoir que les discussions qui vont suivre porteront là-dessus:

- 1° L'absence d'une politique précise relative aux problèmes que posent la croissance de nos populations, ou mieux encore, des directives précises dans ce domaine. Cet état de chose avait pour conséquence que nous avions du mal à intégrer nos activités dans l'effort global du développement national. Un exemple: il n'y a pas de place bien définie pour notre programme aux Commissariats du Plan et de la Santé Publique, il n'existe pas de collaboration entre l'Institut National de la Statistique qui révèlent que: - le taux d'accroissement annuel de population zaïroise est de 2,5 % et que celui de la ville de Kinshasa et des autres villes est estimé à 11 % environ;
- la population zaïroise a doublé en 20 ans de 1956 à 1976: 13.000.000 à 25.000.000 et que la population actuelle 25.000.000 doublera dans 28 ans: 44.millions en 2.000.
- 2° Notre philosophie des naissances désirables vise essentiellement la santé, mais cela ne nous a pas facilité la besogne dans l'intégration de ce programme dans les structures de la santé du pays, faute d'instructions claires émanant du Commissariat à la Santé Publique.
- 3° L'existence dans notre code d'une loi hostile à la planification familiale, bien que contournée par l'ordonnance-loi du 4 février 1973, a également freiné quelques peu l'expansion de nos activités cliniques sur tout quand se posaient les questions de contraception chirurgicale, de régulation menstruelle ou d'avortement en cas d'échec des méthodes. Une commission étudie actuellement ce problème dans le cadre de la réforme juridique.
- 4° En ce qui concerne les problèmes de communication et d'information, il nous a été pénible de pénétrer et d'étendre nos activités dans les milieux intellectuels, même médicaux. Toutes sortes de spéculations politico-philosophiques stériles paralysaient notre action au début nos contacts avec nos cadres qui nous accusaient de politique importée de limitation des naissances, de rendre plus pauvres les pauvres... Il y a là de l'hypocrisie quand on sait que plus de 50 % des couples intellectuels et moyens pratiquent la contraception moderne dans les cliniques privées.
- 5° Enfin l'enseignement de la planification familiale, de la santé publique et de l'obstétrique sociale dans nos écoles de médecine et de Nursing ne sont pas encore assez convaincus de l'importance de ces armes sanitaires dans l'amélioration et la promotion de la santé: d'où l'importance que nous accordons à nos programmes de personnel aussi bien médical que paramédical.
- .../...

En guise de conclusion, je voudrais terminer par souligner ce qui suit:

- Le Gouvernement et les Associations de la Planification Familiale travaillent pour la promotion de la santé de la même population, il est souhaitable d'utiliser ensemble les infrastructures sanitaires et hospitalières existantes pour atteindre cette même population qui croit à l'importance de la santé.
- Si les associations de la Planification Familiale doivent chercher à collaborer étroitement avec les Gouvernements de leurs pays, spécialement dans le domaine de la Protection Maternelle et Infantile et dans celui des Communications et d'Informations. Il serait nécessaire que les Gouvernements essaient de les intégrer dans l'effort global de développement et de préciser leurs vues à ce sujet.
- Intégrer le planning familial dans la PMI signifie que ce secteur est le cadre idéal pour introduire le concept de la planification, mais aussi c'est utiliser le même personnel des centres de santé et des hôpitaux pour donner le service des soins généraux aussi bien que celui d'espacement des naissances.

Enfin, ce que nous recherchons vivement, c'est planifier le rythme de la croissance de nos populations face à nos ressources disponibles pour atteindre la meilleure qualité de la vie au sein de nos familles, et éviter d'être forcé, plus tard, à recourir à des méthodes peu humaines comme cela s'est produit dans d'autres pays.

=====

5. Intégration de la Planification Familiale dans les services de Protection Maternelle et Infantile au Zaïre: par MUNDERE SEBUNTU

"...Notre souci majeur est de contribuer par l'éducation et la mise à la disposition de la population des moyens de contraception et des services cliniques nécessaires, à lutter contre certains fléaux qui sont des drames pour les individus et les couples et constituent des obstacles au développement national".

INTRODUCTION

Chers Amis,

Le Programme des Naissances Désirables est encore très jeune et je vous avoue que nous venons ici d'abord pour apprendre, pour bénéficier des expériences africaines plus anciennes que la nôtre.

Je m'en vais néanmoins, vous exposer cette expérience aussi jeune soit-elle, dans l'espoir qu'elle puisse contribuer à donner de la matière à notre réflexion et à nos discussions.

I. RAPIDE APERCU HISTORIQUE

La première impulsion fut donnée au concept des Naissances Désirables par le Président MOBUTU lors d'un discours qu'il a prononcé le 5 décembre 1972 devant le Conseil Législatif, c'est-à-dire le Parlement Zaïrois.

Le 14 février 1973, il créa par ordonnance, le Conseil National pour la Promotion du Principe des Naissances Désirables. La même année fut ouverte la première clinique des Naissances Désirables dans le cadre du service de gynécologie de l'hôpital Mama Yemo, le plus grand hôpital de Kinshasa.

En 1975, le Commissaire d'Etat à la Santé Publique nomma les premiers membres du Comité National pour les Naissances Désirables. 1976, mise en place d'un staff administratif qui a sa tête un Administrateur. En 1978, nous avons quatre services cliniques des Naissances Désirables à Kinshasa et 80 antennes à l'intérieur du pays.

Tous ces services sont, signalons le tout de suite, intégrés dans des centres de santé préexistants.

II. DEFINITION, PHILOSOPHIE ET STRATEGIE GENERALE DU PROGRAMME DES NAISSANCES DESIRABLES:

Le programme national des naissances désirables est avant tout et dès l'origine un programme de santé publique. Il ne répond pas comme certains programmes d'inspiration malthusienne ou néo-malthusienne, à la peur démographique.

Notre souci majeur est de contribuer par l'éducation et la mise à la disposition de la population des moyens de contraception et des services cliniques nécessaires, à lutter contre certains fléaux qui sont des drames pour les individus et les couples, et constituent des obstacles au développement national.

.../...

Vous connaissez tous ces fléaux, il s'agit de:

- la mortalité infantile et maternelle, la sous-alimentation et la malnutrition des enfants d'âge pré-scolaire.
- les avortements clandestins consécutifs à des grossesses non désirées.

Nous savons bien que l'espacement des naissances ne saurait, à lui seul, assurer la santé de la mère et de l'enfant en bas âge, mais combiné avec les autres facteurs indispensables, nous croyons qu'il peut y contribuer puissamment.

Le programme national des Naissances Désirables est donc fondamentalement un programme pour la vie et non contre la vie. Nous avons d'ailleurs parmi nos activités, un programme de lutte contre l'infertilité et la sub-fertilité.

La santé est donc la raison d'être originelle et principale du programme. Il faut signaler cependant d'autres motivations qui viennent s'ajouter à celle-ci. C'est notamment la notion d'épanouissement des individus et des familles.

C'est également l'espoir, parfois secret, de voir le programme freiner quelque peu le taux de croissance démographique qui dépasse de beaucoup les possibilités d'accueil dans tous les domaines éducation, santé, transport, logement, etc...

J'espère que personne ne compte sur les naissances désirables pour réduire le taux de croissance démographique de la ville de Kinshasa qui actuellement est de 11 %. L'on sait à quoi il est dû principalement et les moyens à mettre en oeuvre d'une nature différente.

Revenons à nos moutons pour parler de la stratégie des naissances désirables. Elle repose d'abord sur le principe de la liberté du couple en matière de procréation. Nous ne donnons aucun service qui ne corresponde à un choix exprimé par le bénéficiaire.

Nous pensons néanmoins, que cette liberté ne peut être pleine sans un niveau suffisant de connaissances dans le domaine de la procréation et des moyens de contraception. C'est pourquoi l'éducation constitue la base de toute la stratégie ^{qui} du programme. Nous sommes peiné de voir un si grand nombre de gens/ont des enfants comme un arbre a des fruits la saison venue. Faut-il être naturel à ce point ?

Notre objectif est de donner aux couples les moyens (au sens large) d'exercer leur fonction de procréation de façon responsable. L'éducation n'étant pas le sujet du jour, je ne m'y étendrai pas.

Je terminerai ce chapitre en indiquant un autre élément indispensable de notre stratégie, la formation et l'entraînement du personnel chargé aussi bien de l'information du grand public que de l'éducation et des services cliniques dans les centres de santé.

III. INTEGRATION DES CLINIQUES DES NAISSANCES DESIRABLES DANS
LES CENTRES MERE ET ENFANT

a) Le principe d'Intégration: L'intégration des cliniques des Naissances Désirables dans l'infrastructure médicale est un principe auquel nous tenons beaucoup. Il y a à cela trois raisons majeures: la première est une raison économique de bon sens. Le Zaïre dispose d'une infrastructure médicale très vaste, bien qu'encore insuffisante, compte tenu de l'étendue du pays, il serait illusoire et déraisonnablement de vouloir créer une infrastructure parallèle pour les Naissances Désirables. La deuxième raison est psychologique. Elle se rapporte à l'image que l'on veut donner du programme à la population ou à l'opinion publique.

Organiser les services des Naissances Désirables dans les centres isolés et réservés à cet unique usage, risquerait, craignons-nous, de diminuer le caractère sanitaire du programme dans l'opinion publique et par glissement, le faire apparaître comme un service de limitation des naissances de type néo-malthusien. Le fait d'isoler les services des Naissances Désirables nous semble donc avoir comme conséquence, de rendre le programme très vulnérable.

La troisième raison, c'est que l'intégration à un centre de santé permet d'avoir accès à la population qui fréquente le centre et facilite la démarche des demandeurs potentiels des services en les exposant beaucoup moins à la censure sociale.

b) L'organisation des Centres Mère-Enfant: Deux des services cliniques des Naissances Désirables fonctionnent dans les centres Mère et Enfant. La conception et l'organisation de ces centres donnent l'image de ce que nous souhaiterions voir se développer sur l'ensemble du pays. Aussi, pensons-nous utile d'en donner une rapide description: L'hôpital Mama Yemo est avec 1.770 lits, le plus grand hôpital de Kinshasa. Cette maternité est parmi les plus grandes du monde. Elle accueille plus de 44.000 accouchements par an.

Les centres Mère et Enfant trouvèrent leur place dans un effort d'imagination pour résoudre les nombreux problèmes que posait le fonctionnement de cet immense hôpital.

Comme dans la plupart de nos pays d'Afrique, au Zaïre le nombre de médecins et des infirmiers et infirmières diplômés est dérisoire par rapport aux besoins. L'originalité des Centres Mère et Enfant consiste à recourir autant que possible, aux services du personnel auxiliaire.

Les Centres Mère et Enfant fonctionnent sur la base d'une large délégation de la responsabilité, de l'autorité et de l'exécution du travail aux auxiliaires, les médecins et les infirmières et infirmiers diplômés, assurent la supervision des activités et une formation permanente des auxiliaires.

<u>Années</u>	<u>Effectifs</u>
1973	730
1974	1.713
1975	9.657
1976	1.815
1977*	<u>6.968</u>
<u>T o t a l:</u>	<u>16.883</u>

Taux de continuité entre 1973 - 1977: 53 %

Répartition selon les méthodes choisies:

- Depo-provera : 42 %
- Pilule : 28 %
- Stérilet : 21 %
- Condon : 8 %
- Ligature Tubaire : 1 %
- Vasectomie : 0 %

Nous n'avons pas encore de statistiques fiables au niveau national. Ces résultats ont été obtenus en dehors de toute campagne systématique adressée à la population. C'est un signe que les services des Naissances Désirables sont largement attendus par la population de notre pays.

Après avoir centré nos efforts sur la ville de Kinshasa, nous voudrions à présent étendre le programme à toutes les régions du pays. Nos savons que cela ne sera/une tâche facile, il faudra surmonter pas mal de difficultés; je vous en cite quelques unes:

- La carence de personnel médical et para-médical formé en matière de planification familiale
- Le manque d'institutions claires du Commissaire d'Etat à la Santé publique aux responsables des différentes formations médicales en qui concerne l'intégration de nos services à l'infrastructure médicale du Gouvernement
- L'existence dans la législation zaïroise d'une loi du 15 mars 1933 hostile à la planification familiale. Cette loi est en contradiction avec l'ordonnance présidentielle qui crée le Conseil National pour la Promotion du principe des Naissances Désirables
- L'absence d'un vaste programme d'éducation des adultes et de développement rural dans lequel pourrait s'intégrer l'éducation en matière de procréation.
- L'insuffisance des moyens financiers
- L'étendue du pays et l'insuffisance ainsi que la faible fiabilité des moyens de transport et de communication.

.../...

CONCLUSION

Je dirais en guise de conclusion que l'expérience menée au Zaïre depuis 1973 est suffisamment positive pour nous inciter à étendre le programme.

L'expérience de l'intégration des services des Naissances Désirables dans les centres Mère et Enfant mériterait notamment d'être largement développée. Mais la création des centres Mère et Enfant n'est pas de notre compétence; le programme des Naissances Désirables apparaît donc comme largement tributaire de la mise sur pied d'une stratégie de développement national qui incombe à d'autres que nous.

Nous croyons qu'il est de notre devoir de garder cela à l'esprit pour évaluer à chaquefois nos possibilités d'initiative mais aussi les limites de notre action.

=====

6. L'organisation de services de Protection Maternelle et Infantile et de Planification Familiale, expérience de l'Ile Maurice:

par Dr. H. BISSOONAUTH

"..Par ailleurs les Chefs religieux et politiques des différentes communautés s'étaient lignées contre cette idée et parfois des débats orageux éclataient au parlement sur les questions".

HISTORIQUE ET GEOGRAPHIE

Maurice constitue avec la Réunion et Rodrigues l'archipel des Mascareignes situé dans la partie australe de l'Océan Indien. L'Ile avec une superficie de 2.085 Km², est située à environ 880 Km à l'Est de Madagascar et à 2.000 Km de la Côte africaine. D'origine volcanique et de forme triangulaire elle a une longueur de 72 Km et une largeur de 53 Km.

Maurice était connue des navigateurs arabes et malais, mais ce ne fut qu'au début du 16ème siècle que les Portugais la découvrirent et la baptisèrent "Cerné" d'après le Dodo, oiseau aujourd'hui disparu. Les Hollandais en prirent possession en 1558 et lui donnèrent le nom de Mauritius. Ils l'abandonnèrent en 1710. C'est alors que les Français en prirent possession et la nommèrent Isle de France. Dès ce moment commença le développement économique avec l'introduction de la cane à sucre, principale ressource, qui forme aujourd'hui l'essentiel des exportations soit 90 %.

Plus tard en 1810, les Anglais se rendirent maîtres de l'Ile de France qu'ils nommèrent de nouveau Mauritius. Elle devient indépendante en 1968, tout en restant au sein du Commonwealth.

LA POPULATION

La population en 1810 était de 75.000 habitants soit 40 habitants par Km². Après l'abolition de l'esclavage en 1835, l'Angleterre commença l'immigration des Indiens sur une grande échelle de sorte qu'après 36 ans c'est-à-dire en 1846, la population était de 158 mille habitants et en 1860, c'est-à-dire après 14 ans seulement le nombre avait presque doublé avec 300.000 habitants soit 160 par Km².

Mais avec l'apparition du paludisme qui causa une forte mortalité parmi la population, avec le ralentissement de l'immigration ainsi qu'un niveau de vie bas, la population s'est maintenue pendant 30 ans à 370.000 habitants.

Au recensement de 1944, la population de l'Ile était de 419.185 habitants, qui représentait une augmentation annuelle de 1,5 %. En 1952 elle était de 501.515 habitants donc allait en croissant et en 1962 on enregistrait une hausse de plus de 3 %.

A ce rythme de croissance la population devrait doubler et atteindre environ 1,3 million en 1985. En 1976, la population était de 867.885 habitants faisant de Maurice un des pays le plus peuplé du monde avec 1.200 habitants par mille carré soit 480 par Km².

En effet, comme cité plus haut, notre population est constituée d'environ 50 % de jeunes, âgés de moins de 21 ans, nous allons dans les années à venir, mettre l'accent sur l'éducation sexuelle, sur une norme de famille de deux enfants, sur l'enregistrement de mariage religieux, le lancement des nouvelles méthodes d'espacement des naissances telle que la stérilisation, et la libéralisation des lois sur l'avortement. Cette nouvelle orientation et une motivation de notre politique de planning familial pourraient mieux sensibiliser la population à court terme et baisser le taux de fécondité ainsi que le taux de croissance à long terme.

Nous renforcerons ainsi les mesures déjà entreprises pour réduire le fossé qui existe entre la forte fécondité et la baisse de la mortalité pour atteindre notre objectif grâce aux efforts de coopération de mauriciens, des spécialistes locaux et l'assistance des agences internationales.

L'organisation des services de Protection Maternelle et Infantile: Selon l'OMS, "la Protection de la Maternité a pour objet de sauvegarder la santé des femmes au cours de la grossesse et pendant l'allaitement, de leur apprendre les soins à donner aux enfants, de leur permettre d'accoucher normalement et de donner le jour à des enfants sains".

Les activités de nos services de PMI comprendront donc des mesures suivantes:

- des soins à donner à la femme enceinte, soins obstétricaux et conseils nutritionnels;
- des soins au moment de l'accouchement et après l'accouchement;
- des soins aux nouveaux-nés, conseils à la mère pour conduite de l'allaitement, du sevrage, des vaccinations et de la prévention des maladies;
- des conseils d'hygiène et d'assainissement du milieu où vit la famille et la communauté.

Nos services de PMI seront de plus en plus intégrés dans nos services sanitaires de base et avec la création des "centres de santé primaire" (trois déjà en construction), le but sera atteint dans les années à venir.

En 1977, nous avons 71 cliniques au service intégré de planification familiale et de protection maternelle et infantile pour des consultations prénatales, post-natales et consultations d'enfants jusqu'à l'âge de 5 ans. Un personnel qualifié constitué d'un médecin, d'infirmières dans ces centres.

Des consultations gratuites ont lieu une ou deux fois par semaine. Chaque visite est l'occasion d'entretiens, de conseils d'hygiène et nutritionnels au cours desquels sont abordés les problèmes d'espacement des naissances ainsi que le dépistage des autres problèmes familiaux. L'assistance fixe un rendez-vous à chaque maman qui possède un fichier mis à jour à chaque visite.

Au centre on fait aussi des travaux de couture, la distribution de pension de vieillesse, etc..., ainsi que des examens des nourrissons des sessions de vaccination, conseil de diététique, distribution de lait, du riz, des céréales (lentilles) ou de "high protéin diet" (farine de poisson). Tout est offert gratuitement par l'Etat avec l'assistance de certaines agences internationales (UNICEF, World Food Programme).

Dans le domaine de la planification familiale, l'assistante sociale, et les animatrices conseillent les mères pendant leurs visites prénatales ou post-natales au centre et au cours des consultations des nourrissons et pendant les sessions de vaccination.

Pour les femmes qui ne viennent pas au centre, les assistantes sociales ou animatrices font des visites à domicile. Cela permet un dialogue plus étroit avec tous les membres de la famille, une meilleure connaissance de leurs problèmes et donne l'occasion de mieux jauger l'efficacité de l'éducation sanitaire dans ces centres.

C'est ainsi que la mortalité infantile a considérablement baissé depuis 1967 de 70,5 pour mille à 45,0 pour mille en 1977

Cette chute est due aux améliorations apportées à nos services sanitaires, dans nos centres de protection maternelle et infantile, dans nos maternités, aux activités d'espacement des naissances et l'intensification du programme d'éducation sanitaire.

En 1977, 87,3 % des enfants furent vaccinés contre la tuberculose, 64,4 % contre la variole et 95,8 % reçurent les premières doses de DTCCQ (vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche), et le vaccin antipoliomyélitique.

L'ORGANIGRAMME

- 1 Médecin Principal (Family Planning)
- 1 Médecin coordinateur et 1 Directeur exécutif
- 16 Médecins
- 1 Infirmière principale
- 5 Infirmières supérieures de santé publique
- 6 Infirmières de santé publique
- 16 sages-femmes supérieures
- 121 sages-femmes
- 2 Surveillantes principales
- 6 Surveillantes
- 26 Field Workers
- 90 Motivatrices animatrices
- 1 Démographe principal
- 1 Démographe, 1 Officier d'information et des commis, dactylographes
- Chauffeurs et Plantons.

7. Le Programme de Protection Maternelle et Infantile et la Planification Familiale au Kenya: par Mme Angela W. GETHI -Traduit de l'Anglais-

".. Le Programme du Gouvernement en matière de planification familiale est fondé sur le principe d'intégration. Cela signifie que la planification familiale est partie intégrante des services de Protection Maternelle et Infantile et contribue à l'amélioration de la santé du bien-être de toute la population en particulier des mères et des enfants".

Monsieur le Président,
Distingués Participants,
Mesdames et Messieurs,

C'est un honneur pour mon pays et bien sûr pour moi personnellement ainsi que pour le mouvement de planification familiale du Kenya qu'une occasion nous soit offerte d'échanger avec d'autres organisations africaines, nos expériences en matière de planification familiale.

L'objet de mon intervention est de vous présenter un exposé sur l'application du programme de PMI/PF au Kenya. Mais avant de me lancer dans le vif du sujet, il est nécessaire de vous tracer l'histoire de ce mouvement. Si quelqu'un abordait à tout hasard des Kényans des divers milieux, il en tirerait l'impression que la planification familiale est considérée par eux comme un phénomène nouveau. Beaucoup de gens auraient tendance à croire que la planification ou le contrôle des naissances est quelque chose d'étranger, qui leur a été imposée par une force extérieure. Cela ne devrait pas du tout nous surprendre; dans nos différentes langues, nous n'avons pas semble-t-il d'équivalent du terme "planification familiale".

Je serai intéressé de savoir si d'autres langues africaines représentées ici possèdent l'équivalent de ce vocable. Toutefois dans nos efforts quotidiens pour étudier les masses aux idéaux de parenté responsable par la planification de la vie familiale, nous soulignons le fait que la planification familiale ou l'espacement des naissances sont pratiqués par les sociétés africaines depuis des générations.

Ce qui peut être probablement considéré comme nouveau dans cette pratique, c'est la méthode utilisée pour réaliser les buts désirés.

L'espacement des naissances n'est rien de nouveau dans notre société traditionnelle. Une série de tabous et d'autres formes de contrôle social ont été largement utilisés de temps immémorial par les divers groupes ethniques du Kenya, pour assurer l'espacement des naissances.

.../...

Cependant l'introduction de l'économie monétaire, l'urbanisation et ses conséquences ont provoqué la désintégration du cadre traditionnel et l'espacement des naissances ne pouvait plus être assuré dans le contexte traditionnel.

Dans beaucoup de sociétés africaines, la polygamie était couramment pratiquée. Sous ce régime de mariage, un homme avait plusieurs femmes vivant dans des huttes séparées situées dans sa parcelle. Il passait la nuit dans n'importe quelle hutte de son choix. Il était néanmoins interdit par un tabou traditionnel au mari de dormir dans la hutte d'une femme qui allaitait un enfant avant que cet enfant ne soit assez âgé pour aller d'une hutte à l'autre porter des messages (souvent cela signifiait que l'enfant est âgé de 18 mois ou plus).

En ayant ce qui précède à l'esprit, on voit que l'espacement des naissances est chez nous une vieille histoire. Ce sont les méthodes actuellement utilisées qui constituent une nouveauté.

Recensement de la population: En 1911 et 1931, sept recensements de la population ont été effectués au Kenya. Cependant ces recensements sont de peu de valeur pour nous parce que la composante principale de la population, c'est-à-dire les Africains n'étaient jamais dénombrés. Les diverses minorités qui étaient dénombrés comprenaient des Européens, des Asiatiques, des Arabes et autres. En 1948 pour la première fois on tenta de recenser toutes les races et la population était alors estimée à 5.405.966 habitants.

La Commission royale: En 1953, la Commission royale pour l'Afrique Orientale reçut la mission d'examiner et de formuler des recommandations sur le développement économique et social de la colonie avec un accent spécial sur la population. La Commission dit dans son rapport que le taux de croissance naturelle en Afrique Orientale ne constituait aucun danger qui exige la réduction du taux de natalité pour des raisons économiques générales.

Le recensement suivant, celui de 1962 relève que la population était montée à 8.636.263 habitants. Le recensement le plus récent mené en août 1969, indiqua que la population s'était élevée à 10.942.705 habitants, ce qui donne une densité moyenne de 20 personnes par Km². Le taux d'accroissement annuel était de 3,3 % depuis 1962. Entre paranthèses, c'est l'un des taux d'accroissements annuel les plus élevés, non seulement en Afrique, mais dans le monde entier.

La Planification Familiale: Le développement de la planification familiale au Kenya doit beaucoup au développement et aux efforts des volontaires, médecins et profanes qui étaient préoccupés par le bien-être de la mère et de l'enfant. A cela s'ajoutent des médecins et des travailleurs sociaux qui dans beaucoup de cas furent témoins des problèmes associés à des grossesses fréquentes.

Le développement socio-politique de la première moitié de ce siècle a amené beaucoup de Kényans dans les années 1940 à adhérer avec ardeur aux valeurs occidentales. Avec la croissance de l'urbanisation, il devint de plus en plus clair aux éléments les plus conscients de la société qu'une nombreuse famille entrave leur progrès. Naturellement ils s'adressèrent à quelques rares médecins africains disposés à leur donner des conseils sur les moyens de réduction de la dimension de la famille.

Aucun problème que ce soit la pénurie en matière de logement, d'éducation, de loisirs, de transport, de nourriture, de santé ne peut être sérieusement résolu si la population actuelle s'accroît disproportionnellement aux ressources disponibles pour répondre à ces problèmes.

Le rôle pionnier du Pathfinder Fund: Vers la fin de 1956, la Représentante du Pathfinder Fund des USA, Mademoiselle Edith GATES se rendit en Afrique Australe dans le but d'étudier la possibilité d'assister les groupes de personnes intéressées dans la constitution d'association de planification familiale. A ce moment fut formée la première association de planification familiale de Naïrobi, suivie par celle de Mombasa en 1957 et celle de Nakuru en 1959. Les trois associations fusionnèrent en 1961 pour former l'actuelle Association de Planification Familiale du Kenya (FPAK). En juin, la FPAK devint la première association de planification familiale au Sud du Sahara à s'affilier à la "International Planned Parenthood Federation" (IPPF).

Participation gouvernementale: La FPAK a joué un rôle actif en persuadant le Gouvernement Kényan à intégrer les services de planification familiale dans le programme national de santé, effort qui a abouti à l'appel de Feu Tom MBOYA, alors Ministre de la Planification Economique, au Gouvernement pour qu'il adopte une politique de population. Cet appel de Mr. MBOYA en 1964 alors que le Kenya venait tout juste d'accéder à l'indépendance ne rencontra pas l'unanimité du cabinet. En 1965, MBOYA réitéra sa première proposition pour l'adoption de la planification familiale et l'intégration de ses services dans le cadre des programmes de santé et cette fois-ci le Gouvernement accepta et en conséquence signa un contrat avec le "Population Council of New York, USA" visant à mener une étude sur la croissance démographique au Kenya, et recommander le taux d'accroissement idéal.

A la fin de son enquête au cours de la même année, la commission soumit son rapport qui fut accepté en partie par le Gouvernement. En conséquence de quoi, le Gouvernement publia un important document de politique générale intitulé: "African Socialism and its application to planning in Kenya", qui exposa les objectifs nationaux du Kenya et sa philosophie globale de développement.

.../...

Dans ce document, les orientations politiques principales du développement y compris les "services sociaux" au sujet desquels le Gouvernement déclare: "Des mesures immédiates seront prises en vue d'une éducation en matière de planification familiale parce que le taux d'accroissement démographique actuel très élevé rend insoluble le problème des services sociaux et complique encore les possibilités d'épargne, réduisant ainsi le taux de croissance économique".

Explosion démographique: Tout en se ralliant aux recommandations du "Population Council of New York", le Gouvernement souligna qu'il n'allait pas aborder la question du point de vue de l'explosion démographique, mais plutôt du point de vue de la santé de la mère et de l'enfant et/la famille par conséquent. La politique de planification familiale du Gouvernement mis l'accent sur l'espacement des naissances.

Le programme du Gouvernement en matière de planification familiale est fondé sur le principe d'intégration des services de PMI et contribue à l'amélioration de la santé et du bien-être de toute la population en particulier des mères et des enfants.

Le rôle de FPAK dans le programme national: En expliquant sa politique de population, le Gouvernement Kénya déclara le 1er mai 1968 que les services de PMI/PF doivent être assurés gratuitement dans toutes les cliniques du Gouvernement. Avant cela FPAK avait coutume à la fois de s'occuper des programmes d'éducation et de fournir des services cliniques aux clients. Le Gouvernement, lorsqu'il prit en charge ce programme n'était pas en mesure de mener de pair les deux activités. En juin 1969, le Ministre de la Santé clarifia le statut de FPAK en recommandant que l'association explore de nouvelles voies d'approche en matière d'éducation en planification familiale. Répondant à cette recommandation FPAK entreprit des recherches extensives qui donnèrent lieu à un projet de développement d'un programme de communication, le projet fut préparé en janvier 1970.

Dans le rapport sur le programme national de planification familiale élaboré par le Gouvernement en février 1970, il fut souligné que FPAK aurait pour responsabilité principale de s'occuper des aspects motivationnel et éducationnel du programme national de planification familiale et d'étudier de nouvelles méthodes d'informer et d'éduquer tous les secteurs de la société sur la nécessité d'adopter la pratique de l'espacement des naissances.

A la suite des recherches effectuées en 1971, il fut souligné que le travail sur le terrain soit intensifié par le recrutement, la formation et le déplacement de plus d'animateurs.

Dans le plan national de développement de 1974-1978, on estima que le gouvernement devait intervenir et apporter son assistance dans les services d'éducation

Le Plan recommandait que 400 centres (les centres de santé également équipés pour la planification familiale) et 17 unités mobiles soient mises sur pied et 817 éducateurs soient engagés. Jusqu'à présent, le Gouvernement a déjà formé et affecté plus de 400 éducateurs, tandis que FPAK de son côté dispose de 152 éducateurs dont 80 sont rémunérés sur le budget de l'Etat. Tout ce personnel est dispersé à travers le pays pour diffuser le message de la PMI/PF. Les contacts personnels, les réunions publiques, les films, les démonstrations agricoles et séminaires constituent les principaux moyens de communication. La presse, la Radio-Télévision du Kenya sont également utilisées.

Rôle des cliniques privées de FPAK: Le Gouvernement n'était pas en mesure de prendre en charge tous les services de planification familiale et dans une rencontre au niveau du Ministère de la Santé et de FPAK, il fut décidé de confier quelques cliniques à FPAK pour servir les mères travailleuses qui ont besoin d'une certaine intimité. Ces cliniques modèles au nombre de huit seulement sont situées dans les grandes villes. Ces cliniques servent les mères employées et d'autres qui ne veulent pas fréquenter les cliniques gratuites de l'Etat, ainsi que d'autres qui désirent garder une certaine discrétion en arrangeant personnellement leur rendez-vous.

CONCLUSION:

La Planification Familiale du Kenya doit beaucoup aux hommes et aux femmes volontaires qui ont consacré leur temps à une action à laquelle ils croyaient.

Le Pathfinder Fund vint à propos et nous aida sérieusement à préparer le chemin que nous continuons à suivre. Grâce aux efforts de tous les volontaires tant du secteur public que du secteur privé, notre Gouvernement a totalement accepté d'intégrer la PMI/PF dans les programmes de santé du pays. A travers tout un réseau de volontaires dispersés dans tout le pays, nous continuons d'aller de l'avant. J'aimerais souligner ici le rôle que les volontaires peuvent jouer dans ces activités.

L'association dispose de plus de 46 branches installées dans tous les coins de la République. Elles sont composées de volontaires, hommes et femmes qui croient à la cause de la planification familiale.

Telle est, présentée brièvement, notre expérience au Kenya et nous espérons que cette petite expérience peut aider ceux qui envisagent l'introduction de la planification familiale.

Notre devise est: "Une grande Nation pour la Parenté Responsable".

.../...

TABIEAU DES CONSULTATIONS AUX CLINIQUES

<u>A N N E E</u>	<u>PREMIERES CONSULTATIONS</u>	<u>CLIENTES REGULIERES</u>	<u>T O T A L</u>
1968	11.711	17.891	29.602
1969	29.761	72.879	102.640
1970	35.136	113.695	148.831
1971	41.100	138.656	179.756
1972	45.205	172.279	217.484
1973	50.054	211.307	261.361
1974	51.446	236.370	287.816

CONSULTATIONS AUX CLINIQUES DE FPAK

<u>A N N E E</u>	<u>NOUVELLES CONSULTANTES</u>	<u>CONSULTANTES REGULIERES</u>	<u>T O T A L</u>
1972	1.351	6.932	8.285
1973	1.951	10.009	11.960
1974	2.263	14.946	17.569
1975	2.528	18.042	20.570
1976	3.101	22.142	25.243
1977	3.939	20.579	30.516

=====

8. Quelques données concernant la PMI et la PF en République Démocratique Malagasy: par le Dr. RAKOTOUAO Rosette

"..Madagascar est consciente de ses problèmes de population. Elle est parmi les rares pays qui possèdent un Ministère de la population... Le principal problème est d'améliorer le taux très élevé de la mortalité infantile et le taux de mortalité maternelle. Ainsi l'action de PMI constitue une grande priorité".

Monsieur le Président,

Je vous remercie de m'avoir donné la parole. Je profite au nom de la Délégation Malagasy et de notre Gouvernement pour remercier le Gouvernement Rwandais du chaleureux accueil qui nous a été réservé à ce séminaire.

Nos remerciements s'adressent également aux organismes internationaux PNUD et Pathfinder Fund qui nous ont aidé matériellement à être ici présents.

Notre reconnaissance est adressée également à la République Démocratique Malagasy de nous avoir permis de venir participer à ce séminaire. Enfin, nous exprimons notre vive gratitude aux associations IPPF et FISA qui nous ont choisis pour les représenter à ce séminaire, à eux tous
Mercie.

Monsieur le Président,

Honorables Délégués, Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur de vous exposer succinctement quelques données sur la protection maternelle et infantile et de la planification familiale en République Démocratique Malagasy.

Madagascar, situé dans l'Océan Indien, est une Ile de 592.000 Km² et se trouve dans la région orientale de l'Afrique, ayant comme voisins immédiats; au Nord: les Iles Comores, Seychelles
à l'Est: Ile Maurice, la Réunion.

Sa population en 1977 est de l'ordre de 8 millions dont 85 % de ruraux ayant un revenu moyen annuel n'atteignant pas 200 \$ USA soit 50.000 FMG ou 125.000 FRW.

La structure de la population est la suivante:

- 0	à 1 an	4 %
- 1	à 4 ans	14 %
- 5	à 14 ans	28 %
- 15	à 59 ans	48 %
- 60 ans et plus		6 %

.../...

22 % de cette population sont des femmes en âge de procréer de 15 à 44 ans. Donc la population jeune est très importante. La densité d'habitants par Km² est de 13 en moyenne mais ceci varie de 200 et plus dans les villes jusqu'à 2 habitants par Km² dans certaines régions arides du Sud et dans l'Ouest. L'exode rural est assez important.

L'organisation sanitaire du pays est la suivante; il y a un Ministère de la Santé qui a trois directions au niveau central:

- Direction des services sanitaires et médicaux
- Direction de l'Hygiène publique et sociale
- Direction de la Pharmacie et des Laboratoires.

Soulignons l'existence au sein de ce Ministère d'un service de statistique sanitaire et démographique travaillant en étroite collaboration avec le Ministère de la population et de la condition sociale ainsi qu'avec l'Institut National de la statistique et de la recherche économique (INSRE) et des Organismes de la recherche scientifique. Il y a aussi un service de l'éducation sanitaire et de la médecine sociale avec une division Nationale de la Protection Maternelle et Infantile. Il y a six services provinciaux de santé divisés en 55 circonscriptions médicales. Il y a environ 810 formations sanitaires fixes et mobiles dont six hôpitaux généraux, et principaux, une dizaine d'hôpitaux secondaires médico-chirurgicaux, des hôpitaux secondaires simples, des formations sanitaires tenues par des para-médicaux. Actuellement, le Ministère de la Santé met en place des centres de santé primaire.

A Madagascar, le budget de la Santé est de 8.192.000.000 FMG soit les 9,30 % du budget total.

Les taux très élevés de principaux indicateurs de Santé sont encore:

- le taux de mortalité infantile	102 ‰
- le taux de mortalité des enfants de 1 à 4 ans	98 ‰
- l'espace de vie à la naissance	44 ans
- le taux brut de mortalité	21 ‰
- le taux de natalité	50 ‰

Soit un taux d'accroissement annuel de 2,9 % (donc un doublement de la population tous les 24 ans)/ Ce taux d'accroissement peut atteindre 6 % en ville. La population de Madagascar en l'an 2.000 serait alors de 16 millions

Madagascar est consciente de ses problèmes de population Elle est parmi les rares pays qui possèdent un Ministère de la Population. Elle a un Comité National Permanent interministériel de la population.

Le principal problème est d'améliorer le taux très élevé de la mortalité infantile et le taux de mortalité maternelle (6,4 ‰) Ainsi l'action de la PMI constitue une grande priorité. Parmi les actions de la PMI figure en bonne place l'éducation préconceptionnelle des jeunes parents aux fins d'une parenté responsable, l'éducation sexuelle est insérée dans le programme scolaire et dès la classe primaire.

.../...

Toutefois l'emploi des méthodes contraceptives est encore réservé à une association privée "Fiana Naviana Sambatra" traduite littéralement par "Famille Heureuse", recevant une subvention de l'IPPF et existant à Madagascar depuis 11 ans.

Mission des services du centre d'éducation maternelle et protection infantile: La PMI s'occupe d'une part de la médecine préventive et d'autre part de la médecine des soins.

1° Activités préventives :

Les activités préventives de la médecine, se déroulent au centre de PMI, au Foyer d'Education sanitaire et nutritionnelle (FESN), dans les écoles ménagères, lors des visites à domicile, lors des réunions de clubs des mamans.

La protection de la santé maternelle et infantile par des mesures prophylactiques, la surveillance de l'évolution intra-utérine de l'enfant, de la santé de sa mère, de la bonne marche de son développement physique et psychomoteur, le dépistage des tares et maladies inapparentes ou des carences frustrées, sont réalisés au cours des consultations infantiles prénatales et post-natales.

Les consultations infantiles sont assurées par le personnel médical et paramédical. Le déroulement de ces consultations infantiles se fait selon le circuit suivant:

- a) réception et fichage des enfants
- b) éducation sanitaire des mamans (leçon, causerie, projection de films diapositives)
- c) anthropométrie
- d) nivaquinisation
- e) conseil hygiéno-diététiques.

Les vaccinations sont groupées en une séance hebdomadaire. Les nouveaux-nés sont adressés au PMI par la maternité dès leur sortie pour la poursuite des soins ombilicaux. Ensuite, rendez-vous leur est donné pour les consultations infantiles à la PMI à partir du 1er mois.

Tout enfant nouvellement inscrit au CEPMI est vu en consultation médicale. Des visites à domicile sont assurées par l'infirmière visiteuse.

Les consultations prénuptiales qui sont assurées par le médecin, sont très rares du fait de l'ignorance ou de l'absence de motivation des jeunes gens.

Les consultations prénatales: La venue régulière aux 3, 4, 6 et 8ème mois de grossesse est rare. Un grand nombre de femmes se contentent de ne venir qu'une seule fois, près du terme de leur grossesse, pour avoir la fiche de liaison nécessaire à leur hospitalisation pour l'accouchement.

Au cours de ces consultations, sont pratiqués:

- un examen gynéco-obstétrical,
- examen médical général

Le dépistage sérologique de la syphilis et la recherche d'albuminurie sont faits systématiquement d'autres examens paracliniques sont prescrits.

Les consultations post-natales: Leur intérêt n'est pas encore bien compris par les mères. Un examen gynécologique et un examen médical général sont pratiqués au cours de ces consultations, suivis de prescriptions adéquates (conseils hygiéno-diététiques, espacement de naissance.

2° Les activités éducatives:

L'éducation des mères est faite lors des leçons de causeries de clubs des mamans qui précèdent toute activité, aussi bien aux centres que dans les Foyers d'Education sanitaire et nutritionnelle. Lors de ces leçons-causeries, trois règles à respecter:

- Causerie adaptée à la capacité intellectuelle de l'auditoire et ne parlant que de ce qui peut l'intéresser, exemple: quand on parle du latin dans certaines villes, les fosses septiques ne sont pas encore vulgarisées il est donc naturel de ne pas encore vulgariser, il est donc naturel de ne pas en parler, mais de s'étendre sur l'hygiène des latrines connues comme telles les fosses fixes.
- Causerie où l'on ne craint pas de répéter ce qui a été déjà dit;
- Causerie où l'on motive constamment les gens en leur faisant aimer ce qu'on veut qu'ils réalisent: par des séances de projection de films éducatifs ou des diapositives, par la retransmission commentée des émissions radiophoniques

L'éducation des jeunes filles est donnée dans les écoles ménagères. Elle concerne surtout la puériculture, des notions élémentaires de secourisme et des notions d'éducation familiale (éducation ménagère, conscientisation à la parenté responsable).

3° Activités curatives:

Des soins sont donnés pour les enfants et les mères inscrits au centre suivant la politique de la médecine intégrée. L'association "FIANAKAVIANA SAMBATRA", en abrégé FISA traduite littéralement par "Famille heureuse" est une association non gouvernementale, politique ne faisant pas de distinction ni sur la philosophie, ni sur la religion ni sur l'éthnien ni sur le parti politique de ses membres. Elle vient de célébrer son dixième anniversaire cette année.

La FISA a son siège national à Tananarive, mais celui-ci peut être transféré ailleurs par délibération de l'Assemblée Nationale.

.../...

4° B u t s:

L'Association a pour buts:

- la recherche des informations scientifiques relatives à ces problèmes
- l'étude de la maternité, de la natalité, de leurs répercussions familiales, sociales et nationales
- l'étude de tous les problèmes pouvant améliorer les conditions de la maternité et de la naissance, problèmes posés par la stérilité
- la poursuite d'une action d'information et d'éducation générale et sanitaire suivant l'objet défini ci-dessous. Toute personne (médecins, éducateurs) mandatée par le Mouvement, s'occupant des problèmes de la maternité et de la natalité pour exercer cette activité est tenue d'observer la plus stricte objectivité et de respecter les conceptions morales philosophiques et religieuses des adhérentes, en faisant abstraction de son éthnie personnelle;
- l'aide matérielle à disposer aux adhérents nécessiteux et prevenant de tous les mouvements et associations de bienfaisance de tous pays;
- la lutte contre l'analphabétisme;
- la lutte contre l'avortement.

Elle peut être affiliée à tous mouvements qui s'occupent des problèmes de la maternité et de la natalité. Actuellement FISA est membre à part entière de l'IPPF.

5° Composition:

L'Association se compose de:

- Membres actifs: tous ceux qui adhèrent aux ~~statuts~~ statuts
- Membres bienfaiteurs: tous ceux qui participent à l'œuvre sociale de l'Association
- Membres d'honneur: sur proposition de l'Assemblée Nationale, toute personne ayant prouvé son dévouement et sa sympathie à l'Association; se perd par la démission, le décès, le non paiement de deux annuités de cotisation, par la radiation prononcée aux motifs graves par l'Assemblée Nationale à la majorité de 2/3 des membres présents et le membre intéressé dûment appelé à fournir des explications.

6° Administration

L'Association est administrée par:

- l'Assemblée Nationale
- le Bureau National
- le Secrétaire Général
- les Coordinateurs provinciaux.

L'Assemblée Nationale constituée par les élus de chaque comité provincial se réunit une fois par an pour:

- entendre les rapports moraux et financiers de l'Association;
- discuter de sa gestion;
- établir un programme d'action;
- voir les travaux accomplis et à accomplir.

Les mandatés de la FISA ne sont éligibles ni dans l'Assemblée Nationale ni dans le Bureau National/^{ils} sont donc bénévoles. Toutefois des frais de déplacement pourront après décision de l'Assemblée Nationale être remboursés à ceux des membres qui auront des mission à remplir dans l'intérêt de l'Association. Les fonds servent à la propagande, à la défense des intérêts des membres et si possible aux oeuvres sociales.

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de la vie civile par le Président National ou en cas d'empêchement de sa part par un membre du Bureau National ou en désigne à cet effet. Le Secrétaire Général est mandaté par la FISA. Il assiste à toutes les réunions du bureau National, mais n'a pas droit de veto.

Lorsqu'il y a création d'une nouvelle clinique, le Bureau National est responsable de sa gestion.

7° Ressources:

Les ressources de l'Association proviennent de:

- aide de l'extérieur notamment de l'IPPF
- aide de l'intérieur: institutions, associations, boîtes privées
- cotisations et souscriptions des membres
- dons des membres bienfaiteurs
- donations des produits de fêtes organisées à cet effet (séances cinématographiques, kermesses, thé-concert, gala de chants, etc..)
- revenus de ses biens, valeurs, comptes en banque.

Les relations des fonds a lieu au fur et à mesure des besoins sur la signature conjointe du Président ou à défaut de l'un des Vice-Présidents et du trésorier.

Actuellement FISA compte 16.000 membres avec 8 médecins, 18 animatrices et 13 cliniques dispersées dans toute l'Ile, seule la province de Tulear au Sud est dépourvue. Elle dispose des cours gratuits pour les mamans, les jeunes filles et enfants. Des séances cinématographiques et causeries éducatives sont également données gratuitement aux centres de Protection Maternelle et Infantile, à la Gendarmerie au Service Civique, à l'Académie Militaire, aux différentes associations, institutions, écoles professionnelles qui font appel à elle.

FISA organise des séminaires nationaux portant sur des thèmes bien définis, et où elle invite les autres associations gouvernementales et non gouvernementales à prendre part aux discussions et travaux de commission. .../...

9. Communication du Représentant de U.I.O.F.: par Monsieur Maurice ARFEUX

L'Union Internationale des Organismes Familiaux a été sensible à l'invitation qui lui a été faite. Elle a voulu y répondre positivement, soulignant ainsi l'intérêt qu'elle porte à vos travaux.

Mon Président, Habib GUERFEL, un Africain, m'a demandé de le représenter personnellement et de saluer en son nom les hautes personnalités qui patronnent ce séminaire, et celles qui en assument la responsabilité directe.

Mais l'UIOF est deux fois présente ici, puisqu'avec le délégué que je suis, est présente de ses éminentes Vice-Présidente, Madame HABIMANA NYIRASAFARI Gaudence (en prenant connaissance des documents sur l'UIOF qui sont à votre disposition, et plus spécialement la liste du Conseil Général et du Comité de Direction, vous verrez la place qu'y tient Madame HABIMANA).

L'intérêt de l'UIOF pour vos travaux est très grand (et on ne pouvait d'ailleurs mieux l'explicitier que l'a fait l'orateur Monsieur NIYIBIZI).

La Planification Familiale met en cause trois données également respectables:

- l'intérêt des peuples, à la recherche d'un développement harmonieux,
- la liberté et la dignité de la femme, dans sa vie familiale, et aussi tout le bonheur du couple,
- la qualité de la vie de l'enfant, qui a besoin de recevoir affection et soins, et qui doit pouvoir grandir dans une fratrie suffisante où il pourra faire l'apprentissage des nécessaires solidarités.

De vos travaux, témoignage sera donné à la prochaine Conférence Mondiale qu'organise l'UIOF - Paris en janvier 1979 (et dont le programme est également à votre disposition).

C'est dire qu'en ouvrant l'Année Internationale de l'Enfant, l'UIOF disposera d'un matériel de qualité, émanant de votre grande région africaine.

Vous comprendrez avec quelle attention je m'apprete à suivre vos débats.

=====

10. Communication de la Délégation du Burundi: par Mr. MAGEREGERE Ignace

La Planification Familiale est un sujet qui suscite beaucoup de discussion à plusieurs égards car pour les uns, elle semble être une notion tout à fait nouvelle, alors qu'en réalité sa pratique est aussi vieille que l'humanité.

Le Président de cette séance l'a souligné ce matin dans son introduction d'ouverture de la séance.

Quand on parle de la planification familiale à l'heure actuelle, on évoque généralement l'explosion démographique, ses conséquences sur le plan social et économique, et l'on pense immédiatement "contrôle et limitation des naissances".

La délégation du Burundi pense qu'il est tout à fait logique de se pencher sur le problème de la planification familiale, si la politique de limitation des naissances peut apporter une solution au problème de l'expansion démographique, lequel est un problème à l'échelle du globe.

Partout actuellement dans le monde, les pays avancés comme ceux en voie de développement sont de plus en plus préoccupés par le problème de l'expansion démographique, et beaucoup sont ceux qui ont déjà compris qu'il est indispensable d'allier la marche du progrès et développement économique à une recherche d'une meilleure qualité de la vie.

La régulation de naissances n'est donc pas une conception nouvelle, certaines revues de la santé publique décrivent un certain nombre de méthodes de régulation des naissances dans l'Egypte antique, parmi lesquelles figure l'utilisation d'une barrière vaginale faite de charpie et de poudre d'acacias.

L'abstinence sexuelle en période d'allaitement existe également depuis toujours chez nous en Afrique, et il y a même de raisons profondes de cette tradition, fondées sur la peur de mettre le bébé en danger. C'est-à-dire que la femme devait s'abstenir d'avoir de relations sexuelles jusqu'à ce que l'enfant soit sevré, jusqu'à ce qu'il marche et puisse parler.

Parallèlement à cette pratique traditionnelle d'allaitement prolongé au sein et durant laquelle les relations sexuelles étaient interdites, apparaît clairement la préoccupation de la santé de la mère en espaçant les naissances depuis tout le temps.

S'agissant donc du problème de la pression démographique, beaucoup de pays reconnaissent que le taux de l'accroissement de la population pose de sérieux et nombreux problèmes, quoique beaucoup d'entre eux n'ont jusqu'ici adopté aucun programme ni politique visant à limiter les naissances, tel est le cas pour le Burundi, où une proportion de la population se trouve dans le groupe de la population d'âge ../

..scolaire et de ce fait le problème de l'enseignement devient un fardeau beaucoup plus lourd que dans les pays plus riches où la population augmente moins.

Nous en sommes conscients si même l'accroissement de la population est une bonne chose en ressources et en capital humain, nous ne perdons pas de vue que le taux de l'accroissement annuel de 3 % sur les 4 millions d'habitants, soit 120.000 personnes qui la grossissent chaque année sont des enfants en berceau et non des travailleurs.

Il faut les nourrir, les habiller, les soigner, les éduquer et leur fournir bien d'autres services pendant plusieurs années avant qu'ils ne puissent contribuer par leur travail à l'économie du pays. Autant de raisons démontrent bien l'intérêt de la planification familiale.

Ceci revient à dire que pour protéger la mère et l'enfant et pour élever et éduquer la jeune génération de la nation, de manière à assurer la santé et la prospérité de la nation, nous convenons qu'une certaine régulation de naissance est souhaitable.

Il est souhaitable en ce sens que les services de santé à eux seuls, ne sont pas en mesure de rendre efficaces toutes leurs activités, une certaine coordination avec d'autres secteurs compétents en matière d'éducation, d'assistance sociale, d'agriculture, de la population, de communication et d'information est indispensable.

Il est bien entendu que sa réalisation pratique implique un certain nombre de questions d'ordre social, économique, culturel et même religieux, lesquels ne rendent pas toujours facile la mise en oeuvre de tout projet de planification familiale dans un certain nombre de pays comme le Burundi, bien que les avaries sont tout à fait évidentes.

Parmi les principales causes de morbidité et qui aggravent d'autres maladies et pour lesquelles le Burundi estime que la planification familiale est un élément préventif, figure la malnutrition car dans ce domaine bien précis, l'accroissement de la production alimentaire ne suit pas le même rythme que celui de l'expansion démographique, bien au contraire personne n'ignore l'appauvrissement et la dégradation de nos terres cultivables.

Le problème de la nutrition est étroitement lié à celui de l'explosion démographique et il n'est pas rare de constater que la malnutrition se rencontre le plus souvent chez les familles pauvres et nombreuses et il est pratiquement impossible de faire baisser le taux de mortalité infantile dans un pays ou dans des régions où sévit la malnutrition.

.../...

Nous croyons que les meilleures contraceptions seraient certainement un bon régime alimentaire par l'accroissement de la production alimentaire, la lutte contre l'ignorance et la pauvreté, le problème de la malnutrition étant inséparable de celui de la pauvreté.

C'est pourquoi nous pensons que les méthodes de régulation de naissances très simples efficaces et non coûteuses devraient être mises à la disposition de tous ceux qui le souhaitent, car si l'explosion démographique doit continuer, les gens s'alimenteront de plus en plus mal, et les conséquences ne tarderont pas à se faire sentir sur une grande échelle.

A cette fin, nous pensons qu'il faut faire beaucoup d'effort pour accroître en même temps la production que les mesures d'espacement de naissances, la production alimentaire dans l'ensemble des pays en voie de développement et les aider à parvenir à se suffire un jour si l'on veut que les objectifs de limitation de naissances contribuent au bien être de la famille et la société.

=====

11. La Politique Tunisienne en matière de la Population: par Mr. Hedi GRIOUI

"...La Planification Familiale est aujourd'hui connue et mieux comprise en Tunisie. Elle est entrée dans les moeurs malgré quelques légères réticences dues notamment à la persistance des mentalités anciennes et à une mauvaise interprétation de la religion islamique. L'éducation permanente et systématique que les responsables mènent inlassablement permettra d'applanir ces difficultés, d'éclairer et d'opérer une mutation en profondeur des mentalités et des comportements".

INTRODUCTION

La politique de développement pour laquelle la Tunisie a opté en vue de parachever sa libération, vise la promotion de l'homme qui est à la fois une fin et un moyen dans cette politique.

Le progrès de la société implique et exige le progrès du citoyen. C'est l'action de développement qu'elle mène inlassablement depuis voici 20 ans, et de former des hommes conscients et responsables et d'assurer leur promotion socio-économique par la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, c'est-à-dire leurs besoins affectifs, sanitaires, nutritionnels, éducatifs et sociaux.

Aussi n'est-ce pas un hasard si le gouvernement tunisien déploie des efforts considérables en vue d'élever le niveau de vie du peuple tunisien et de favoriser la montée de générations saines et épanouies.

Ce n'est pas un hasard non plus si la planification familiale occupe une place prépondérante dans les préoccupations du gouvernement en matière de développement économique.

1. La Situation Démographique: En 1946, la Tunisie comptait 2.904.000 habitants. Elle en comptait 3.442.000 en 1966. Le 1er mai 1975, la population résidente en Tunisie 5.588.209 personnes. Son taux d'accroissement naturel est de 2,5 %. Il était de 3 % en 1966.

Cette population est caractérisée par son extrême jeunesse. 43,2 % des tunisiens ont moins de 15 ans (1966). Actuellement cette proportion est encore plus élevée.

La population d'âge scolaire est très importante. En 1973, elle atteint 28 % de la population totale. La Population en âge d'activité (15 - 65 ans) représente 52,6 % de la population totale et les personnes âgées de plus de 65 ans en représente 4,2 %.

En 1974 la population féminine en âge de procréer atteint 1.350.000. L'explosion démographique a débuté en Tunisie au cours des années 1930. En 1921, la Tunisie ne comptait que 1.875.000 habitants; sa population a triplé en 5 ans.

Ce phénomène s'explique par la baisse de la mortalité qui est due à l'amélioration des conditions sanitaires, et par une nuptialité précoce.

L'extrême jeunesse de la population est due à une fécondité très forte dont le taux global est de 149 ‰. Il était de 162 ‰/oo avant la mise en oeuvre du programme de planification familiale.

Le taux global de natalité est en baisse depuis l'indépendance. Se situant entre 48 ‰/oo et 43 ‰/oo en 1956 et 1966, ce taux descend à 39,3 ‰/oo en 1972 et 53,8 ‰/oo en 1974.

Au lendemain de l'indépendance, c'est-à-dire à partir de 1956, le taux de mortalité a connu une baisse forte en raison de l'amélioration de l'infrastructure sanitaire dans le pays: 20,9 ‰ en 1956, 14,0 ‰ en 1966, 10,3 ‰ en 1972 et 9,5 ‰/oo en 1974. Le taux de mortalité infantile est de l'ordre de 110 ‰/oo.

On estime, d'autre part, l'espérance de vie à la naissance à 38 ans en 1946, 50 ans en 1968 et 52,5 ans en 1973.

2. Relation entre la fécondité et le développement économique et social: Les calculs et les études établis par les planificateurs montrent que, sans une politique de planification familiale, l'évolution spontanée se traduirait, au cours de la période 1974-1983 par:

- Un nombre annuel moyen de naissance de l'ordre de 250.000
- Une augmentation annuelle de la population scolarisable de 250.000
- Une forte augmentation de la population d'âge actif qui ne pourrait s'insérer en totalité dans le système productif
- Un surplus d'enfants non scolarisés et un surplus de tunisiens sans emplois et sans revenus, c'est-à-dire des problèmes socio-économiques graves qui rompraient l'équilibre de la société.

La politique de développement retenue par le Gouvernement Tunisien, qui vise à assurer aux citoyens le droit à l'instruction, à l'emploi, à la culture et à une vie digne, ne pourrait être réalisée si la croissance démographique continue sur ce rythme.

LES OBJECTIFS DU PROGRAMME DEMOGRAPHIQUE

1. Les objectifs démographiques: La Tunisie présente en matière de population, une politique claire, traduite par un ensemble de mesures juridiques convergentes. Comme le souligne le IV^{ème} Plan, la politique sociale représente la clé de voûte de l'action gouvernementale pour la deuxième décennie de Développement. Il s'agit en effet d'axer la stratégie du développement sur le progrès social, en se fixant comme objectifs prioritaires le plein-emploi, une répartition plus juste des revenus et une amélioration de la qualité de la vie.

La ligne d'action retenue consiste à ramener la fécondité par âge de la population tunisienne en l'an 2001 à celle de l'Italie d'aujourd'hui (soit un taux de reproduction de 1,2 à la fin de la période.

Cette politique de population inspirée d'une politique générale de promotion sociale embrasse différents domaines:

- La mobilité géographique de la population tant intérieure qu'extérieure
- L'emploi, aussi bien dans des zones urbaines que rurales
- Le relèvement du niveau de vie et la réduction des écarts régionaux
- La scolarisation
- La planification familiale.

La Planification Familiale est l'élément qui conditionne les autres composantes. Les choix démographiques retenus contribueront à résoudre assez sensiblement le problème de l'emploi à partir des années 1980: toutefois, d'orès et déjà, ils ont permis de relever le niveau de vie. La croissance économique (qui est de l'ordre de 7,6 % par an pendant la deuxième décennie aura ainsi déjà assuré des effets bénéfiques sur le niveau de vie.

Cependant la croissance globale ne portera tous ses effets que si elle est menée, comme le prévoit le IVème Plan Quatriennal avec le souci d'atteindre un double objectif, l'équilibre régional et l'équilibre de revenus. C'est dans ce cadre que la régionalisation des objectifs du programme de Planning Familial a été envisagée.

Il faudrait agir sur les paramètres globaux de comportement (taux de fécondité et taux de natalité entre autres) de manière qu'ils soient conformes à un taux de croissance optimal, compte tenu de la croissance économique, c'est-à-dire faire baisser le taux de fécondité qui était de 162 ‰ en 1971 à 137,8 ‰ en 1982, soit réaliser en moyenne une diminution annuelle de 2,5 naissances pour mille femmes en âge de procréer. Cette diminution était de 5,1 ‰ au cours de la période 1965 - 1971.

Les objectifs quantitatifs en matière de population prévoient l'évolution suivante:

- 5.838.000 en 1976
- 6.593.700 en 1981
- 9.783.000 en 2001

La structure par âge évaluerait de la manière suivante: la Tunisie est le premier pays africain et le premier pays arabe à entreprendre un programme national de planning familial. Le Président Habib BOURGUIBA fut l'un des douze Chefs d'Etats qui ont signé, en 1966, à l'ONU la Déclaration des Chefs d'Etats sur la population. Dès les premières années de l'indépendance, les responsables tunisiens ont réalisé la gravité de la situation démographique du pays. Le Président BOURGUIBA déclarait le 25 décembre 1962 devant le IIème congrès de l'Union des Femmes de Tunisie: "Nous ne pouvons nous défendre contre un sentiment d'appréhension devant la marée humaine qui monte implacablement à une vitesse qui dépasse beaucoup celle de l'augmentation des subsistances; car à quoi servirait l'accroissement de notre production agricole, de nos richesses minières si la population doit continuer à s'accroître d'une manière anarchique et dementielle ? .../

Nous n'aurions rien fait car nous risquons de nous trouver ramenés, malgré tous nos efforts, à un niveau général inférieur à celui du point de départ".

Le Programme National de Planification Familiale fut adopté en 1964. Il comportait au départ une phase expérimentale de deux ans (1964 - 1966). Par la suite et devant les résultats encourageants enregistrés, les responsables ont décidé de le généraliser.

Confié tout d'abord à une Direction au sein du Secrétariat d'Etat à la Santé Publique puis à l'Institut National du Planning Familial et de la Protection Maternelle et Infantile, ce Programme est aujourd'hui sous la responsabilité de l'Office National du Planning Familial et de la Population créé par la loi du 23 mars 1973.

2. La politique législative en matière de Planning Familial: De par sa situation géographique et la faculté d'adaptation de son peuple, la Tunisie a allié depuis 1956 des éléments déterminants de développement dus surtout aux circonstances politiques qui l'ont marquée depuis l'indépendance et à la personnalité de son leader le Président H. BOURGUIBA.

Dès 1956 une réforme juridique a été entreprise, d'une part pour supprimer certains textes du Protectorat qui faisaient obstacle à la nouvelle politique et d'autre part, pour promulguer des textes qui servaient de point de départ aux organisations prises par suite.

Ainsi la législation a joué un rôle de catalyseur pour la politique démographique, en fournissant au programme de planification familiale l'assise juridique qui lui était indispensable, et lui a donné un nouvel élan. Ces mesures législatives peuvent être classées sous deux rubriques: a) Dispositions législatives indirectement au programme de planning familial; les lois visant à promouvoir un statut de la femme égale de l'homme le principe de l'éducation obligatoire dans le primaire, un système de protection sociale (sécurité sociale, retraite et réglementation du travail des femmes et des enfants), une législation fiscale ne favorisant pas trop la famille nombreuse, présente une compatibilité totale avec l'objectif de limitation de la fécondité, incitent les parents à réduire leur progéniture afin d'améliorer le bien-être du foyer. Dans le même sens il faut ajouter les effets positifs (des textes juridiques concernant la santé de la population) sur la mortalité infantile et la durée de vie.

b) Dispositions législatives directement liées au Programme de Planning Familial; le code du Statut personnel: le 13 août 1956, c'est-à-dire quatre mois après la constitution du premier gouvernement de la Tunisie indépendante présidé par Habib BOURGUIBA, un code du statut personne a été promulgué, qui en abolissant la polygamie et la répudiation et en instituant une nouvelle réglementation du divorce et du mariage constitue le point de départ de la révolution entreprise .../

...dans le pays et un grand pas vers la planification familiale.

- la loi du 14 décembre 1960 le bénéfice des allocations familiales aux quatre premiers enfants.
- la loi du 9 janvier 1961 autorise l'importation des produits contraceptifs et la propagande anticonceptionnelle.
- le décret-loi du 20 février 1966 limite l'âge au mariage à 17 ans révolus pour la femme et à 20 ans pour l'homme.
- la loi du 1er juillet 1965 légalise l'avortement social dans les trois premiers mois de grossesses à partir du 6ème enfant.
- le décret-loi du 23 mars 1973 institue l'Office National du Planning Familial et de la Population.

Le décret du 31 janvier 1974 fixe les règles relatives à l'organisation et au fonctionnement du Conseil Supérieur et des Conseils Régionaux de la Population. Le Conseil Supérieur de la Population, présidé par le Premier Ministre, définit, dans le cadre de la politique démographique du gouvernement, les orientations générales de l'activité de l'Office National du Planning Familial et de la Population et lui arrête les grandes lignes de ses programmes et plans d'action.

Le Conseil Régional de la population institué dans chaque gouvernement et présidé par le Gouverneur donne un avis sur les projets de programme et plans d'action régionaux qui lui sont présentés, après accord du Ministère de la Santé Publique, par l'Office National du Planning Familial et de la politique générale de la planification familiale.

En vertu de la loi 73-17 du 23 mars 1973, un Office National du Planning familial et de la Population est créé et placé sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique.

L'action menée par l'Office National du Planning Familial et de la population, de l'Education et de la Formation des Cadres. Pour atteindre nos objectifs dans ce domaine, nous avons mis à contribution les moyens d'information de masse (radio, télévision, presse écrite), la production audio-visuelle (films, diapositives, affiches) et les publications.

L'Office a également mis sur pied des structures régionales d'Education animées par un délégué qui coordonne les activités d'Education au niveau de la région. Notre programme d'Education touche les citoyens là où ils se trouvent par des réunions d'informations, des tables rondes, des contacts individuels...

Des programmes spécifiques ont été élaborés à l'intention des secteurs organisés (entreprises du secteur industriel, milieu rural).

Pour ce qui est de la formation, des séminaires, des stages groupent de façon régulière le personnel médical, paramédical social et tous les cadres qui sont appelés, dans leurs actions, à contribuer à la réalisation du programme de planification familiale. Toutes ces activités visent à transmettre le message du Planning Familial dans les meilleures conditions et à responsabiliser davantage le citoyen.

Deuxième niveau de notre action: le renforcement de l'infrastructure et l'amélioration de la qualité des services. Une fois le besoin créé, il convient de le satisfaire. Pour cela l'Office National du Planning Familial et de Santé Familiale.

Ces services, l'Office National du Planning Familial et de la Population veille à ce qu'ils soient de qualité; pour cela, une action continue est menée afin de rechercher les moyens et les méthodes les plus efficaces et les moins nocifs, je citerais à ce propos l'introduction de la méthode de la ligature des trompes par coelioscopie et la création d'une unité de recherche biomédicale.

D'autre part, l'Office National du Planning Familial et de la Population accorde une place importante à la formation des médecins à l'intention desquels sont organisés des stages de formation et de recyclages en Tunisie et à l'étranger.

Le troisième volet de notre action est relatif à la recherche et à l'Education. Ce programme vise à entreprendre des recherches et des études opérationnelles sur divers thèmes touchant tous les problèmes de Population, et à évaluer l'action entreprise afin d'apporter éventuellement les correctifs nécessaires, et d'ouvrir de nouvelles perspectives à l'action future.

La Planification Familiale est aujourd'hui largement connue et mieux comprise en Tunisie. Elle est entrée dans les moeurs malgré quelques légères réticences dues notamment à la persistance des mentalités anciennes et à une mauvaise interprétation de la religion islamique. L'Education permanente et systématique que les responsables mènent inlassablement permettra d'aplanir ces difficultés, d'éclairer aux citoyens et d'opérer une mutation en profondeur des mentalités et des comportements.

La prise de conscience de la population et les efforts considérables que déploient les responsables, consolident les assises du programme national de planning familial dont l'évolution favorable est aujourd'hui évidente. Les résultats probants obtenus ne font que confirmer non seulement l'efficience du programme mais aussi l'intérêt et l'enthousiasme qu'il suscite.

La Tunisie compte aujourd'hui 482 centres (sans compter le secteur privé), où le service de Planification Familiale est offert gratuitement selon des méthodes et une réglementation rationnelles et sans cesse améliorées.

L'Office a aujourd'hui cinq ans. Nous pouvons dire assurément qu'un grand pas a été franchi dans le domaine de la planification familiale. Notre programme est à présent bien assis sur des bases mondialement connu et renommé.

Les résultats que je me permettrai de souligner devant ce Conseil sont de deux ordres:

- Sur le plan qualitatif; on constate une évolution incotestable dans les mentalités; selon les études établies par nos équipes de recherche, rurales des femmes tunisiennes y comprises celles qui vivent dans des zones de bonnes dispositions à son égard; les craintes et les rumeurs se sont dissipées quant aux contraceptifs qui, il y a quatre ans seulement rebutaient la plupart des citoyens; le dialogue entre les animateurs et les citoyens est plus ouvert, plus franc.
- Sur le plan quantitatif; les résultats sont aussi significatifs. Le nombre des consultations a évolué de 273.156 en 1973 à plus de 500.000 en 1977. Si je me permets d'insister sur ce chiffre c'est parce que ces consultations présentent plus d'un avantage en offrant l'occasion aux femmes de bénéficier de bilans et de différents soins qui dépassent le cadre du planning familial.

Les actes effectués et les naissances évitées se présentent comme suit: - Le programme de 1974 a permis d'éviter: 32.720 naissances; celui de 1975 : 38.800 celui de 1976 : 52.750 et celui de 1977 : 56.600 Au total 180.870 naissances ont été évitées au cours de la période 1975 - 1978.

- Les actes effectués au cours de l'année 1977 sont les suivants: 23.839 poses de DIU (contre 20.839 en 1976), 27.318 ac-ceptatrices de pilules (contre 25.987 en 1976), 18.839 ac-ceptatrices de méthodes secondaires contre 8.269 en 1976, et 21.070 avor-tements sociaux (contre 20.341 en 76).

Ces actes ont permis de protéger 125.172 femmes. Le taux de natalité a sensiblement baissé: de 43 % en 1966, il est descendu à 34 % en 1977. Le taux de protection par le Planning familial des femmes mariées en âge de procréer et passé de 10 % en 1974 à plus de 20 % à la fin de 1977. Je soulignerais à ce propos que le programme de Planning Familial a touché 533.000 femmes, c'est-à-dire 64 % des femmes âgées de moins de 50 ans.

.../...

Si le taux de couverture effectif n'est que de 20 % c'est parce que les femmes abandonnent une méthode après l'avoir adoptée soit parce qu'elles ne sont pas satisfaites de la méthode, ou qu'elles optent pour une nouvelle grossesse après un temps de repos ou encore, qu'elles préfèrent recourir au secteur privé.

Il y a aussi le fait que jusqu'à ce jour, la science n'a pu mettre au point une méthode de contraception réversible et efficace à 100 %.

Quant au taux d'accroissement naturel, il est passé de 2,98 % en 1966 à 2,6 % en 1977.

Cette évolution qui semble lente s'explique par le fait que le taux de mortalité a beaucoup baissé au cours des dernières années. De 14 % en 1966, il est passé à 8,4 % en 1977. C'est un des taux les plus faibles du monde et le plus bas en Afrique du Nord.

Le taux d'accroissement étant fonction de l'évolution des taux de natalité et de mortalité, il est évident que son évolution demeure lente malgré tous les efforts fournis en matière de Planning Familial, puisque les taux de natalité et de mortalité évoluent dans le même sens.

Pourtant, il y a lieu de souligner que 205.128 naissances ont été enregistrées au cours de l'année 1977 contre 206.730 en 1976, encore que la population ait augmenté de 1/3.

Cependant, on n'a enregistré que 34.610 décès en 1977 contre 48.307 en 1966, avec une population de 1.500.000 plus importante.

Si le taux de mortalité était demeuré le même qu'en 1966, comme c'est le cas pour certains pays voisins, et compte tenu de la baisse de la natalité, on aurait eu aujourd'hui un taux d'accroissement de l'ordre de 2 %. D'autre part, d'autres facteurs sont intervenus qui ont fait que le taux d'accroissement demeure encore élevé:

- Le phénomène des classes creuses (générations numériquement moins nombreuses que la moyenne des effectifs à cause de surmortalité infantile des années 1941 - 1945.; Ce qui fait que le nombre des générations rentrant en âge de procréer va croissant. Pour ne citer que le groupe d'âge 20 - 24 ans, la différence entre les effectifs recensés en 1966 et 1975 est pratiquement de 100.000 femmes.
- Il faudrait souligner également le retour des tunisiens de l'étranger qui exigent de l'Office autant de services supplémentaires.

.../...

Les soins maternels constituent un des facteurs les plus importants pour la santé de la famille et la santé publique toute entière, en même temps qu'ils jouent un rôle déterminant pour le développement de l'individu, du groupe social et de la collectivité nationale.

En résumé, les actions de la PMI ont pour objectifs principaux la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle, périnatale, infantile et enfantine, la promotion de la santé, de la reproduction, ainsi que le développement physique et psycho-social de l'enfant et de l'adolescent dans le cadre de la famille. La santé maternelle et infantile est inséparable de la santé générale de la collectivité et est directement influencée par les conditions socio-économiques.

L'on sait que dans toute l'Afrique, les mères et les enfants totalisent les 2/3 de la population et que, sur le plan biologique, ce groupe est plus sensible aux influences du milieu et donc plus fragile et plus vulnérable. Il a donc besoin de soins attentifs et spéciaux avant et pendant la grossesse, au cours de l'accouchement et tout au long de l'enfance.

A. IDENTIFICATION DU PROBLEME

Toute entreprise motivée qui se propose d'accomplir une action valable et efficace dans un domaine aussi complexe que celui de la PMI doit, au préalable, bien préciser ses objectifs identifier les problèmes à résoudre et les difficultés à surmonter, sans oublier d'inventorier les diverses solutions possibles ainsi que les moyens disponibles pour parvenir au but qu'elle s'est fixé. Il s'agit ici de savoir si, de par leur état matériel et/ou infantile la mère et l'enfant sont sujets à des risques particuliers et comment juguler ces dangers.

A 1. Notion de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles: Le niveau de santé des mères et des enfants est généralement évalué d'après certains critères, notamment les mesures de la mortalité et de la morbidité de la croissance et du développement de l'enfant. Comme les données sur la mortalité sont souvent les seules disponibles dans nos pays sous-équipés, elles peuvent servir d'indicateurs les plus valables de la SMI. L'Afrique présente des taux de mortalité maternelle et infantile élevés: - mortalité maternelle 7 % (Europe 0,07 %)
- mortalité infantile 100 à 200 % (Europe 10-20 %)
- mortalité infantile de 1 à 4 ans: 40 - 50 fois supérieures à celle de l'Europe.

Il y a 5 ans (1973 les données statistiques de notre pays le Rwanda révélaient que: 19 % de la population étaient constitués des jeunes de moins de 5 ans.

51 % des jeunes de moins de 15 ans et

51 % femmes pour 49 % hommes et que: -la mortalité (mort foetale)
était environ (Europe 15 %
-la mortalité infantile 127 %
-la mortalité matern.: 4,7 - 5 %.

En raison du nombre élevé des malades hospitalisés appartenant au groupe "mères-enfants", l'importance de la mère et de l'enfant dans la mortalité et la morbidité hospitalières se manifeste d'une manière particulière.

A 2. La mortalité et la morbidité infantiles

A 2.1. La mortalité infantile

A 2.1.1 Les causes de la mortalité infantile:

La mortalité infantile peut être attribuée à trois causes principales à savoir, les facteurs endogènes, les facteurs exogènes, et les facteurs sociaux. Parmi les facteurs endogènes on peut citer:

- les affections héréditaires
- les affections congénitales;-infectieuses: {embryopathie (rubéole, oreillons)
{foetopathies (toxoplasmose,
(syphilis, palu-
(disme, variole,
(hépatite virale).
- toxiques {mercure, plomb, tabac, alcool)
- médicaments tératogènes: thalidomide, phocomélie)
- immunologiques: facteur rhésus, maladie hémolytique
- radiations ionisantes: rayons X, tests et traitement par radioisotopes, explosion atomique, etc..).

Les facteurs exogènes peuvent être: - le peril infectieux rendu menaçant et renforcé par le manque d'hygiène, les mauvaises conditions de vie, l'absence de vaccination, le paludisme, la tuberculose, la rougeole, les maladies diarrhéiques et parasitaires qui prélèvent un lourd tribut de la population infantile africaine;

- le péril alimentaire fruit de l'ignorance, du sevrage brutal et malmené ainsi que de l'abandon de l'allaitement au sein dans les milieux urbains de la carence en protéines et du mauvais approvisionnement en eau potable.

Les facteurs sociaux sont: la pauvreté, le chômage, la migration incontrôlée des campagnes vers les villes ayant pour conséquence la promiscuité, les mauvaises conditions de vie dans les banlieues lépreuses et surpeuplées,

...les effets néfastes du divorce et de la prostitution orphelin, les enfants illégitimes ou abandonnés.

Il est à noter que dans les pays en voie de développement 60 - 80 % des décès d'enfants de moins d'un An se produisent durant la période post-natale. Les taux de mortalité périnatale et néonatale sont élevés, mais largement dépassés par le taux de mortalité post-néonatalité, causée par la malnutrition et les infections.

Les causes de décès survenant pendant la période post-néonatalité sont donc principalement d'ordre social et d'environnement.

Suivant les résultats d'une enquête interaméricaine sur la mortalité chez les enfants (enquête menée en 1976 dans 10 pays avec le concours de 15 équipes dont 13 dans les pays en voie de développement, et 2 dans les pays développés), il a été constaté que les causes de décès sont les suivantes:

- 1° Les maladies infectieuses responsables du plus grand nombre de décès au cours de la période post-néonatale sont les maladies diarrhéiques, la rougeole se classant au second rang.
- 2° 57 % de décès avant l'âge de 5 ans dans les populations étudiées, étaient dus à une carence alimentaire jointe à l'insuffisance du poids à la naissance.
- 3° C'est aux troisième et quatrième mois de la vie que la mortalité due à des carences alimentaires diverses a été maximale.

L'étude a confirmé l'existence d'une synergie incontestable entre la malnutrition et les infections. Pour plus de 50 % de décès imputables à une infection, une carence alimentaire a été associée.

Deux autres observations ont été faites: l'avenir de l'enfant est d'autant plus incertain que la malnutrition de la mère est plus grave et que les risques pour la mère et l'enfant sont d'autant plus grand que la parité est élevée.

Il est bien logique que la mortalité chez l'enfant dépend des soins reçus pendant la période périnatale et des soins prénatals dispensés aux mères. Mais d'autres facteurs non négligeables sont l'âge de la mère, la parité, le rang des naissances et la dimension de la famille. Les enfants naissant dans les familles nombreuses risquent davantage de mourir d'une maladie infectieuse.

La mortalité infantile est liée aussi à la situation socio-économique de la famille; la profession du père, l'instruction de la mère. La plupart des autres risques dépendent des facteurs socio-économiques de l'environnement, de la quantité et de la qualité des soins de santé disponibles.

Concernant les différences selon le sexe de l'enfant, la mortalité infantile est généralement plus forte pour les enfants de sexe masculin, bien qu'ils pèsent davantage à la naissance, sauf bien sûr dans les zones où pour des raisons culturelles qui accordent une préférence aux garçons, ceux-ci sont mieux soignés.

Pour la mortalité de 1 - 4ans, une diminution progressive de décès de ce groupe a été enregistré dans le monde entier, mais avec une forte proportion de morts au cours de la deuxième année. Les facteurs qui rendent dangereuse la première année continuent d'exercer leur influence au cours de la deuxième année, en particulier le sevrage joue un rôle important. La mortalité de 5 à 9 ans et de 10 à 14 ans qui est aussi en baisse, a pour cause en général, les maladies infectieuses, les accidents et les tumeurs malignes.

A 2.2. La morbidité infantile

A 2.2.1 Les causes de la morbidité infantile:

La morbidité infantile n'est pas facile à évaluer, car les seuls renseignements disponibles proviennent de l'hospitalisation. Les causes générales sont les maladies respiratoires et les gastro-intestinales, les maladies infectieuses, et parasitaires, les anomalies congénitales, les accidents etc...

A 3. La mortalité et la morbidité maternelles

A 3.1 La mortalité maternelle:

Selon la définition du comité de la mortalité maternelle des Fédérations Internationales d'Obstétriciens et de Gynécologues (FIGO), la mortalité maternelle signifie le décès de toute femme qui meurt de n'importe quelle cause en cours de grossesse et dans les 42 jours qui suivent la fin de celle-ci, quelle que soit la durée et quelque soit le site de la grossesse. Et suivant le comité des soins maternels et infantiles de l'American Medical Association (AMA), la mortalité maternelle est le décès qui intervient pendant la grossesse ou dans les 90 jours qui suivent la fin de celle-ci quelle que soit la durée de la grossesse, la date de sa fin ou la méthode suivie pour y mettre fin.

A 3.1.1. Les causes de la mortalité maternelle;

Grâce à l'élévation de niveau de la santé, et à l'amélioration des conditions de vie, ainsi qu'à la prestation de soins efficaces pendant la grossesse, lors de l'accouchement et après celle-ci, une réduction de la mortalité maternelle a été enregistrée en de nombreuses régions développées du monde et dans certains pays en voie de développement. Néanmoins dans beaucoup de pays sous-développés, les maladies et les traumatismes liés à l'accouchement constituent encore l'une des principales causes de décès pour les femmes en âge de procréer (15 - 45 ans) influant ainsi considérablement sur l'espérance de vie de la population féminine.

... ces pays, l'... pendant ? une au cas

Dans la majorité de ces pays, il a été constaté que pendant leurs années fécondes, les femmes ont un taux de mortalité beaucoup plus élevé que les hommes du même âge: Inde, les femmes de 15 à 44 ans, taux de mortalité de 38 % plus élevé que les hommes. Pakistan, 75 %.

Cet accroissement de la mortalité s'explique essentiellement par le grand nombre de femmes qui meurent des suites de la grossesse et de l'accouchement. Selon les études effectuées au Bangladesh par Chen et collaborateur, 80 % des décès maternels avaient des causes obstétriques directes, 10 % des causes obstétriques indirectes, et 10 % seulement des causes sans liens avec la grossesse, ce qui confirme le bien fondé de la définition de l'AMA.

L'importance relative de la mortalité maternelle reste déterminée par le taux de natalité, le taux d'avortement, l'importance de la population féminine féconde ainsi que la couverture adéquate des services SMI. Ainsi, suite à de nombreuses études, il a été démontré que dans les pays en voie de développement la mortalité maternelle est très forte pour la première grossesse, elle diminue pour la deuxième et la troisième, recommence à monter avec la quatrième et atteint des taux élevés après la cinquième.

Or, plus de 40 % des parturiantes que l'on rencontre en sont à leur 4ème grossesse ou plus. La multiparité joue un rôle important dans la mortalité maternelle, dont l'espacement des naissances et la réduction du nombre total des grossesses est une mesure de prévention spécialement indiquée.

A 3.2 La morbidité maternelle

De par son état de mère et suite aux divers rôles associés à cet état, la femme africaine est particulièrement exposée à de multiples nuisances responsables de sa morbidité quasi permanente.

A 3.2.1. Les causes de la morbidité maternelle

Parmi les causes responsables de la morbidité maternelle chez la femme africaine, nous pouvons citer la malnutrition et l'anémie chronique, les infections aiguës ou chroniques, la maternité elle-même ainsi que la pathologie apparentée.

A 3.2.1.1 La nutrition, l'anémie, les maladies infectieuses et la vulnérabilité de la mère:

La malnutrition et l'anémie chronique représentent des causes majeures de morbidité chez les mères et sont étroitement liées aux infections, aux maladies parasitaires ainsi qu'aux conséquences qu'entraîne l'absence de régulation de la fécondité.

Les infections aiguës ou chroniques (tuberculose, hépatite infectieuse, paludisme) qui sévissent dans les contrées en voie de développement sont responsables d'importants taux de morbidité.

Les hémorragies avant et après l'accouchement sont non seulement plus fréquentes chez les anémiques, mais deviennent plus fatales parce qu'une anémique ne peut supporter une perte de sang.

A 3.2.1.2 La santé de la mère en rapport avec la maternité, les complications de la grossesse et de l'enfantement:

On l'a proclamé à maintes reprises, il y a des risques particuliers qui augmentent le taux de mortalité maternelle. Parmi ces risques, on peut citer un grand nombre de grossesses, de naissances et d'enfants, de courtes intervalles entre les grossesses et une grossesse se produisant aux deux extrêmes de la vie reproductives. Dans nos pays, ces risques se compliquent de la malnutrition chronique, de l'insuffisance ou de la carence des soins prénataux, des travaux excessifs, des infections et autres maladies, des mauvaises conditions de milieu.

En rapport avec la maternité, trois facteurs exercent une influence sur les taux de morbidité et de mortalité maternelles.

- Ce sont: - l'âge de la femme
- la longueur de l'intervalle entre les naissances
- la parité de la femme (le nombre d'enfants).

1° L'âge de la femme: l'on reconnaît que l'âge optimum de l'enfantement se situe entre 20 et 30 ans. Et plus une femme s'éloigne de cet âge optimum, plus elle court le risque de mourir durant la grossesse ou en couches. La morbidité et la mortalité liées à l'âge sont plus grandes chez les femmes de plus de 35 ans à tel point que, par rapport à celles de 20 à 30 ans, elles risquent 2 à 3 fois plus d'avoir des complications de grossesse ou d'accouchement.

2° L'intervalle entre les naissances: nous l'avons déjà dit plus haut, la mère a besoin d'un intervalle de deux à trois ans entre les naissances pour se rétablir physiologiquement et pour se préparer à une autre grossesse. Dès lors, plus l'intervalle est court entre les naissances, plus le risque de mortalité pour la mère et l'enfant est élevé. Deux facteurs contribuent à un raccourcissement d'intervalle entre les naissances; la diminution de la durée de l'allaitement, et l'insuffisance ou le manque total de contraceptifs efficaces mis à la disposition des femmes qui souhaiteraient espacer ou limiter les naissances.

3° Le nombre d'enfants: nous ne saurions souligner assez l'influence défavorable du grand nombre d'enfants sur la santé de la mère et de l'enfant, sur le bien-être de la famille, sur le développement économique du pays et sur le niveau de vie en général. Une femme court plus de risque de mourir d'une première grossesse ou d'un premier accouchement que de la deuxième naissance.

Avoir des malaises ce n'est pas être malade, car la maladie est l'équivalent de l'arrêt de travail. Un faible niveau de revenu affecte donc la place de la santé de la mère et de l'enfant dans la hiérarchie des besoins. Quand une famille vit au niveau du minimum de subsistance, elle aspire d'abord à des améliorations concrètes, matérielles; la santé vient après.

La multiplicité des rôles de la femme africaine et singulièrement de la femme rwandaise dans la société, l'accaparent par une activité presque sans trêve ni repos. Ménagère et mère, elle doit exécuter d'inombrables et inépuisables travaux ménagers, accorder son affection et tous les soins à sa progéniture et veiller à l'éducation des enfants. Femme et partenaire conjugal, elle doit veiller au bien-être de son mari et répondre à ses variables sollicitations. En plus de toutes ces charges la paysanne, presque perpétuellement enceinte, s'épuise aux durs travaux de labourer la terre et, son dernier-né au dos, à transporter de lourds fardeaux, à supporter les intempéries et à lutter contre les nombreuses agressions de la nature. La congénère ouvrière ou employée, campagnarde ou citadine n'est pas toujours plus épargnée. De son domicile) l'atelier ou au bureau, elle est souvent obligée, elle aussi, de parcourir de longues distances qui favorisent en l'aggravant, l'accumulation de la fatigue, d'autant plus que sa période de congé, ses moments et jours prévus pour le repos sont sacrifiés aux préoccupations familiales.

En fin de compte, les journées de travail de la mère africaine sont extrêmement longues, les conditions de travail très dures et malsaines, le repos rare et insuffisant, toutes choses qui consomment les forces physique, appellent et accélèrent l'usure en même temps qu'elles rendent le corps plus vulnérable et plus sensible aux agressions de toute nature.

Le travail agraire féminin et l'économie d'auto-subsistance ont une influence directe et accélératrice sur la malnutrition de la mère et de l'enfant, de même que la fécondité naturelle dont les conséquences successives sont la poussée démographique et la malnutrition générale.

Pour en revenir aux méfaits d'un grand nombre d'enfants, notons qu'il a été démontré par des études répétées que la maladie et la dimension de la famille vont de pair. Il est bien évident que, comme le souligne si bien le Docteur HAKIZIMANA Cyprien, plus la famille est nombreuse, plus la pression des circonstances y est sensible du fait de la multiplicité des maladies et du besoin accru des soins maternels et autres.

Les grossesses rapprochées et multiples constituent donc un des premiers facteurs causals de la malnutrition maternelle et infantile, car vidant la mère de ses réserves sans lui laisser le temps de récupération, en plus elles entraînent le sevrage anticipé de l'enfant qui doit céder place à son cadet sans trouver pour autant une alimentation compensatoire adéquate.

D'où la fréquence de malnutrition protéino-calorique communément dénommée "KWASHIORKOR". Il a été en outre, constaté que les hémorragies associées à la grossesse et à l'enfantement sont souvent le résultat d'anomalies placentaires telles que le placenta praevia ou le décollement prématuré du placenta, deux anomalies deux à trois fois plus fréquentes chez les multipares que chez les primipares, l'âge prenant une importance encore plus grande dans les cas de placenta praevia.

D'autres risques pour la mère sont liés au grand nombre d'enfants, ce sont entre autres les présentations vicieuses et la rupture utérine, complications se produisant le plus souvent chez les multipares âgées et correspondant peut-être à une diminution de l'élasticité de l'utérus, ainsi que les varices et le relâchement du pelvis pouvant se compliquer d'hémorragies et prolapsus.

Quant à la toxémie de la grossesse, c'est-à-dire pré-éclampsie ou sa forme plus grave, l'éclampsie (pathologie; hypertensio, un gain rapide de poids, niveau élevé de sodium, état pouvant se compliquer de convulsions, coma et mort) elle se produit le plus souvent chez les primi-gravides ou chez les multipares de plus de 35 ans.

Plusieurs naissances sont également associées à des couches difficiles qui prédisposent toutes les femmes à l'infection puerpérale, infection de l'appareil génital dont la thrombophlébite (infection des veines du pelvis) est une complication sévère responsable d'un taux élevé de mortalité maternelle.

Le nombre des enfants a aussi une corrélation avec certaines pathologies, comme le diabète sucré et le cancer du col:

1° Le diabète sucré et le grand nombre d'enfants:

Il est connu que la grossesse fait empirer le diabète et qu'elle provoque des symptômes biochimiques durant la gestation chez une femme qui n'a encore jamais eu de diabète. Bien que la corrélation entre le nombre d'enfants et l'incidence de la maladie n'ait pas encore été prouvée ni établie, il a été cependant constaté que la probabilité de diabète augmente avec la parité, tout comme elle accroît avec l'âge, non considérés les facteurs tels que l'obésité, la prédisposition génétique et le régime alimentaire.

2° Le cancer du col et le nombre d'enfants: Selon certaines études, chaque naissance augmenterait légèrement le risque de cancer du col, bien que ce rapport entre le cancer du col et le nombre d'enfants ne soit pas aussi important que l'âge du premier mariage ou des premières relations, ou un certain nombre d'autres facteurs sexuels. Les considérations précédentes démontrent à suffisance que toute grossesse même et surtout celle interrompue avant terme comporte des risques pour la mère:

1° L'avortement et la santé de la mère: quels que soit les moyens utilisés, les buts poursuivis et les raisons pour interrompre la grossesse, l'avortement, surtout s'il est exercé dans l'illégalité et donc dans des mauvaises conditions d'hygiène et par des personnes inexpérimentées, peut provoquer des infections, des hémorragies ou des lésions mécaniques susceptibles d'entraîner la mort ou de compromettre la santé de la mère. Les conséquences lointaines les plus importantes de l'interruption de grossesse par application de certaines méthodes telles que la dilatation et la curetage semblent être les naissances avant terme, la prématurité étant une des causes de mortalité infantile et les avortements spontanés tardifs lors des grossesses ultérieures. Au problème de l'avortement, nous associons discrètement celui des mères célibataires, des grossesses indésirées et des enfants naturels.

2° La fille-mère et l'enfant naturel: disons tout de suite pour commencer, que cette question ne se poserait pas si l'on cultivait efficacement la vertu, et si on la faisait acquérir par la jeunesse ainsi que par tous les êtres humains capables et en état de se produire. Mais c'est là un idéal chimérique. Considérons avec objectivité que la manque de vertu et l'existence du vice dans le domaine de la moralité sexuelle ne sont pas le propre de notre seul époque.

Le relâchement des mœurs, la prostitution, la débauche, l'adultère et toutes les séquelles sont peut-être plus intenses et plus ressentis par nos sociétés, mais ils semblent avoir débuté avec l'existence de l'homme, et les anciens n'ont cessé de les dénoncer, de les éprouver et de les combattre. Certes, il faut toujours et partout honorer la vertu sans toutefois se leurrer ni oublier la réalité présente et concrète.

Le nombre considérablement-élevé de mères célibataires et d'enfants naturels croît régulièrement et pose à la société des problèmes ambigus. Faut-il accorder soins et protection à ces rejetons que certains considéraient, jusqu'il y a peu, comme d'amers fruits du péché engendrés par des branches maudites ?

Arrivés sur cette terre, ces êtres sont, comme tout le monde, décidés d'y rester et il serait injuste de leur contester le droit de cité. Et pourtant dans certaines sociétés africaines, les filles-mères et leurs enfants sont encore pourchassés et malmenés. Lorsque par exemple l'irréparable accident de tomber enceinte se produit chez une de nos enseignantes célibataires, elle perd automatiquement et en même temps son statut de fille tout court, son emploi et ses moyens de subsistance, ceci en vue d'éviter le scandale aux enfants dont l'éducation lui est confiée.

.../...

Craignant l'indigence et la misère ou d'autres malheurs plus grands pour elles-mêmes et/ou pour leur progéniture, certaines de ces femmes n'hésitent pas à recourir à des gestes de désespoir comme suicide, l'avortement accompli dans des conditions malsaines et parfois fatales, l'abandon et même l'étranglement de leur nouveau-né. La fille-mère suppose obligatoirement un partenaire célibataire ou adultère, et les deux sont conjointement et mutuellement responsables du fruit de leur acte. De même la communauté, incapable de prévenir les méfaits des excès de ses membres, à savoir les mâles; et qui rejette froidement ces enfants innocents, est collectivement et solidairement responsable de la perte inutile de vies humaines même si ces nouveaux arrivants peuvent constituer une sérieuse surcharge pour une société où les autres manquent déjà du nécessaire. La mère célibataire non point maudite, mais plutôt aussi humaine et affectivement mère comme toutes les autres mères, capable d'affection, d'effort rentable et de productivité, n'est pas une main-d'oeuvre automatiquement perdue pour la nation, non plus que son enfant d'ailleurs. Aussi devrait-elle, chaque fois que faire se peut, être réhabilitée, convertie et reclassée dans les nombreux secteurs d'activités nationales dont la moralité professionnelle n'a rien à craindre de leur état civil pour le moins complexe.

Quant aux enfants naturels indésirés sur terre, s'il est bon et humain de les protéger et de leur garantir la survie, il serait peut-être plus bénéfique encore de prévenir à temps leur malheureuse existence qui serait supportée comme un lourd fardeau par la société, en utilisant à bon escient, pour éviter la survenue des grossesses imprévues et non souhaitées, les moyens scientifiques appropriés puisque les seuls préservatifs moraux restent d'une efficacité fort douteuse.

Le sort des enfants naturels me fait penser à celui combien triste, des enfants adulterins, mal tolérés dans leurs familles, nourris de coups et d'autres services par leurs marâtres ou par leurs pères (peter) et maîtres. Il y a aussi les orphelins et les gosses abandonnés privés de l'affection maternelle; tous ces jeunes êtres humains en souffrance méritent la sollicitude protectrice de la part de ceux qui prétendent sauvegarder la vie et la santé infantiles.

A 4. La santé de l'Enfant et de l'Adolescent dans le cadre de la famille:

Dans les cas normaux et habituels, la mère et l'enfant forment un binôme équilibré et harmonieux dans le cadre d'une famille paisible et prospère. Cet équilibre peut être rompu et perturbé en cas de troubles dans le foyer ou de mésentente soit entre les parents eux-mêmes, soit entre les parents et leurs enfants. Dans l'un et l'autre cas, le développement physique et psycho-social de l'enfant peut, suite aux contraintes et inhibitions fréquentes, en subir et garder les empreintes.

Pour les mères qui travaillent et en dehors de leur foyer,

il

En Afrique, la plupart du temps, les enfants partagent intimement la vie et sort de leurs mères, surtout lorsque celles-ci travaillent dans leurs foyers ou à proximité, cas dans lequel leur tâche consiste essentiellement à élever leur descendance.

Pour les mères qui travaillent en dehors de leurs foyers, il leur est parfois difficile de combiner leur double rôle de mères et de travailleuses. Pour alimenter leurs nourrissons elles recourent à l'allaitement artificiel qui peut provoquer de sérieux problèmes de santé chez leurs enfants, (diarrhée et marasme) et perturber l'interaction mère-enfant, si nécessaire sur le plan émotionnel. Déjà avec ce sevrage, l'enfant est obligé de se débrouiller presque seul, avec ses jeunes frères et soeurs, ni les domestiques ne peuvent suppléer valablement la vraie maman.

Ailleurs dans des familles modestes, les enfants, dès qu'ils ont l'âge de raison, sont appelés à apporter leur contribution à la production et à l'entretien de la famille, travaux ménagers et agricoles, -tout récemment notre Ministre de l'Agriculture et de l'Elevage se plaignait de ce que dans certaines régions du pays, la tendance des hommes était de laisser aux femmes et aux enfants les travaux agricoles qui pourtant nécessitent de l'endurance et des forces physiques, transport de lourdes charges et ainsi jusqu'au jour où, pour échapper aux dures lois de la nature, certains vont désertier le cercle familial et déracinés loin du regard et de la surveillance des parents, s'adonner à toutes sortes de pratiques malsaines et douteuses.

C'est parmi ces enfants prodigués et désemparés que se recrutent les bandits, les voleurs et les prostituées, c'est-à-dire tous les candidats à la délinquance juvénile, dont un important contingent se rue vers les villes dans l'espoir d'y rencontrer une chance qui leur permette d'échapper à une vie rurale faite de peine, de pauvreté et d'ennui pour une maigre compensation.

Outre la jeunesse délinquante, il y a toute une jeunesse qui, d'une manière ou d'un autre, parvient à trouver une occupation temporelle soit-disant rémunérée, mais qui vivent dans des conditions socio-sanitaires aussi indécentes que malsaines. Il s'agit notamment des domestiques, des serveurs et serveuses des cabarets et de restaurants, des commissionnaires; et de tous ces enfants qui accomplissent diverses besognes moyennant une rétribution mal définie.

La domesticité africaine, et en particulier la domesticité rwandaise forme une des catégories sociales les plus démunies de nos pays.

.../...

Souvent composé de très jeunes enfants, d'adolescents et d'adolescentes mineurs, cette catégorie d'individus constitue un groupe important, puisqu'il n'y a pratiquement pas de famille citadine, pas de fonctionnaire, d'employé, de travailleur d'un certain standing qui n'ait un domestique à son service et sous son entière dépendance.

Métier ingrat que celui de domestique. Boy ou Boyesse, serveur ou serveuse, ces personnes sans identité et sans défense sont vilipendées, confondues par la société et vivent dans une situation d'infortune qui frise celle de l'esclavage, tandis que leur santé reste constamment menacée par le manque d'hygiène et parfois par la consommation clandestine d'alcool ou de drogues dans lesquels ils espèrent trouver refuge et consolation.

Après avoir évoqué le problème de certains enfants défavorisés, nous ne pouvons pas passer sous silence celui particulier que posent d'autres catégories spécifiques telles que la jeunesse scolarisée, l'adolescence et la jeunesse handicapée.

A 4.1 La santé de l'enfance scolarisée:

Dans toutes les sociétés, les taux de mortalité sont plus faibles pour ce groupe d'âge que pour celui d'âge inférieur. Pendant cette période l'enfant est soumis à une scolarisation intensive et adopte progressivement des modes du comportement et des habitudes qu'il gardera probablement toute sa vie. Privé d'une certaine dose d'affection et de soins maternels qui ne peuvent pas être entièrement et valablement compensés par le dévouement des maîtres d'école, l'écolier trouve néanmoins un peu de compensation dans la camaraderie avec ses condisciples.

Mais le milieu scolaire peut être une menace à la santé des enfants, qui ont été jusqu'alors protégés par leur famille

L'école et son environnement sont susceptibles de poser des problèmes de sécurité sanitaire de l'élève, en ce sens qu'ils peuvent constituer un réservoir de maladies transmissibles, infectieuses, parasitaires et épidémiques (tuberculose, verminose, oreillons etc..) ainsi qu'une source de maladaptation émotionnelle et intellectuelle, sans exclure les affections carencielles telles que la malnutrition et l'anémie.

L'insalubrité des locaux, le manque d'hygiène générale et de vaccination, (approvisionnement en eau propre, absence de latrines, hygiène corporelle), les dangers de la circulation routière, mais aussi l'abus du tabac, de l'alcool, des drogues et des excitants, les longues distances parcourues par tous les temps chaque jour entre l'école et le domicile, le jeûne quotidien ne permettant dans bien des cas qu'un seul et maigre repas du soir, tout cela peut constituer une menace pour la santé de l'écolier ou de l'élève.

A 4.2 La santé des enfants handicapés:

Les enfants physiquement ou mentalement handicapés sont généralement bien tolérés par leur foyer en tant que membres de la famille. Défavorisés par le sort ces enfants économiquement diminués, sont quelquefois acceptés comme de simples parasites et abandonnés à leur sort tandis que leur état sanitaire favorise le contact avec de nombreuses affections (contagieuses et parasitaires) auxquelles ils s'avèrent particulièrement sensibles. De rares cas de mauvais traitement existent mais plus rares encore sont les renseignements existant à ce sujet.

A 4.3. La santé des adolescents:

L'adolescence est une période de passage progressif de l'enfance à l'âge adulte (10 à 19 ans selon l'OMS) Elle débute avec l'apparition des règles chez les filles ou une poussée de croissance chez les garçons et se poursuit un certain nombre d'années.

Bien que les taux de mortalité soient relativement moins élevés pendant cette période qu'au cours de la première enfance, l'adolescent néanmoins subit des transformations biologiques rapides qui le rendent très vulnérable aux influences du milieu physique et psychosocial.

Les trois caractéristiques de l'adolescence sont:

- la croissance physique
- la modification des fonctions physiologiques et psychologiques et des systèmes de l'organisme
- l'achèvement du développement.

La croissance et la maturation physique s'accompagnent d'un développement mental et psycho-social et sont influencées par des événements subis pendant la période prénatale et l'enfance.

Du fait de leur croissance rapide et de leurs plus intenses activités physiques, les besoins nutritionnels des adolescents sont nettement plus élevés que ceux des enfants. Plusieurs facteurs exogènes peuvent affecter la nutrition:

- l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources alimentaires
- les modes alimentaires et les attitudes culturelles
- les maladies infectieuses et parasitaires.

Les enfants qui souffrent d'une malnutrition protéino-calorique, de maladies infectieuses et parasitaires, du manque de stimule psychologique et social, risquent d'avoir des troubles et du retard de développement physique et mental pendant l'adolescence, car les conditions nécessaires à une croissance et au développement harmonieux font défaut.

Le taux de mortalité est relativement faible pendant l'adolescence, il est généralement plus élevé pour les garçons que pour les filles.

Les causes sont: les accidents et les suicides (les accidents sont responsables de près de la moitié de tous les décès dans le groupe d'âge de 10 à 19 ans dans le monde entier), les tumeurs malignes et les maladies graves du sang; les infections gastro-intestinales et respiratoires, y compris la tuberculose, occupent le 2ème et 3ème rangs dans de nombreux pays africains.

Les décès en rapport avec la grossesse, les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches figurent parmi les principales causes de décès chez les femmes de 15 à 19 ans. La mortalité en rapport avec l'avortement et l'accouchement est particulièrement élevée chez les filles de moins de 18 ans.

La mortalité, difficile à évaluer, a pour cause les accidents, les maladies respiratoires et parasitaires, les maladies transmises par contact sexuel, notamment la blennorrhagie.

L'usage du tabac est fréquent chez nos adolescents. L'on sait que sa consommation importante et prolongée est liée à diverses maladies de l'adulte, comme le cancer du poumon, la bronchite chronique, l'emphysème pulmonaire, les maladies cardio-vasculaires et l'hypotrophie foetale (poids faible) chez la femme enceinte.

Notons en passant qu'il a été prouvé que les femmes qui fument donnent des enfants ayant un petit poids à la naissance et que ces mêmes femmes font plus fréquemment des placenta praevia, des hématomes rétro-placentaires et de hypoxies néonatales que les non-fumeuses.

L'usage de l'alcool pendant l'adolescence conduit souvent à l'alcoolisme chronique et est lié à la cirrhose du foie, à la malnutrition chronique qui diminue la résistance à l'infection, à des lésions cérébrales et à la souffrance foetale chez les femmes enceintes.

Les facteurs d'environnement influent sur la santé de l'adolescente; la migration vers les villes associée à la diminution du soutien familial, la promiscuité, le chômage, les mauvaises conditions de vie et l'absence des services de santé, la sous-alimentation, l'exposition aux accidents du travail, le surpeuplement, etc. peuvent avoir des effets graves tels que nous en avons parlé à propos de la délinquance juvénile et de la domesticité africaine.

Ainsi donc, les différents aspects du problème de la santé maternelle et infantile que nous venons d'examiner prouvent à suffisance que, de par leur état, la mère et l'enfant sont soumis à de nombreux risques de nuisances contre lesquels il faut les protéger. Il nous reste maintenant à envisager les différentes méthodes qui peuvent être mises en oeuvre pour assurer cette protection.

B. METHODES ET MOYENS DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Pour garantir à la mère et à l'enfant une protection valable et efficace, le contenu des soins de SMI doit toujours être déterminé en fonction des besoins et des moyens locaux ainsi que des caractéristiques sociales et d'environnement des collectivités considérées. Et quelle que soit la quantité des moyens disponibles, il est toujours indiqué et nécessaire de déterminer les problèmes prioritaires et les solutions appropriées à chacun des cas considérés.

B. 1. Les problèmes sanitaires majeurs et les composantes des soins de santé correspondants: les problèmes sanitaires majeurs et les composantes des soins de santé correspondants peuvent être présentés sous forme de résumé ou de tableau suivant:

Problèmes sanitaires prioritaires	Composantes des soins de santé
1° Maladies prévalentes et accidents	Prévention diagnostique et traitement précoce
2° Nutrition pendant la grossesse et la lactation	Education et alimentation d'appoint
3° Complication de la grossesse et de l'accouchement	Soins prénatals et post-natals
4° Complication de la période néo-natale	Soins néo-natals et post-natals
5° Nutrition des nouveaux-nés de l'enfant sevré	Allaitement maternel et aliments de sevrage appropriés, éducation nutritionnelle
6° Croissance et développement de l'enfant d'âge préscolaire	Surveillance de la sante et de l'alimentation
7° Maturation biologique et psychosociale des enfants et des adolescents	Education, surveillance et socialisation
8° Procréation naturelle ou non planifiée	Régulation de la fécondité et éducation
9° Compétence parentale	Soins préconceptionnels et préparation à la vie familiale

Tels sont les soins de SMI aux différents stades du développement humain (selon l'OMS, R.T.N. 600, 1976). Selon le Docteur KATARINA CARIC, pédiatre de l'OMS, les solutions des principaux problèmes sanitaires sont: - L'identification et la prévention des affections qui atteignent les mères et les enfants de préférence;

- Les soins aux mères et aux nouveaux-nés rendant la grossesse, l'accouchement, et au cours de la période post-natale;
- La surveillance des nourrissons et notamment la promotion de la nutrition de la croissance et du développement;

- L'éducation et la création des services en matière de régulation de la fécondité, afin d'assurer par l'espace-ment des naissances, une meilleure nutrition de la mère et de l'enfant, et prévenir l'interruption de l'allaitement maternel à cause d'une nouvelle grossesse et de réduire de ce fait l'incidence des infections et des maladies diarrhéiques;
- Les efforts particuliers concernant le sevrage et relatifs à l'éducation nutritionnelle, la promotion des aliments de sevrage convenables surtout préparés à la maison, la prévention et le traitement des diarrhées infantiles;
- La surveillance du développement physique et psycho-social et de la maturation de l'enfant et de l'adolescent, une attention toute particulière étant réservée aux questions de nutrition, à la préparation, à la vie familiale et à l'éducation des enfants;
- L'accroissement de la compétence des parents, compte tenu du rôle capital de la mère dans l'éducation des enfants ainsi que des caractéristiques socio-culturelles locales;
- L'amélioration de la salubrité de l'environnement à tous les stades.

B 2. Le traitement et la prévention des maladies courantes: c'est par la connaissance préalable de la situation épidémiologique locale que l'on peut identifier les maladies courantes à traiter ou à prévenir. Dans nos pays en développement, les données de morbidité disponibles révèlent que les maladies les plus fréquentes sont les maladies diarrhéiques, respiratoires et infectieuses, en particulier la rougeole et la coqueluche, le paludisme, la parasitose intestinale et les maladies de la peau. Ces affections sont associées à des facteurs liés à la pauvreté, tels que les carences alimentaires, le manque d'hygiène, l'insuffisance ou la carence des soins de santé ainsi que le manque de possibilité d'éducation. Le traitement des maladies est du ressort des soins de santé primaire dispensés dans un service compétent et par un personnel bien formé. Cependant, on peut et on doit enseigner aux parents et à l'ensemble de la communauté les mesures simples et fondamentales de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, mesures qui doivent être associées au traitement curatif pour pouvoir rompre le cycle de la maladie. Et chaque fois que c'est possible la prévention et l'éducation doivent être combinées avec les activités curatives. Les soins de santé doivent être assurés non seulement au malade mais également aux autres membres vulnérables de la famille. La vaccination et l'éducation doivent suivre, de préférence, un horaire analogue à celui des consultations des malades.

.../...

B 3. Les soins pendant la grossesse et lors de l'accouchement: la santé de la mère et le développement du fœtus sont mis en danger par les maladies et les états morbides liés à la grossesse. Il faut donc s'efforcer d'assurer les soins prénatals aux femmes qui en ont besoin par les consultations prénatales aussi complètes que possible et effectuées par un personnel qualifié pour identifier les grossesses à haut risque afin de pouvoir dispenser aux femmes de cette catégorie, les soins appropriés ou les adresser aux services spécialisés. Bien plus, il serait souhaitable que toutes les naissances soient assistées par un personnel qualifié.

La consultation prénatale a pour objectifs:

- la surveillance de la grossesse au point de vue médical et obstétrical pour la prévention des complications de la grossesse et de l'accouchement et en particulier de la rupture utérine;
- le dépistage et le traitement des maladies transmissibles et dégénératives;
- La protection contre les maladies infectieuses;
- L'éducation des femmes concernant l'hygiène et l'alimentation de la grossesse, ainsi que les soins aux enfants, sans oublier la planification familiale.

Parmi les soins prénatals simples, l'on peut citer:

- l'enrichissement en fer de l'alimentation de la femme enceinte pour éviter l'anémie maternelle;
- un apport protéique du régime des femmes insuffisamment nourries, visant à augmenter le poids de l'enfant à la naissance;
- l'administration périodique, mensuelle ou bimensuelle, des antipaludéens pour prévenir les accès palustres et les effets néfastes du paludisme sur la grossesse et sur le fœtus.

L'organisation des soins prénatals doit tenir compte de nombreux facteurs importants:

- 1° L'état sanitaire des adolescents et des femmes en âge de procréer (15 à 45 ans), y compris l'état nutritionnel, la prévalence et la gravité d'anémie, les types et la fréquence des maladies infectieuses, notamment celles qui ont des effets nocifs sur la grossesse ou son issue.
- 2° L'âge moyen de la première grossesse, la parité, l'intervalle génétique et le nombre total de grossesses.
- 3° La compréhension du problème et l'acceptation des mesures et des interventions par les collectivités.
- 4° Les ressources disponibles.
- 5° L'accessibilités des services pour les femmes enceintes.
- 6° L'existence des services spécialisés pour accueillir les femmes enceintes à risque élevé (maternité équipée et dotée d'un personnel qualifié).

7° La possibilité de l'éducation relative à l'hygiène de la grossesse, à la puériculture, la procréation et la planification familiale pour améliorer la santé des mères et des enfants par l'espacement des naissances.

Actuellement, pour remédier le manque du personnel qualifié, on met l'accent sur la formation et l'utilisation des accoucheuses traditionnelles.

B 4. La consultation post-natale: la consultation post-natale très peu pratiquée en Afrique, devrait se faire dans le premier mois qui suit l'accouchement, lors de la première visite de l'enfant et devrait comprendre: un recueil des plaintes éventuelles, un examen gynécologique et pédiatrique, les conseils d'hygiène et d'alimentation concernant la mère et l'enfant, sans oublier l'information sur la possibilité d'espacer les prochaines naissances.

B 5. Les soins périnatales: la période périnatale (environ 15 semaines) est une période très critique au cours de laquelle de nombreuses maladies peuvent être contractées qui contribuent pour beaucoup à la mortalité tant immédiate que tardive.

Des soins périnatales de qualité peuvent aider à prévenir les incapacités physiques et mentales ayant pour origine la période périnatale et qui, sur le plan humain comme sur le plan économique, représentent un coût très élevé pour la société.

Les causes de mortalité les plus fréquentes sont:

- l'insuffisance de poids à la naissance, les traumatismes obstétricaux et les infections néo-natales. Comme la majorité des naissances ont lieu à la maison, il conviendrait de mettre au point des techniques appropriées pour les soins périnatales dans les foyers.

B 5.1. L'insuffisance du poids à la naissance: l'insuffisance du poids à la naissance représente le principal facteur de mortalité périnatale et de morbidité immédiate et ultérieure. Ce problème est l'un des plus sérieux qui se posent en santé publique et plus particulièrement en SMI.

Il importe de prévenir l'insuffisance de poids à la naissance si l'on veut promouvoir le développement complet de l'enfant réduire la mortalité et éviter les dépenses qu'entraînent les soins aux enfants souffrant de ce handicap. Il serait préférable d'assurer la prévention par des soins et des interventions pendant la grossesse au lieu de traiter, après la naissance, les prématurés et les nouveaux-nés de poids insuffisant.

Des études sérieuses effectuées en Inde et en Amérique Latine ont démontré qu'en fournissant aux femmes enceintes malnourries une alimentation d'appoint pendant le dernier trimestre de la grossesse, on peut obtenir une augmentation d'environ 300 grs de poids moyen à la naissance.

Le régime alimentaire de la mère pendant la grossesse est donc essentiel tant pour sa propre santé que pour la santé de son enfant.

La paludisme, pourtant facile à prévenir, constitue une cause majeure de l'hypotrophie foetale. Sa prévention par nivaquinisation (hebdomadaire, mensuelle ou bimensuelle; er: 5 mg/Kg bimensuel) constitue une mesure importante mais coûteuse des soins prénatals.

L'anémie, courante pendant la grossesse dans les pays tropicaux, constitue souvent une cause de prématurité. Elle est en général provoquée par paludisme accompagné d'une carence secondaire en acide folique et en fer, par les parasitoses et en particulier l'ankylostomiase.

Parmi les autres causes de l'hypotrophie foetale, il faut noter le tabagisme pendant la grossesse, et dont on constate encore les répercussions chez l'enfant de 7 ans: notamment sa plus petite taille (environ 1,3 cm de moins que la moyenne) et son retard de 4 mois en ce qui concerne la lecture.

Les infections chroniques et en particulier les infections urinaires ainsi que les parasitoses peuvent également jouer un rôle important dans l'insuffisance de poids à la naissance. La prématurité, elle aussi, quelle que soit sa raison, est une cause d'hypotrophie du nouveau-né.

Le Prématuré: la principale cause de décès néo-natal est l'enfant prématuré. Plus l'enfant est petit, moins il a des chances de survie.

Les causes de la naissance prématurée sont: la syphilis maternelle, le placenta, le paludisme, les traumatismes, toutes les maladies infectieuses graves, l'anémie etc... Les centres spécialisés avec le personnel qualifié pour prendre soin des prématurés coûtent très cher et leur création ne peut pas être considérée comme une priorité en santé publique dans les pays sous-développés. Il n'est qu'indispensable d'assurer la transition de l'hôpital ou domicile dans de bonnes conditions et éduquer la mère pour qu'elle continue à soigner et à contrôler le prématuré.

L'allaitement maternel a des répercussions importantes sur les trois grands problèmes sanitaires des mères et des enfants à savoir les infections, la nutrition, la régulation des naissances.

De nombreuses études ont montré que la sensibilité aux infections et la gravité des maladies sont moindres chez les enfants nourris au sein.

La protection conférée au lait maternel ne se limite pas seulement aux infections intestinales, mais aussi aux autres maladies.

Les taux de mortalité et de morbidité sont nettement plus faibles chez les enfants nourris exclusivement au sein que chez les enfants partiellement ou entièrement nourris au biberon.

.../...

Pour la majorité des enfants du monde, il n'existe toujours pas de substituts de lait maternel qui soient à la fois efficace, sûrs, pratiques et économiques. Cependant dans la plupart des régions du monde la fréquence et la durée de l'allaitement maternel accuse une diminution générale.

Les facteurs causals sont l'urbanisation et l'industrialisation rapide, le travail des mères en dehors de la maison, l'attitude du personnel des services de SMI, la publicité démesurée des usines diététiques, l'existence de substituts du lait maternel commodes (lait en poudre, instantané, sucré), et enfin la fausse interprétation de la modernisation et de l'évolution ou l'émancipation de la femme.

Il existe des relations nombreuses et importantes entre la lactation et l'allaitement maternel d'une part et la reproduction d'autre part. L'ovulation peut être supprimée durant la lactation et elle se rétablit plus tôt chez les mères qui n'allaitent pas.

Néanmoins, ce n'est pas une méthode sûre de contraception. Etant donné que l'allaitement maternel constitue le moyen le plus approprié et le plus économique de nourrir l'enfant, il faudrait encourager l'allaitement au sein, l'accent étant mis sur l'introduction en temps voulu des aliments d'appoint adoptés aux besoins locaux et sur la lactation.

Les législations du travail de la plupart des pays en développement prévoient quelques semaines (6 à 8) de repos après l'accouchement pour allaiter l'enfant. Au Rwanda, une heure de repos est accordée chaque jour à la mère afin de lui permettre d'allaiter son enfant jusqu'au sevrage normal et régulier, mais cette mesure ne sert que celles qui travaillent près de leur domicile. Il serait donc souhaitable d'installer près du lieu de travail les crèches pour faciliter l'allaitement sur place. Ce qui ne serait d'ailleurs pas réalisable pour longtemps, faute de moyens.

B 6. Les soins aux nourrissons et aux enfants: les objectifs poursuivis sont les suivants: veiller en permanence à la santé, la croissance et le développement de tous les enfants, prévenir et traiter les maladies infectieuses courantes et les maladies de l'enfance, promouvoir une bonne nutrition; éduquer les mamans en leur apprenant comment élever l'enfant dans des conditions hygiéniques et comment prévenir les accidents. Ces objectifs sont réalisés à l'occasion des consultations infantiles périodiques et régulières.

Les enfants doivent être protégés par la vaccination contre les maladies telles que la tuberculose, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la rougeole, la poliomyélite et la variole. La vaccination devrait être incluse dans le cadre des soins quotidiens de SMI et intégrée dans tous les services de santé primaire.

Pendant la consultation infantile, il faut interroger la mère sur le régime de l'enfant avec précision, donner des conseils, redresser les erreurs, expliquer quelques recettes simples équilibrées peu onéreuses et adaptées en milieu local, selon l'âge de l'enfant. A cette même occasion il faut repérer à l'intérieur du groupe d'enfant de même âge ceux qui ont besoin de bénéficier d'une attention particulière.

* Le sevrage et les garderies: la période de sevrage correspond à la période située entre le moment où les aliments solides ont été introduits dans l'alimentation jusqu'à 9 mois après la cessation de l'allaitement au sein. Dans les régions rurales, l'écart entre l'introduction des autres aliments que le lait et la cessation de l'allaitement peut être très long allant jusqu'à 2 ans et plus. La raison de la cessation est presque toujours une nouvelle grossesse.

Les raisons médicales qui justifient la cessation de l'allaitement sont peu nombreuses. Même la tuberculose, la lèpre, l'abcès au sein n'en constituent pas une contre indication en présence des thérapeutiques modernes. L'on n'oubliera pas que, dans les pays pauvres, ce lait maternel constitue le meilleur apport en protéine de haute qualité au cours de la deuxième année.

Concernant les garderies, il devient de plus en plus fréquent que les deux parents travaillent loin de la maison et que les soins aux enfants incombent alors à la collectivité, agissant par l'intermédiaire des groupes professionnels qui assument le rôle de la mère et de la famille. Dans les zones rurales, les enfants sont en général protégés par la famille traditionnelle élargie.

Comme l'enfant a des besoins divers d'ordre physique, intellectuel, affectif et social, il ne peut se développer correctement que si ces besoins sont harmonieusement satisfaits. Le rôle des garderies est de faire face à ces besoins par une action coordonnée avec la famille. Le personnel de ces institutions doit connaître des problèmes de la santé de l'enfant, de la nutrition et savoir agir dans les urgences.

De tels établissements de placement collectif, crèches ou pouponnières, peuvent accueillir des enfants sains, les orphelins et les autres cas sociaux et doivent être soumis à des règles d'hygiène strictes.

B 7. Les soins aux enfants d'âge scolaire: dans le monde entier, la scolarisation touche actuellement de plus en plus un grand nombre d'enfants dont la protection devrait être assurée par des services d'hygiène scolaire comprenant l'ensemble des moyens adéquats pour protéger les écoliers contre la maladie et promouvoir leur santé.

L'Hygiène scolaire comprendrait:

- la protection contre les maladies infectieuses par les vaccinations et les rappels de: BCG, Polio, Variole, etc..
- la surveillance de croissance et de développement normal de l'enfant et de l'état nutritionnel
- les examens périodiques devant permettre le dépistage précoce de toute anomalie, en particulier celles qui peuvent empêcher l'enfant de suivre l'enseignement scolaire (déficience de la vue, de l'ouïe)
- la supervision de la salubrité du milieu des écoles
- la surveillance de la santé du personnel enseignant
- le contrôle de l'hygiène des aliments et la préparations de repas équilibrés dans les établissements scolaires en tenant compte des habitudes alimentaires de la population
- l'attention en comportement émotif de l'écolier et son développement intellectuel et à l'éducation physique.

Le programme des sciences naturelles, en plus des notions concernant le corps humain, l'hygiène générale et la nutrition, devrait mettre en garde contre l'abus de l'alcool, du tabac, des drogues et des excitants, et contenir aussi l'enseignement sur la procréation et peut-être aussi l'éducation sexuelle appropriée à l'âge.

Notons en passant que la nouvelle réforme rwandaise de l'enseignement insiste beaucoup sur l'orientation des programmes vers une formation technique et artisanale et l'acquisition des connaissances pratiques dans le domaine de l'agriculture et de l'élevage.

Au sujet des enfants non scolarisés, il est encore difficile et malaisé d'en assurer la surveillance, sauf peut-être dans le cadre des camps ou dans l'encadrement général de la jeunesse.

B 8. Les soins aux adolescents: l'adolescence est un âge qui pose des problèmes particulièrement difficiles à résoudre et que nous avons évoqués dans la partie relative à la santé des adolescents.

Ces problèmes, rappelons-le, concernent la croissance physique et le développement psycho-social, l'éducation sexuelle, la préparation au mariage éventuel, la prévention des grossesses précoces et non désirées, l'orientation professionnelle, la désadaptation sociale et la délinquance juvénile, etc... Ces divers problèmes appellent des solutions multiples qu'il serait difficile de cerner au cours de cet exposé. La réforme scolaire qui va intensifier la scolarisation, les projets de développement rural qui auront pour résultat certain de rendre intéressante la vie sociaux et d'autres du même genre contribueront pour beaucoup à résoudre les problèmes liés à l'adolescence.

.../...

C. LA PLANIFICATION FAMILIALE

Une forte parité et des grossesses trop rapprochées sont fréquemment associées à un bas niveau socio-économique, la sous-alimentation, au manque d'hygiène, à l'éducation médiocre et au surpeuplement. Tous ces facteurs sont liés à des issues défavorables des grossesses telles que l'accouchement prématuré ou dystocique, une proportion notable d'enfants de poids insuffisant à la naissance, des lésions et infections obstétricales.

Les avantages de la planification familiale ont été mis en évidence au cours des interventions antérieures. En modifiant le nombre total d'enfants nés d'une même femme, en assurant un intervalle optimum entre les grossesses, en évitant les naissances non voulues et en obtenant les naissances désirées, la planification familiale peut influencer favorablement sur la santé de la mère et de l'enfant et par conséquent sur le bien-être de toute la famille. Connaissant les relations existantes entre la régularisation de la fécondité et la santé des mères et des enfants, avec toutes les implications que cela comporte pour les services de santé et la formation, il convient de confier et d'intégrer la planification familiale aux services généraux, notamment ceux qui s'occupent des mères et des enfants, comme la nutrition, l'éducation sanitaire, la protection maternelle et infantile, les services sociaux, le développement rural etc..

C 1. L'intégration de la Planification Familiale dans les Services Nutritionnels.

Nous avons vu qu'il existe une relation étroite entre l'allaitement maternel d'une part, la nutrition, les infections et la régularisation de la fécondité d'autre part. Et pour mieux comprendre la gravité du problème posé par la malnutrition, il convient de se rappeler que celle-ci est en relation avec les deux principaux facteurs influants sur la santé de la mère et de l'enfant à savoir les infections et les grossesses trop fréquentes à l'intervalles trop rapprochés.

C'est dans les services tels que les centres nutritionnels que l'on peut élaborer et expérimenter toutes les mesures visant à améliorer l'état nutritionnel des mères et des enfants.

Ces mesures peuvent comporter en des interventions directes et indirectes.

Les interventions directes comportant les activités influant directement sur l'état nutritionnel des bénéficiaires. L'élément essentiel comprend la bonne éducation nutritionnelle des femmes qui doit être fondée sur quelques messages simples comme la promotion de l'allaitement au sein, l'utilisation des aliments solides appropriés, disponibles sur place et d'adoption de bonnes méthodes de sevrage.

.../...

La solution à court terme consiste à organiser des programmes d'alimentation d'appoint et si possible et nécessaire, à distribuer des suppléments nutritifs aux enfants défavorisés, les femmes enceintes et les mères allaitantes.

Les interventions indirectes comprennent les mesures visant la promotion de la santé exerçant un effet indirect considérable sur l'état nutritionnel, comme l'immunisation, l'approvisionnement en eau potable, la prévention et le traitement de la diarrhée, l'amélioration de la salubrité de l'environnement, l'enseignement de l'hygiène alimentaire.

La régulation de la fécondité constitue un moyen efficace d'assurer à la mère un meilleur état nutritionnel, dont le nouveau-né bénéficiera et qui rendra possible une période suffisamment longue d'allaitement au sein. Cette vérité doit être proclamée à toutes les occasions où l'éducation nutritionnelle est dispensée aux mères et à la population en général. Il faut également faire comprendre à tout le monde que la production locale d'aliments de sevrage, simples et peu coûteux, peut jouer un rôle dans la lutte contre la malnutrition. Pour assurer les soins voulus, notamment à des populations rurales, il faut tirer partie de tout service ayant un impact réel sur la population en tenant compte des besoins nutritionnels spécifiques des groupes vulnérables.

Au Rwanda, la satisfaction des besoins alimentaires de la population et le planning familial comptent parmi les principaux objectifs du deuxième plan quinquennal (1977 - 1981). C'est dire que les programmes alimentaires et de planning familial peuvent être, de toute manière coordonnés.

C.2. L'intégration de la Planification Familiale dans l'Education Sanitaire.

Les objectifs généraux de l'éducation sanitaire sont: 1° Informer la population des problèmes de santé, de leurs causes et des moyens pour les résoudre, porter la population à **utiliser ces moyens**;

2° Obtenir la participation volontaire de la population à la solution de ces problèmes;

3° Persuader les mères d'adopter les habitudes relatives à l'espacement ou la limitation des naissances est un des objectifs immédiats de l'éducation sanitaire.

Pour que la population admette les raisons d'une réduction de la fécondité et mette en application les méthodes lui proposées pour y parvenir, il faut une profonde mutation de l'attitude psychologique et sociologique traditionnelle.

.../...

Et justement la conscience ne doit pas être monopolisée par ceux qui saisissent d'emblé ces problèmes. Il est nécessaire qu'à l'occasion des séances de l'éducation nutritionnelle la parole soit accordée au monde paysan, si souvent marginalisé, mais aussi première victime désignée par le sort pour subir silencieusement toutes ces contradictions.

En matière de planification familiale, l'éducation sanitaire a pour mission de fournir des renseignements sur la possibilité et l'existence des méthodes de contrôle de la fécondité, sur les avantages de ce contrôle et sur le choix des méthodes qui conviennent le mieux pour les couples pris individuellement, et d'aider ceux qui en bénéficient à établir une corrélation entre les avantages d'ordre sanitaire et autres que la planification familiale peut leur apporter et les buts auxquels eux-mêmes aspirent. En s'adressant aux couples l'éducation sanitaire touche aussi les pères dont le rôle est primordial en matière de contrôle de la fécondité familiale.

C. 3. Intégration de la Planification Familiale dans les Services de Protection Maternelle et infantile.

Les services de PMI caractérisés par les activités d'hygiène de la maternité et de l'enfance sont, plus que tout autre service, mieux indiqués pour s'occuper des questions relatives à la planification familiale. En effet, ces services ont pour objectifs et normes de fonctionnement:

- La surveillance de la grossesse au point de vue médical et obstétrical;
- L'éducation hygiénique et en particulier nutritionnelle et mentale;
- Le dépistage et le traitement éventuel des maladies contagieuses et chroniques;
- La prévention et le traitement des complications obstétricales;
- La préparation de la femme à un accouchement et à des suites de couches normaux, à la naissance d'un enfant sain ayant toutes les chances de se développer normalement.

Bien plus ces services enregistrent les femmes enceintes et disposent d'un dossier familial. Connaissant bien la mère et l'enfant ainsi que le risque que ceux-ci encourent suite aux naissances incontrôlées, les services PMI doivent donc, à juste titre, inclure eux-aussi, la planification familiale. D'ailleurs, à l'occasion des visites, et considéré l'état de la mère ou de l'enfant, ces services disposent des éléments objectifs tangibles, leur permettant de transmettre le message tout juste au moment où les récepteurs ou destinataires dudit message sont le plus sensibles et par conséquent, plus disposés à l'accepter.

C. 4. L'Intégration de la Planification Familiale dans les Services Sociaux et dans le Développement rural.

Comme souligné dans diverses interventions, la population rwandaise est à plus de 95 % rurale. Dès lors, tout programme ayant pour objectifs la protection maternelle et infantile ainsi que l'allègement du poids de la pression démographique sur le bien-être du peuple doit être intégré dans les activités des services qui ont un contact direct avec la population. Les agents de développement communaux, les Chefs de cellules qui partagent de plus près la vie de la population, peuvent participer avec succès aux efforts éducatifs intéressants, l'intermédiaire de quelqu'un qui s'adresse aux siens peut-être d'une efficacité considérable. C'est pourquoi tout travailleur devrait être intégré à l'exécution des programmes de planification familiale, car s'il a maintes occasions de communier à la vie de son entourage, en ville, ou sur la colline, s'il est connu ou admiré et même envié par ses voisins, ses propos sont écoutés avec attention et son exemple peut servir de modèle aux gens s'il est à la portée de leurs possibilités.

Tels sont, Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs, les considérations que j'avais à vous présenter au sujet de la PMI et de l'intégration de la Planification Familiale dans certains services.

Je vous remercie.

=====

BIBLIOGRAPHIE

Er. KATARINA Caric

Cours de Protection Maternelle et Infantile à la Faculté de Médecine de Butare.

Dr. HAKIZIMANA Cyprien

Problème Socio-Démographiques en Afrique.

"L'EDUCATION SANITAIRE"

Compte rendu du Colloque FOMETRO, 2 - 5 octobre 1968 à Gisenyi-Rwanda.

"LA MATERNITE ET LA SANTE DE LA MERE"

Population Reports, Série J. N°8 Février 1977.

"REPUBLIQUE RWANDAISE"
Ministère du Plan

Deuxième Plan Quinquennal de Développement Economique, Social et Culturel 1977 - 1981 (2 volumes).

=====

IVème partie: METHODES CONTRACEPTIVES

1. La Tradition et les Méthodes Contraceptives:
par le Docteur KAGERUKA Martin

"..Cet espacement des naissances (par les méthodes traditionnelles) était plutôt basé principalement sur l'allaitement maternel. L'abstinence périodique imposée par certains tabous l'absence prolongée d'un membre de famille à cause des contraintes socio-économiques ainsi que les perturbations physiologiques de l'un des couples entraînés par certaines circonstances individuelles ou collectives".

INTRODUCTION

Avant d'essayer de développer ce thème, je tiens à signaler à cette auguste assemblée que mes arguments ne sont pas basés sur des faits strictement scientifiques, mais qu'ils relèvent plutôt d'un certain empirisme.

J'ai essayé de collectionner des idées de certains vieillards que j'ai pu rencontrer pour servir de base à nos discussions. Comme le sujet est vaste, j'ai préféré me borner uniquement sur mon pays le Rwanda.

Lorsqu'on se penche sur le passé, en essayant de faire une analyse rétrospective de certaines familles rwandaises, on se rend compte que la plupart de celles-ci, les enfants naissent avec un intervalle de 2 à 3 ans.

En comparaison avec le temps actuel où les enfants naissent à un rythme accéléré, où le problème démographique devient cuisant, plusieurs questions peuvent se poser. Entre autre, on peut se demander si la société rwandaise traditionnelle ne connaissait pas de méthodes d'espacement de naissances. La réponse est certainement positive bien que la population n'avait recours ni à la pilule, ni au stérilet non plus à la stérilisation, cet espacement des naissances était plutôt basé principalement sur l'allaitement maternel, l'abstinence périodique imposée par certains tabous, l'absence prolongée d'un membre de famille à cause des contraintes socio-économiques (ubuhake, uburetwa, guhaha, intambara, etc..) ainsi que les perturbations physiologiques de l'un des couples entraînés par certaines circonstances individuelles ou collectives. Je peux citer ici la faim, la malnutrition, la famine qui étaient presque endémiques au Rwanda, sans oublier la polygamie qu'on retrouvait dans certaines familles rwandaises.

Allaitement maternel: depuis des années, une femme rwandaise donnait le sein à la demande et ce durant une période prolongée (c'est-à-dire faire téter l'enfant plusieurs fois par jour et durant une période pouvant dépasser une année).

.../...

Les données physiologiques nous renseignent que le lait maternel se produit normalement après l'accouchement. Cette production du lait maternel est empêchée durant la grossesse par l'action inhibitrice de l'association oestro-progestérone sur la prolactine, celle-ci étant l'hormone qui déclenche la lactation.

Ce mécanisme de la lactogénèse n'est ni en relation avec l'expulsion du fœtus ni avec la vacuité utérine, puisque on observe sa production en dehors de l'accouchement comme par exemple: après môle hydatiforme et après grossesse abdominale.

Effectivement, la production du lait maternel se déclenche après la chute brutale du taux des oestrogènes et des progestagènes par l'expulsion du placenta. La prolactine est sécrétée par les cellules du lobe antérieur de l'hypophyse mais aussi par le placenta (travaux effectués par HIGASHI). Cette prolactine agit au niveau de l'Acinus même en déterminant la sécrétion et excrétion de la prolactine, sont le résultat d'une déconnexion hypothalamo-hypophysaire. Ainsi l'hypophyse secrète de la prolactine, lorsqu'elle n'est pas soumise à l'action de l'hypothalamus.

Quand l'action de la prolactine est déclenchée, il faut que le lait fabriqué soit régulièrement éjecté dans des canaux galactophores pour que les acini vides puissent continuer à sécréter.

L'hyperpression intra-alvéolaire entraîne l'arrêt de la sécrétion lactée. C'est l'ocytocine et vasopressine sécrétées par la post-hypophyse qui assurent le rôle de vidange. Elles agissent au niveau d'un récepteur précis; la cellule myo-épithéliale de l'acinus mammaire et des canaux galactophores. Ces cellules non innervées sont sensibles à l'ocytocine et à la stimulation mécanique ce qui explique le maintien de la sécrétion chez les animaux soumis à la traite. La stimulation entraîne une contraction des alvéoles et une dilatation des canaux galactophores favorisant le vidange des acini.

En résumé, il est à noter que la stimulation mamelonnaire entraîne un double effet: - la sécrétion lactée par l'intermédiaire de la prolactine;
- le vidange alvéolaire par l'intermédiaire de l'ocytocine qui n'est élaboré et sécrété qu'après stimulation de la région hypothalamo-hypophysaire.

L'arrêt de la lactation peut se faire par sevrage ou par épuisement. Le sevrage à la période initiale intervient en faisant disparaître stimulus nécessaire au mécanisme régulateur neuro-hormonal de la sécrétion de prolactine.

A long terme, l'arrêt spontané de la lactation se fait par épuisement de l'épithélium des acini, ceci malgré la persistance du stimulus au niveau du mamelon.

En outre, nous savons par les notions physiologiques que l'allaitement au sein est généralement suivi d'une AMÉNORRHEE (arrêt des règles) dont la durée est variable, cette dernière est appelée "AMÉNORRHEE DE LACTATION". Il va sans dire que la lactation retentit sur l'équilibre hormonal des suites de couches. Effectivement, la lactation s'accompagne de cette période d'aménorrhée qui normalement varie suivant que la mère donne le sein à la demande, ce qui favorise une certaine symbiose mère-enfant ou bien que la mère donne un allaitement mixte. Cette période de lactation joue un rôle important dans l'espacement de deux naissances qui se suivent.

A cet effet, plusieurs études et travaux ont été réalisés dont on peut citer à titre d'exemple:

- R.G. POTTER, qui a fait son étude prospective sur 1.301 femmes dans onze villages de PUNJAB; il a essayé d'enregistrer la reprise de la menstruation chez ces femmes dont le nouveau-né a survécu 13 mois ou plus. La durée de l'aménorrhée était de onze mois; A. HUBERT et R. ULM, on fait une étude sur 2000 femmes éthiopiennes qui ont allaité pendant au moins un an. La durée médiane de l'aménorrhée était de 13 mois.
- Il y a également les travaux qui ont été effectués par SILBER FEINLEIB et MAC MAHON, sous forme d'enquête sur les femmes nord-américaines sans allaitement; on notait un groupe de 1712 femmes qui n'ont pas allaité du tout, et 100 femmes qui ont allaité moins de trente jours. La durée de l'aménorrhée se situe entre 1 et 2 mois.
- Je ne puis passer sous silence le travail effectué au Rwanda par les Docteurs H. Van BALEN et Venant NTABOMVURA avec leur article intitulé "Méthode d'espacement de naissances authentiques pour l'Afrique", allaitement naturel et l'abstinence post-partum. Cet article a été publié dans l'Afrique Médical de janvier 1975 n°126.

Bref, tous ces travaux que je viens d'énumérer montrent que la durée de l'aménorrhée de lactation est plus prolongée chez les mères qui donnent le sein à la demande que celles qui préfèrent l'allaitement mixte. Evidemment, on ne peut pas prouver l'hypothèse que ce plus long repos de l'ovaire chez les femmes à allaitement à la demande, est uniquement dû à une meilleure inhibition par succion plus intense du nourrisson, combiné à une meilleure détente de la maman.

On constate seulement que, là où l'allaitement mixte a été introduit, l'ovaire reprend ses activités plutôt que dans la situation naturelle. Pour ce qui concerne l'acceptabilité de l'intervalle naturel des naissances, il va sans dire que si vous demandez à une mère rwandaise combien d'enfants elle désire, elle répond facilement le plus grand nombre si possible (ceux que Dieu va me donner = obo Imana izampa).

.../...

Mais si on lui demande au moment de l'accouchement quand elle veut accoucher la prochaine fois, elle répond rarement "l'année qui suit", mais davantage "dans deux ou trois ans". Effectivement, dans le langage rwandais courant, l'appréciation négative d'un intervalle trop court est exprimé par l'expression "INDAHEKANA". Ce qui signifie que la mère a des enfants nés à des intervalles tellement courts que le précédent ne sait pas encore porter au dos le suivant.

Ceci compromet le travail de ménage et la travail dans les champs qui sont la base de l'équilibre familial. Car les enfants représentent une force économique d'appoint pour les parents (surveiller les petits frères, effectuer de petits travaux des champs, etc.). Une vie de famille harmonieuse est une valeur recherchée dans presque toutes les civilisations.

Abstinence périodique: volontairement ou involontairement, les coutumes et tabous sexuels pendant la période du post-partum avaient comme heureux résultat, des naissances suffisamment espacées pour que la venue d'un nouveau-né ne compromette pas la santé et le développement harmonieux du précédent. A ce sujet, nous retrouvons dans le Rwanda traditionnel des coutumes et tabous qui imposaient aux couples une abstinence périodique.

Bien qu'au Rwanda les parents reprennent les rapports sexuels quelques semaines après l'accouchement, il n'y a virtuellement pas contraception, toutefois, on observait une diminution des rapports sexuels lorsque l'enfant était encore au sein, par crainte d'une nouvelle grossesse, celle-ci pouvant produire les effets néfastes à la mère et à l'enfant.

La nouvelle grossesse transformait le goût du lait maternel en le rendant désagréable, ce qui porte le nom "IBIHUNA", c'est pourquoi la maman se sentant obligée de stopper l'allaitement au sein.

Suite à un sevrage précoce, l'enfant tombait malade, il attrapait entre autre les maladies du nourrisson telle que diarrhée, perte d'appétit, vomissement, pouvant le conduire à une véritable malnutrition (Kwashiorkor), ces perturbations étaient attribuées à la violation d'un tabou; c'est ce qui portait l'expression "KURWAZA IYUSI".

A part l'enfant au sein, on retrouve dans la société rwandaise traditionnelle toute une série d'autres tabous qui proscrivaient les rapports sexuels. C'est ainsi qu'il était interdit d'avoir des rapports sexuels durant les menstruations; ceci ne représentait rien de contraceptif, c'était plutôt d'ordre hygiénique.

Les rapports sexuels étaient également prohibés durant une période après le décès de l'enfant au sein (KUDASAMIRA MU MABI). Les premières menstruations après la mort d'un enfant ne devaient pas occasionner une grossesse puisque l'enfant issu de cette dernière devenait un monstre (IKINYAMABI).

Par ailleurs, suite à ce décès survenu dans une famille, les parents faisaient semblant de faire l'acte sexuel mais à un endroit hors de la maison pour prévenir les malheurs futurs pouvant leur arriver. On pensait principalement à la stérilité, on le trouve dans l'adage suivant: "NTUZABURE IBYARA NGO NTIWAMALIWE".

L'interdiction des rapports sexuels s'observait également après la mort d'un membre de famille, "KWIRABURA" = se noircir. A ce moment de deuil, on n'observe pas seulement l'interdiction des contacts sexuels, mais aussi, tous ceux qui sont en deuil (enfant, adultes) se font raser complètement; ils doivent porter les vêtements de couleurs noire et éviter de toucher le kaolin ou tout objet oint de kaolin, puisque le blanc clair est un symbole de joie.

Pour son Père et sa Mère on mène le deuil durant deux mois. Si cependant mort avait frappé la mère du foyer, son mari ne mènera le deuil de deux mois que s'il était monigame. Dans le cas où il serait polygame; il ne prendrait part au deuil que durant un mois, car la deuxième femme ne doit pas mener le deuil.

La même abstinence périodique se retrouvait également après le décès d'un roi -KWERERA UMWAMI-. Celle-ci avait une durée variable puisque on devait attendre l'intronisation d'un nouveau roi pour lever le deuil. Bien sûr que le tabou d'imposer le deuil était suivi par celui de lever le deuil "KWERA" = se blanchir. Il s'agissait d'une cérémonie de purification. Le jour de la purification, on préparait beaucoup de boissons en vue des festivités qui devaient se dérouler à l'occasion de cette cérémonie.

Durant la nuit déterminée à l'avance, l'essentiel du rite se déroulait à l'intérieur de la case dans laquelle le disparu a rendu le dernier soupir. Ensuite sa veuve se couplait avec l'un des beaux frères ou avec l'Umuse (le remplaçant d'un ayant droit) selon la décision des oracles divinatoires. Dans une autre case, les enfants mâles mariés accomplissaient ledit acte avec leurs femmes respectives.

L'habitation était aspergée de kaolin, et les purifiés en portaient les marques spécialement sur le front. On se rasait: les hommes, les jeunes gens et les jeunes filles se faisaient arranger à nouveau le chevelure en huppées.

L'abstinence périodique n'était pas seulement imposée par les coutumes et tabous, elle était également une conséquence d'une absence prolongée d'un membre de famille qui partait pour les travaux forcés (uburetwa), pour la guerre (intambara) ou bien pour approvisionner la famille (guhaha); le tout dans le cadre féodal qui caractérisait le Rwanda ancien.

Vu que les rapports sexuels extraconjugaux étaient bannis par la coutume rwandaise, une femme dont le mari était absent devait s'abstenir jusqu'au retour de son conjoint. Elle devait garder fidélité à son mari (KWAMBARA IMPUMBYA), certaines femmes allaient même jusqu'à l'extériorisation de cette fidélité (KWAHA IMPUMBYA). Elles allaient sur une colline où elles cueillaient des plantes médicinales porte-bonheur, pour souhaiter bonne chance et bon retour à son mari. Dans le cas où elle avait des rapports sexuels avec un voisin complaisant, elle provoquait les malheurs à son mari pouvant même occasionner la mort.

Même lorsque un membre de famille rentrait d'un long voyage, il ne faisait pas des rapports sexuels le même jour par crainte des embûches qui lui seraient tendues telles que: poule, poissons, "kumutega amarozi". Ceci permettait à la femme de bien se préparer pour mieux recevoir son mari.

Cette coutume de ne pas faire des rapports sexuels non autorisés allait jusqu'à frapper même la jeunesse, ce qui diminuait le nombre d'enfants illégitimes.

On sait bien que dans le Rwanda traditionnel, une fille qui devenait enceinte était soit exilée à l'étranger (KUMWOHERA) soit jetée dans le lac. A part quelques exceptions, la virginité des jeunes était de rigueur jusque même en en faire serment. Si ce serment était brisé, les esprits brûlaient les organes génitaux jusqu'à provoquer les ulcérations (GUTINYA KUBABURWA N'ABAZIMU KUBERA KO BABA BATATIWE).

Il était strictement interdit qu'un enfant illégitime naisse dans une famille, parce que les malheurs graves pouvaient frapper la famille et le pays (AMAHANO). D'ailleurs, à ce sujet, on remarque que les filles avaient moins de contacts avec les garçons jusqu'à ce que le mariage soit conclu entre deux familles (jamais entre garçon et fille).

Il y avait également les cérémonies rituelles obligatoires le jour du mariage, c'est ainsi qu'on avait entre autre celle de la transmission de la virginité (GUCA HAGATI). La première nuit où une partie de la nuit avant les premiers rapports sexuels, un jeune frère de l'épouse, ou un cousin parallèle paternel se couchait entre les deux jeunes époux. Ce n'était que par des promesses ou des cadeaux que le jeune marié décidait l'enfant à quitter le lit.

Cette coutume semble indiquer que la patrilignage de la femme devait donner l'autorisation à des premières relations intimes. De la sorte, il y avait transmission de la virginité de la jeune mariée à son mari.

Ce même jour du mariage, pour faire des rapports sexuels, les nouveaux mariés attendaient le consigne des parents (KUDATANGA ABABYEYI UMWISHYWA). Effectivement, lorsque la fête des noces était terminée les abakwe rentraient d'urgence chez les parents de la jeune femme.

.../...

La femme de cérémonie leur remettait la nomordique (umwishywa) qui a servi au rite. Les parents respectifs de l'épouse et de l'époux devaient accomplir une copulation rituelle nécessaire à l'agrération du mariage de leurs enfants (Ababyeyi bakira umwishywa). Ces relations sont réelles ou simplement le simulacre d'un acte conjugal (acte incomplet). Les jeunes époux ne pouvaient consommer le mariage qu'après le KWAKIRA UMWISHYWA (l'agrération du mariage) des parents, c'est-à-dire le soir qui suivait les noces.

S'il fallait plusieurs jours pour atteindre les parents de la mariée, ils devaient calculer le temps nécessaire pour que la nomordique (umwishywa) parvienne aux parents, c'est ce qu'ils appellent "GUTANGA IJORO LY'ABABYEYI" (donner la nuit des parents. Pendant ces nuits, le jeune frère de la mariée couchera entre les deux époux.

Bref, la polygamie rencontrée dans certaines familles rwandaises, conjuguée aux interdits sexuels, était un moyen valable pour l'espacement des naissances et surtout pour la protection de la santé de la mère et de l'enfant; puisqu'après l'accouchement le mari allait chez sa deuxième femme, ce qui laissait à l'accouchée le temps d'allaiter son nouveau-né jusqu'au moment du sevrage.

On remarque en outre, dans certaines sociétés africaines où sévit la polygamie le retour de la mère chez ses parents durant toute la période d'allaitement. Enfin, les perturbations dans la physiologie hormonale de la femme telles que: irrégularités des règles, aménorrhées, etc... entraînées par l'hypo-nutrition familiale ou collective suite à des fléaux sociaux qui n'ont cessé de frapper notre pays; on peut entre autre citer: les disettes, les famines et les épidémies de maladies; en association avec d'autres facteurs tels que psychiques.

Ces fléaux ne concourraient pas seulement à l'espacement des naissances mais aussi quoique d'une façon malheureuse, elles limitaient ou même diminuaient l'accroissement démographique à cause des mortalités qu'ils provoquaient. On a remarqué qu'avant, pendant et bien après la période allemande, la population n'a pas dû croître beaucoup, puisque le nombre de famines et de disettes fût élevé, il y en a eu en 1890, 1900, 1902, 1903, 1905, 1906, 1916, 1917 et les pertes en hommes étaient considérables. La famine de 1916 - 1917, comme plus tard celle de 1928 - 1929 et 1942 - 1945 furent particulièrement meurtrières.

On apporte que la famine de 1942 - 1945 a occasionné les pertes de près d'un demi million de personnes. Ce déficit s'est réalisé de diverses manières: une partie importante a quitté le pays, (émigration), une autre partie périt par la famine, d'autre part, la population a pu diminuer par une baisse marquée de la natalité probablement suite à des perturbations hormonales des femmes.

.../...

Vu l'infrastructure sanitaire qui était déficiente dans notre pays, plusieurs épidémies de maladies ont décimé la population. Il s'agissait surtout des maladies infectieuses et parasitaires. On peut noter principalement: méningite cérébro-spinale, variole, paludisme, rougeole, dysentérie (amacyna) etc... La plupart d'entre elles existent encore dans notre pays sous forme endémique.

Le changement de l'échelle des valeurs a bouleversé les coutumes. Tous les moyens traditionnels d'espacement de naissances ont été perturbés par les mutations sociales que connaît notre société actuellement. C'est ainsi que l'introduction de l'allaitement mixte, c'est-à-dire l'interférence du biberon avec l'allaitement maternel a davantage réduit l'intervalle entre les naissances.

Dans certaines régions, il s'avère que la quasi totale suppression de l'allaitement maternel conduit à une situation véritablement catastrophique. La santé des enfants et de toute la famille en est compromise à moins que les parents connaissent d'autres moyens permettant d'espacer les naissances ou qu'il ne s'avèrent à même d'augmenter leurs ressources au fur et à mesure de l'accroissement de famille.

L'introduction du christianisme dans notre pays, a concouru à la suppression de la plupart des coutumes et tabous: tels que KUMARA AMAHANO, le deuil imposé par le décès de l'enfant ou du membre de la famille "KWIRABURA", bref, on le trouve dans l'adage suivant: "KILIZIYA YAKUYE KIRAZIRA" = l'avènement de l'Eglise a mis fin à l'ère des tabous".

L'introduction de la civilisation occidentale et la promulgation de la Constitution Rwandaise en 1962 n'ont pas seulement découragé mais elles ont interdit la polygamie. Je peut citer les articles 28 et 29 de ladite constitution:

"Article 28: Seul le mariage monogamique, civil ou religieux, est reconnu par la présente constitution. Les règles de son enregistrement son définis par la loi.

"Article 29: La polygamie est prohibée. Le divorce peut être autorisé par les juridictions compétentes et dans les formes prévues par la loi.

La révolution de 1959 et l'Indépendance de notre pays qui a eu lieu en 1962, ont mis fin à la féodalité et aux travaux forcés. Ce qui a supprimé l'abstinence périodique imposée par les contraintes socio-économiques. Nous le trouvons dans la constitution rwandaise telles que citées sur préambule: "en vue de consolider la libération du peuple rwandais du joug féodo-colonialiste et dota le pays d'institutions réellement démocratiques et dans son article 40: "Le travail forcé extrapénal est aboli et ne peut être restauré".

L'élévation du standing de vie en général dans notre pays, a supprimé les longs voyages à pieds en introduisant les moyens de transport modernes. Malgré la mentalité fataliste, superstitieuse et coutumière des Rwandais et leurs recours aux sorciers, aux remèdes traditionnels et la fréquentation de la médecine moderne en dernier lieu, on noté que l'introduction de la médecine moderne (tant curative que préventive) a eu un certain impact sur la population. Puisque la majorité des épidémies a diminué, voire disparu, ce qui a entraîné la réduction de la mortalité en général et en conséquence l'augmentation de la population.

CONCLUSION

Après avoir passé en revue la tradition rwandaise et comment elle parvenait à espacer les naissances, on peut finalement se poser la question suivante: A notre époque où les naissances deviennent de plus en plus rapprochées et où le problème démographique devient inquiétant dans notre pays, pouvons-nous recourir à ces méthodes contraceptives authentiques que je viens de passer en revue ?

Effectivement, l'important est de conserver et de mettre en évidence les valeurs latentes des traditions qui changent. Vu que la plupart des Rwandais sont chrétiens, il ne saurait être question de revenir sur les coutumes et tabous; bien que l'abstinence périodique imposée par ces derniers pourraient concourir à l'espacement des naissances et à la protection de toute la famille.

En outre, si nous considérons les différents niveaux de vie existant dans notre société (vie rurale et vie urbaine) en tenant compte des contraintes imposées par la vie urbaine (services pour l'homme et la femme à une distance éloignée de la maison); j'ai le ferme espoir qu'il faut expliquer aux gens dans la mesure du possible, que pour un nouveau-né, aucune nourriture ne saurait être meilleure que le lait maternel.

La suppression et la diminution de l'allaitement à la demande risquent de provoquer un intervalle anormalement court entre les naissances, ce qui peut compromettre la santé de la mère, de l'enfant et de toute la famille. Pour compléter les bienfaits de l'allaitement maternel, il est donc nécessaire que la population soit éduquée, ensuite informée et enfin motivée pour ce qui concerne les méthodes contraceptives.

A part l'éducation, l'information et la motivation des gens, il est possible de discuter avec les parents de l'utilisation des contraceptifs durant la période de l'allaitement comme prévention de la succession anormalement rapide des naissances.

.../...

Il faut enfin, promouvoir la protection maternelle et infantile (PMI), essayer de conseiller ou même d'exiger à la population les consultations prénuptiales, prénatales, post-natales et celles des nourrissons, sans oublier les consultations préscolaires et scolaires.

Après ce bref exposé, je ne prétends pas avoir épuisé le sujet, mais les quelques arguments que je viens d'esquisser serviront de base, j'en suis convaincu, à nos discussions.

=====

BIBLIOGRAPHIE

1. ADRIAENSSENS Guca hagati in la parenté - le mariage - la famille au Rwanda, Butare, juin 1964 page 67
2. ADRIEENSSENS Consommation du mariage in la parenté - le mariage la famille au Rwanda, Butare, juin 1964 page 68-69
3. BALEN Henri Van - NTABOMVURA Vénant:
"Méthode d'espacement de naissances authentiques pour l'Afrique; l'allaitement naturel et l'abstinence post-portum"; Afrique médicale, v. 14 n°126 janvier 1975 pages 41 - 45.
4. BIGIRUMWAMI Aloys: Imihango n'Imigenzo n'Imizilirizo mu Rwanda, Nyundo mai 1974, 262 pages.
5. GOTANEGRE J.François:
"Géographie médicale au Rwanda" Etudes Rwandaises.
6. BOURY-HEYLER, Cl. CUHEN Jean:
Les seins, Physiologie de la lactation in Physiologie gynécologique. Masson et Cie, Editeur, Paris 1968-1971 pp.135 - 143
7. BUSHAYIJA Stanislas: Le mariage coutumier au Rwanda, Bruxelles, Maison Ferdinand Larcien, S.A. 1966, 207 pages,
8. KAGAME Alexis Les organisations socio-familiales dans l'ancien Rwanda Bruxelles, Institut Royale Colonial Belge, 1954, 356 pages
9. KAGAME Alexis "Le deuil mené à la mort du Père du foyer" in les Organisations socio-familiales dans l'ancien Rwanda, Bruxelles, Instotut Royal Colonial Belge, 1954, pp.319-320.
10. KAGAME Alexis "Planification" in les Organisations Socio-familiales dans l'ancien Rwanda, Bruxelles, Institut Royal Belge 1954 page 321.
11. NIYIBIZI Silas Les Facteurs d'accroissement de la Population du Rwanda, Montréal, septembre 1969, page 170.
12. RWANDA Constitution Rwandaise Kigali, 1962.

=====

2. Différents modes de Contraception

par le Docteur De Clercq

".. une méthode efficace peut ne pas être acceptable pour une famille pour des motifs divers, soit que la méthode a des effets secondaires intolérables, soit pour des motifs philosophiques ou religieux, soit pour des raisons de convenance personnelle".

INTRODUCTION

A lire journaux et revues, on a l'impression que la régulation des naissances est un phénomène récent. Rien n'est plus faux. Dès que l'homme a établi un lien de cause à effet entre le rapport sexuel et la naissance d'un enfant. Il a cherché à éliminer cette conséquence de cohabitation ou du moins à la freiner et à la contrôler.

Des papyrus égyptiens vieux de 4.000 ans parlent déjà de boissons et de tampons vaginaux qui peuvent empêcher la grossesse.

Au cours des siècles l'homme a utilisé tout un arsenal de procédés relevant parfois plus de la magie que de la science dont on peut mettre en doute l'efficacité.

Ce n'est qu'au 18ème siècle qu'un procédé véritablement efficace fut mis au point: il s'agit du condom ou préservatif que les Français appellent "capote anglaise" et les Anglais "french letter". Ce n'est à partir de 1800 que l'on a étudié et mis au point d'autres méthodes, tout aussi efficaces et sans danger. Ces recherches n'ont jamais cessé et nous avons dû attendre 1955 pour avoir la diffusion à l'échelle mondiale de deux procédés "modernes": la méthode hormonal et le dispositif intra-utérin.

A QUELS CRITERES DOIT REpondre LE CHOIX D'UNE METHODE DE PLANNING FAMILIAL ?

Deux critères majeurs doivent guider notre choix, primo: l'efficacité; secundo: l'acceptabilité. Ces critères ne sont pas nécessairement complémentaires.

Je m'explique: une méthode efficace peut ne pas être acceptable pour une famille pour des motifs divers, soit que la méthode a des effets secondaires intolérables, soit pour des raisons de convenance personnelle. Une méthode particulière peut également mieux convenir dans un stade de la vie d'un couple, tandis que dans un autre stade ou d'autres circonstances telle autre méthode semble plus acceptable et même plus efficace. Donc le choix d'une méthode sera avant tout un choix individuel ou de famille après une information aussi complète que possible.

Un autre problème est celui-ci: comment évaluer l'efficacité ? Il faut se méfier d'impressions personnelles sur des échantillons très réduits, il faut donc se référer à des statistiques comportant plusieurs milliers voire/certaines de milliers d'utilisateurs ou utilisatrices.

.../...

Généralement dans ces statistiques on emploie l'indice de pearl comme point de référence. Bien que cet indice n'est pas tout à fait satisfaisant, il aide à comparer l'efficacité des différentes méthodes.

Qu'est-ce l'indice de pearl ?

Elle indique le nombre de naissances par 100 femmes par an. Normalement cet indice varie déjà grandement dans des conditions de fécondité naturelle selon l'âge de la femme; en effet:

<u>Tranche d'âge</u>	<u>Indice de Pearl</u> (pour 100 femmes par an)
20 - 24	43,5
25 - 29	40,7
30 - 34	31,1
35 - 39	29,8
40 - 44	15,2
45 - 49	2,2

La fécondité moyenne s'établit autour d'un indice de Pearl de 30; exemple: une méthode avec un indice de Pearl de 15 évite donc un moyenne une grossesse sur 2.

IMPACT D'UN EFFORT COLLECTIF SUR LA DEMAOGRAPHIE

Avant de parler des différentes méthodes contraceptives proprement dites, je voudrais attirer votre attention sur une forme particulière collective de limitations de naissances, je veux dire l'âge de la femme au mariage. Il n'est pas besoin de démontrer que le nombre d'enfants qu'une femme peut espérer mettre au monde est d'autant plus réduit que l'âge du mariage est plus avancé. Si nous acceptons que la durée de fécondité d'une femme va de 15 à 45 ans, c'est-à-dire une période de 30 ans. Ceci représente environ 360 cycles. Si l'âge moyen du mariage est de 25 ans ceci réduit alors du tiers le nombre des cycles fécondables. Les choses sont un peu plus compliquées dans la mesure où la fécondité diminue avec l'âge (voir indice Pearl), mais la coutume du mariage tardif équivaut à un mode de contraception collectif. Plusieurs pays ont donc décidé dans un but démographique d'augmenter l'âge du mariage; exemple: la République Populaire de Chine.

METHODES CONTRACEPTIVES

Si on scrute la littérature on voit que les différentes méthodes de contraception sont classées sous des adjectifs comme fiable, peu fiable, très fiable, ou bien encore méthodes populaires, traditionnelles, modernes. Dans un souci d'objectivité, je vais les classer selon leur point d'action principale.

Nous avons alors le classement suivant:

1° Méthodes de barrière, empêchant que le spermatozoïde arrive à sa destination:

a) Coït interrompu ou retrait

b) Douche vaginale

.../...

- c) Condom
- d) Diaphragme
- e) Spermicide

2. Méthodes qui essaient de cerner l'ovulation et qui tous nécessitent une période d'abstinence:

- a) Méthode du calendrier (Ogino Knaus)
- b) Méthode de la température
- c) Méthode de la glaire cervicale

3. Méthodes hormonales

- a) L'allaitement maternel prolongé
- b) Contraceptifs oraux
- c) Contraceptifs injectables

4. Méthodes intra-utérines

Dispositif intra-utérin

Note: 1° Il va de soi que plusieurs de ces méthodes peuvent être utilisées conjointement en vue d'augmenter leur efficacité par ex: spermicide et diaphragme, méthode de la glaire cervicale et température, etc..

2° Indice de Pearl, cité dans la littérature internationale pour quelques méthodes:

-préservatif	7 ou plus
-diaphragme	2, 3, 10 ou plus
-calendrier	14,4; 30; 47
-température (rapports seulement dans la phase postovulatoire):	2, 6
-glaire cervicale	9,5; 15,5; 25,4
-spermicides	8, 37
-contraceptifs injectables (dépo provera)	0,35; 0,77
-dispositifs intra-utérins: Lippes:	2,7; 3,0; 1,8; 1,9.
Cuivre:	1,4; 2,4; 2,2.

1. Méthodes de barrières

a) Coït interrompu: Le coït interrompu ou rebruit est sans doute la méthode de contraception réversible la plus ancienne et elle demeure probablement la plus utilisée dans le monde. C'est la méthode la plus courante en Europe continentale et elle a été en partie responsable du déclin de la fertilité, à partir du XVII et XVIIIème siècle dans les pays comme la France. En Europe occidentale contemporaine, son utilisation est associée au taux de natalité les plus bas jamais rencontrés dans les sociétés primaires. En Grande-Bretagne, le coït interrompu est la troisième des méthodes les plus courantes après les contraceptifs oraux et les préservatifs masculins.

C'est donc une méthode simple nécessitant aucun appareillage. Cependant une grossesse peut survenir, même si l'homme s'est retiré. Si l'érection est très forte, chez certains sujets, le gland peut se mouiller; le mucus qui le couvre peut contenir des spermatozoïdes et ainsi malgré le retrait correct, la fécondation est possible. Si un deuxième rapport a lieu dans les heures qui suivent, du sperme peut encore se trouver dans ou sur le pénis et trainer ainsi la fécondation malgré un retrait correct.

b) La douche vaginale: Inonder le vagin avec de l'eau, additionnée ou non d'un spermicide dessous, immédiatement après le coït est un moyen très ancien et bien connu pour essayer d'empêcher la grossesse. A lui seul, il ne peut pas, même en théorie être efficace. Si le col de l'utérus est de conformation normale, il peut très bien y avoir en insémination directe avant que la douche puisse être effectuée, les spermatozoïdes peuvent en effet commencer leur progression dans le canal cervical moins de 90 secondes après l'éjaculation. De plus, il est fort improbable que la douche enlève parfaitement toutes traces de sperme en particulier au fond des replis des parois vaginales.

c) Condoms ou préservatifs masculins: Les préservatifs masculins demeurent la méthode contraceptive la plus courante dans un pays tel que la Grande-Bretagne. Le condom s'applique sur le penis en érection et est généralement fait de caoutchouc (latex mince). On laissera à l'extrémité un espace libre de 1,5 cm environ pour recevoir le sperme sans que le condom se déchire. Dans ce but certains condoms sont munis d'un bout de réservoir. Dans certains pays, il se fait en deux épaisseurs. Le modèle épais, lavable est destiné à servir plusieurs fois, le modèle mince ne sert qu'une fois. Le préservatif masculin réduit le risque de transmission de maladies vénériennes, bien qu'il n'en élimine pas la possibilité.

d) Diaphragme: Le diaphragme est une coupole de caoutchouc fin dont le bord plus épais contient un ressort qui lui assure rigidité et souplesse. Le diaphragme doit être placé de telle façon que la coupole recouvre le col de la matrice, le sperme ne peut donc pas pénétrer dans l'utérus. C'est le médecin qui doit déterminer la taille de l'appareil et apprendre à la femme à s'en servir. Certaines femmes ont l'habitude d'introduire le diaphragme tous les soirs au cours de la toilette. Le diaphragme doit rester en place jusqu'au matin.

e) Spermicides: Les spermicides utilisés seuls apportent un degré de protection raisonnable. Il existe sur le marché de nombreuses variétés de spermicides peu coûteuses, qui se sont révélées inoffensives et dans l'ensemble acceptables et efficaces. Le risque de grossesse lorsqu'on utilise un spermicide chimique seul est plus élevé que lorsqu'on l'associe à un moyen mécanique. Les spermicides présentent l'inconvénient de devoir être mis en place peu de temps avant le coït. Le spermicide existe en aérosols, en tube, en ourle, comprimés moussant, films plastiques. .../

Les oestrogènes excitent la sécrétion des glandes cervicales, la glaire devient plus abondante, sous leur influence les fibres glycoprotéiques s'orientent parallèlement.

La glaire devient d'autant plus "filante" c'est-à-dire moins visqueuse, d'autant plus extensible que l'on s'approche du milieu du cycle. De très grandes variations peuvent être observées d'une femme à une autre et d'un cycle à l'autre chez la même femme. Elle sont plus ou moins favorables à l'ascension des spermatozoïdes.

- L'abondance varie du simple au décuple et l'on peut supposer qu'un excès de glaire n'est pas plus favorable qu'une insuffisance. Un écoulement trop rapide, un gradient de PH trop faible ou une alcalinisation trop homogène du milieu ne favorisent pas la migration des spermatozoïdes vers le col.
- La "filance" dite "normale" permet sans rupture du fil de glaire un écartement des mors d'une pince plate de 7 cm... mais l'épreuve de Hünner peut-être très satisfaisante, pour des glaires nettement plus visqueuses; le parallélisme des micelles glycoprotéiques est peut-être plus important que le degré d'hydratation.
- La période pendant laquelle le mucus cervical est le plus favorable est de durée très inégale. Chez certaines femmes des spermatozoïdes mobiles peuvent être observés pendant une longue période du cycle, chez d'autres, il n'y a que quelques jours "fastés" ou même un seul ... et pas toujours le même d'un cycle à l'autre.

Certaines femmes déterminent facilement ces changements et en particulier remarquent une lubrification accrue du vagin à ce moment.

On peut apprendre à d'autres femmes à identifier ces signes et un enregistrement précis des changements de la glaire peut-être réalisé sur des diagrammes ou avec d'autres dispositifs utiles tels que des timbres auto-adhésifs.

La glaire cervicale proprement dite peut-être troublée par des infections vaginales (pertes blanches), rapport sexuel datant de moins de 12 heures, excitements sexuels. On considère qu'il n'y a plus de risque après 4 jours de "sécheresse".

3. Méthodes hormonales (voir diapositives)

a) Allaitement maternel prolongé

L'allaitement maternel diminue considérablement la fécondité dans les mois qui suivent l'accouchement; c'est à ce phénomène qu'il faut attribuer la plus grande fécondabilité des nulligestes dans les populations naturelles.

.../...

Certes l'allaitement se prolonge plus ou moins longtemps, selon les populations, mais à mesure que s'écoule le temps, la suspension de la fonction ovarienne devient moins absolue, de telle sorte que les femmes les plus fécondes des populations "naturelles" voient se succéder grossesses et allaitements sans que jamais se produise une menstruation. En comparant le temps mort moyen des femmes de même âge allaitant ou non, on peut en tirer non pas la durée "moyenne" de l'allaitement mais la durée moyenne de suspension de l'activité cyclique de l'ovaire.

A l'absence de pratique anti-nataliste, le temps mort autour de 25 ans, tombe de 24 à 15 mois chez les mères qui ne peuvent allaiter. Il paraît raisonnable d'admettre que cette différence de neuf mois représente approximativement la part de l'allaitement dans la longueur total du temps mort.

b) Contraceptifs oraux

c) Contraceptifs injectables

Deux méthodes contraceptives injectables sont actuellement utilisées: - Dépo Provera (Dépo-medroxyprogestérone actate) est actuellement employé pour usage contraceptif dans 75 pays. Depuis son introduction en usage contraceptif, la firme Upjohn estime qu'approximativement 20 millions de doses ont été données.

- Norigest (Norethisterone oenanthate) est actuellement testé sous les auspices de l'OMS.

L'action du Dépo Provera se situe au niveau de la suppression de l'ovulation, épaississant la glaire cervicale, modifiant l'endomètre en la rendant inapte à la nidation.

L'action de Norigest semble agir principalement sur l'épaississement de la glaire cervicale, tout en ne supprimant pas nécessairement l'ovulation. Les effets secondaires majeurs du Dépo provera sont surtout les irrégularités menstruelles, c'est-à-dire saignement irréguliers ou bien absence des règles.

Les premiers surtout au début, après quelques injections beaucoup de femmes sont aménorrhéiques. Le retour de la fertilité peut se faire tarder, les cycles ovulatoires apparaissent en moyenne entre le 4 ème et le 10ème mois de la dernière injection.

4. Dispositif intra-utérin (voir diapositives)

Les stérilets existent sous différentes formes. La matière est en plastique de bien en plastique avec un enrôlement de cuivre. Le mécanisme d'action des D.I.U. chez la femme n'est pas encore connu de façon précise.

.../...

On pense maintenant que l'effet contraceptif principal des D.I.U. a lieu dans l'utérus, soit par formation d'un environnement hostile aux spermatozoïdes, soit par interruption de la chaîne des phénomènes menant à la fixation du blastocyste à la paroi -voir commentaire donné avec les diapositives-.

=====

3. La Position de l'IPPF sur le Dépo Provera
par Dr. SABWA MATANDA

Après une longue discussion, le Comité adopta la résolution suivante: "le Comité Régional Médicale de l'IPPF pour l'Afrique" lors de sa 6ème réunion tenue à Nairobi le 16 août 1977 a examiné les récentes attaques contre l'usage de Depo Provera comme contraceptif dans le cadre de l'IPPF. Il passa en revue encore une fois les arguments scientifiques et autres pour et contre l'usage des contraceptifs injectables et conclut ce qui suit:

Il n'y a aucune preuve sérieuse associant Depo Provera ou n'importe quel autre contraceptif injectable au risque de cancer ou n'importe quelle autre maladie pouvant mettre en danger la vie humaine.

Il n'y a pas raison qui explique pourquoi l'usage ou le non usage du produit devrait être basé sur l'enregistrement ou le non-enregistrement par la "U.S.F.D.A." étant donné que les spécialistes en médecine africaine ont la compétence de prendre leur décision et choix comme ils le font avec d'autres produits. Dans tous les cas, Depo Provera est officiellement admis dans beaucoup de pays occidentaux dont l'Allemagne et la Belgique où l'IPPF se procure ses produits.

Depo Provera constitue un contraceptif efficace, sans effets négatifs sur la lactation et l'allaitement, condition très importante pour un contraceptif destiné aux femmes peu après l'accouchement.

Par le retour de la fertilité dans le délai de 24 mois après l'arrêt de l'usage, ce produit soutient la comparaison avec le contraceptif oral. Il est de manipulation facile en Afrique et a un taux de protection plus élevé que celui des autres préparations hormonales y compris la pilule.

Il comporte moins de danger que la grossesse, moins encore que la grossesse non désirée.

Le Comité Médical recommande l'usage de Depo Provera et d'autres contraceptifs injectables dans les programmes des associations de planification familiale et demande aux médecins praticiens et aux travailleurs médicaux de suivre et de signaler continuellement tout ce qui touche au comportement de cette préparation.

IVème Partie: RAPPORT FINAL

RAPPORT FINAL DU SEMINAIRE INTERAFRICAIN SUR LA PROTECTION
MATERNELLE ET INFANTILE ET LA PLANIFICATION FAMILIALE
KIGALI - RWANDA 16 - 21 OCTOBRE 1978

I. INTRADUCTION

Le premier Séminaire Interafricain sur la Protection Maternelle et Infantile et la Planification Familiale organisé à Kigali, Capitale du Rwanda s'est déroulé du 16 au 21 octobre 1978, sous le haut patronage des Ministres Rwandais des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, de la Santé Publique, avec la collaboration du Pathfinder Fund.

Les travaux de coordination ont été assurés par le Conseil Scientifique Consultatif pour les Problèmes Socio-démographiques du Rwanda.

Le Séminaire a réuni des Spécialistes en matière de Planification Familiale et de Protection Maternelle et Infantile venant du Rwanda et de 12 autres pays africains, ainsi que les Représentants de 10 agences Internationales.

C'est Son Excellence Monsieur HABANABAKIZE Thomas Ministre Rwandais des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif qui a procédé à la cérémonie d'ouverture, après que des discours de circonstance furent prononcés par Son Excellence Monsieur MUSAFILI Ildephonse, Ministre Rwandais de la Santé Publique, et le Docteur MARASHA MARASHA, Représentant du Pathfinder Fund, ainsi que Madame HABIMANA NYIRASAFARI Gaudence, Secrétaire Général au Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif et Membre du Comité Central du M.R.N.D. (Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement).

Les objectifs du Séminaire, comme indiqués officiellement, se lisent comme suit:

- A) Les participants échangeront des points de vue sur les problèmes de de population en général, chacun dans son secteur d'activités.
- B) Les participants définiront différentes méthodes de planification familiale et de protection maternelle et infantile dans le contexte africain en général, et au Rwanda en particulier.
- C) Les participants définiront différentes méthodes de planification familiale.
- D) Les participants discuteront de l'organisation des services de Protection Maternelle et Infantile et de Planification Familiale.

.../...

- 5° Chaque année, le nombre d'élèves devant s'inscrire dans les écoles rwandaises va toujours croissant, alors que les infrastructures scolaires restent insuffisantes.
- 6° L'espacement des naissances, une alimentation de sevrage mieux adaptée à la population rwandaise et une meilleure protection sanitaire pourraient réduire notamment la mortalité infantile, surtout celle des enfants de 1 à 4 ans.
- 7° La Planification Familiale et le Développement économique et social vont de pair avec une politique de la libération de la femme, de scolarisation démocratique et de promotion de l'emploi.

III. CONSIDERATIONS

Les réactions du Gouvernement Rwandais devant ces problèmes et d'autres qui y sont liés en raison de l'accroissement démographique sont les suivantes:

- Mise sur pied d'une Direction des Affaires Socio-démographiques;
- L'envoi des fonctionnaires rwandais, tant du domaine social que médical dans les pays avancés soit pour assister aux Conférences et Séminaires Internationaux ou pour suivre des stages de formation et d'observation;
- Appel à tous les moyens de communication de masse pour souligner les conséquences négatives dues au poids d'une famille nombreuse et aux grossesses multiples et trop rapprochées et à la surpopulation en général, et d'autre part, projeter les avantages qui découlent de l'espacement des naissances et de la planification familiale;
- L'étude des théories techniques et méthodes relatives aux problèmes démographiques afin de pouvoir dégager les grandes lignes d'une politique de planification familiale intégrée dans le plan de développement et les services socio-sanitaires, en particulier.

CONCEPT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET SES RAPPORTS AVEC LE DEVELOPPEMENT

I. La Définition de la Planification Familiale

II. Le Bien-Fondé de la Planification Familiale

I. DEFINITION DE LA PLANIFICATION:

Après examen, le Séminaire a approuvé la définition proposée par l'OMS telle que rapportée dans la communication du Dr. UWIMANA Alphonse, la voici: "La Planification Familiale est une certaine manière de penser et de vivre adoptée volontairement par les individus et les couples, sur la base de connaissance, d'attitude et de décision prise en connaissance de cause, afin de promouvoir la santé et le bien-être du groupe familial et de contribuer ainsi au développement du pays".

.../...

N.B.: Le Séminaire fait remarquer que, ces deux vérités s'appliquent aussi bien aux pays à forte densité qu'aux pays sous-peuplés si le taux de croissance démographique de ces derniers est incompatible avec le meilleur taux possible de croissance du revenu de la population la plus défavorisée.

2. La Planification Familiale ne saurait, à elle seule, assurer le développement d'un pays. Elle doit toujours être intégrée dans un effort global d'amélioration des conditions de vie individuelle et collective.
3. Elle doit s'appuyer sur une législation claire en matière de protection et de promotion du bien-être de l'individu et de la famille, noyau de base de la société.

III. RECOMMANDATIONS

Motion de soutien d'Introduction.

Avant de proposer ses recommandations, le Séminaire tient à se féliciter des résultats déjà atteints dans les pays africains qui ont adopté des programmes nationaux de planification familiale et dans ceux où les associations volontaires mènent une action appréciable d'information et de motivation.

A. RECOMMANDATIONS GENERALES

Considérant tout ce qui précède, le Séminaire recommande:

- 1° Que les Gouvernements Africains adoptent une politique nationale de Planification Familiale et l'intègrent dans l'effort global d'amélioration des conditions de vie de la population;
- 2° Que soient prises toutes les mesures nécessaires pour la mise en application de cette politique; Il s'agit notamment:
 - de mettre à la disposition de la planification familiale les infrastructures existantes et d'en créer de nouvelles;
 - mettre à la disposition du programme de planification familiale un personnel qualifié et suffisant;
 - de mettre sur pied une législation compatible avec la planification familiale;
 - de mettre sur pied un système d'évaluation et de recherche en matière de planification familiale;
 - de donner une information objective, suffisante et généralisée de manière à toucher toutes les couches de la population et en particulier celles qui sont les plus défavorisées. Pour atteindre ces objectifs, des moyens d'information de masse (radio, télévision, cinéma, presse écrite et causeries) devraient être mis à contribution;

.../...

VIème Partie: DISCOURS DE CLÔTURE

1. ALLOCUTION DE LA PRESIDENTE DU CONSEIL SCIENTIFIQUE
CONSULTATIF POUR LES PROBLEMES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES,
SECRETAIRE GENERAL AU MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DU MOUVEMENT COOPERATIF ET MEMBRE DU COMITE CENTRAL
DU MRND. Madame HABIMANA NYIRASAFARI Gaudence
-

Excellence Monsieur le Secrétaire Général du MRND,
Distingués Membres du Comité Central du MRND
Excellences Messieurs les Ministres,
Excellence Monseigneur l'Archevêque,
Excellences Messieurs les Ambassadeurs,
~~Messieurs les Représentants des Organismes Internationaux,~~
Messieurs les Représentants des Organismes Internationaux,
Honorables Délégués,
Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,
Militantes, Militants du MRND,

C'est pour moi un agréable devoir de prendre la parole au début de cette séance de clôture pour vous présenter les conclusions générales du Séminaire Interafricain sur la Protection Maternelle et Infantile et la Planification Familiale qui a tenu des assises ici à Kigali du 16 au 21 octobre 1978.

Comme cela vous a été communiqué antérieurement, ce Séminaire a été organisé sous le haut patronage des Ministre Rwandais respectivement des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif et de la Santé Publique. En collaboration avec le Pathfinder Fund, le Conseil Scientifique pour les Problèmes Socio-démographiques a assuré les préparatifs et la coordination des activités du Séminaire.

Au nom du Conseil Scientifique Consultatif pour les Problèmes Socio-démographiques et en mon nom personnel, je tiens à exprimer mes remerciements les plus sincères à Son Excellence Monsieur le Président de la République Rwandaise, Président-Fondateur du Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement, le Général-Major HABYALIMANA Juvénal, qui n'a cessé de soutenir et d'encourager les activités de recherches de notre Conseil Scientifique Consultatif pour les Problèmes Socio-démographiques.

Que Son Excellence Monsieur le Ministre des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, Monsieur HABANABAKIZE Thomas ainsi que Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique, Monsieur MUSAFILI Ildephonse, trouvent ici l'expression de mes remerciements les plus vifs pour leurs conseils avisés et pour le soutien indéfectible qu'ils ont toujours témoigné à l'égard du C.S.C. Ils n'ont épargné aucun effort pour que ce Séminaire se déroule dans les meilleures conditions.

Je remercie très sincèrement le Pathfinder Fun à travers ses Représentants ici présent pour leur contribution efficace dans l'organisation de ce Séminaire et pour le soutien qu'ils accordent aux activités de PMI/PF dans notre pays.

Je veux nommer Monsieur James CRAWFORD, Directeur du Pathfinder Fund pour les programmes d'Afrique et du Moyen-Orient et le Dr. MARASHA MARASHA, Représentant Régional de cet Organisme en Afrique Sub-saharienne.

Je remercie également toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réussite de ce Séminaire. Je pense spécialement aux familles des participants qui se sont privées de leur présence durant ces six jours de travail. Puissent-elles trouver ici l'expression de mes respectueux hommages.

Mes félicitations ainsi que mes remerciements les plus sincères s'adressent particulièrement aux membres du C.S.C. qui n'ont jamais failli à leur mission et qui ont consacré tous leurs efforts à la recherche des solutions susceptibles d'alléger le poids des problèmes démographiques qui se posent à notre pays.

Je souhaite qu'ils aillent toujours de l'avant dans toutes ses recherches scientifiques susceptibles de contribuer au relèvement du niveau de vie de la population rwandaise.

Excellences,
Mesdames,
Messieurs,
Distingués Délégués,
Chers Participants,

Le Comité d'Organisation de ce Séminaire a fait de son mieux pour que votre séjour à Kigali soit agréable et pour que les travaux se déroulent dans une ambiance appropriée. Cependant des failles et des imperfections dues aux limites de nos moyens matériels n'ont pas manqué.

Au nom du Comité d'Organisation et en mon nom personnel, j'ose solliciter votre indulgence et votre bienveillante compréhension.

Le Séminaire que nous clôturons ce matin est donc un excellent modèle de collaboration interafricaine et interdisciplinaire et je me réjouis tout particulièrement de féliciter et de remercier encore une fois tous nos hôtes venus de loin, tous les conférenciers, tous les participants rwandais, les interprètes, tous les techniciens et tous les membres du Secrétariat pour leur contribution efficace à la réussite de ce Séminaire.

2. ALLOCUTION DU DOCTEUR MARASHA MARASHA

Mesdames et Messieurs,

Il m'est agréable de prononcer ces quelques mots de clôture pour vous féliciter tous de l'heureux déroulement et conclusion de cette conférence qui a traité des problèmes vitaux de la planification familiale et de la protection maternelle et infantile au Rwanda et en Afrique Sub-saharienne en général.

Cette rencontre constitue un jalon dans notre marche vers un avenir de responsabilité à l'égard du bien-être de nos familles, un avenir qui constitue donc une garantie de paix et de prospérité dans la région Sub-saharienne.

Comme en témoignent vos délibérations, le rôle joué par les responsables de la planification familiale est d'une importance capitale dans une conception moderne du développement national.

Les Gouvernements font de plus en plus appel aux spécialistes de la planification familiale et aux démographes pour les données et les chiffres de base sans lesquels, les Gouvernements seraient condamnés à tatonner à l'aveuglette lorsqu'ils cherchent à assurer et améliorer le bien-être du peuple.

Dans ce contexte aussi bien que dans le processus de formulation et d'exécution des politiques de population, la collaboration étroite entre les agents de planification familiale et les gouvernements de l'Afrique Sub-saharienne est de première importance.

Les délégations à cette conférence, composées comme il se doit de techniciens et de responsables politiques de la région a grandement rehaussé notre confiance et notre foi dans le succès de cette coopération vitale et indispensable.

La Planification Familiale, l'allocation rationnelle des ressources aussi bien que la régulation de la croissance de la population constituent toutes, des facteurs qui vont de pair dans la réalisation des politiques économiques modernes. Je suis par conséquent content de constater que dans la plus part des contributions à ce colloque, ce fait a été nettement souligné.

Il a été également signalé que le facteur population dans le développement national ne peut être trop souligné.

Nous, Représentants du Pathfinder Fund sommes honorés par le succès de ce Séminaire qui représente un progrès dans l'examen des problèmes de l'heure et une garantie de sécurité, d'épanouissement et prospérité dans la vie tant pour cette génération que pour les générations futures

.../...

L'engagement de la population est déterminant et cela demande donc les efforts conjugués de toutes les personnes conscientes. Une opinion fallacieuse et répendue prétend que le problème démographique est l'affaire exclusive de la profession médicale.

Ce n'est pas vrai. Si nous voulons enregistrer de réels succès dans nos efforts dans le domaine de la population et de la planification familiale, nous devons mettre sur pied une force multidisciplinaire et multiprofessionnelle qui intègre les idées et les contributions pratiques aussi bien de ceux qui se trouvent hors de la profession médicale que ceux qui exercent cette profession.

Je voudrais conclure sur cette remarque et exprimer ma sincère conviction que cette conférence sera un catalyseur à notre travail futur et que nous serons tous en mesure dès maintenant de constater plus de résolution et plus de détermination ici au Rwanda et dans d'autres pays au Sud du Sahara à réaliser les objectifs que nous nous sommes fixés à cette conférence.

Permettez-moi, Monsieur le Président, d'exprimer à notre hôte le Gouvernement Rwandais notre profonde gratitude.

=====

3. ALLOCUTION DE SON EXCELLENCE LE Dr. MUSAFILI Ildephonse
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Militant Secrétaire Général du MRND,
Militants Membres du Comité Central du MRND,
Militants Messieurs les Ministres,
Excellences Messieurs les Evêques,
Excellences Messieurs les Ambassadeurs,
Messieurs les Représentants des Pays Amis,
et des Organismes Internationaux,
Distingués Participants,
Militantes et Militants du MRND,

A l'issue de ce Séminaire Interafricain sur la "Protection Maternelle et Infantile et la Planification Familiale", qui a permis, pendant ce petit laps de temps, d'affronter avec un certain réalisme le problème délicat de la Planification Familiale et son incidence sur la protection maternelle et infantile, j'ai le plaisir de prendre la parole pour exprimer aux participants les sentiments légitimes qu'éprouvent en ce moment les Responsables de notre Pays.

Comme il ressort des conclusions de ce Séminaire, ces quelques jours d'un travail scientifique assidu n'ont pas la prétention d'aboutir à des solutions radicales pour le problème abordé. Notre mérite est d'avoir essayé de définir les principaux aspects du problème et d'avoir dégagé et précisé les objectifs socio-économiques sur lesquels les efforts doivent être portés. Ceci a été facilité grâce à la présence à cette rencontre des économistes, des sociologues, des démographes, des médecins, des pédagogues et autres, dont les discussions ont permis de déborder le seul aspect de la procréation pour placer le problème dans son contexte social et économique, tout en soulignant que la planification familiale trouve sa place normale dans le domaine de la protection maternelle et infantile.

Un tel concept de la Planification Familiale rencontre parfaitement le point de vue de notre Chef d'Etat, Son Excellence le Général-Major HABYALIMANA Juvénal, Président de la République Rwandaise et Président Fondateur du Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement, qui considère que la Planification Familiale ne doit jamais être envisagée comme une panacée à nos problèmes démographiques ni même comme solution primordiale celle-ci restant l'augmentation de la production dans tous les secteurs.

La qualité des présentations et l'objectivité avec lequel se sont déroulés les débats confirment cette prise de conscience africaine de ce problème. Et ceci est un vrai succès. Je vous en félicite très sincèrement, Chers Participants, et vous encourage pour continuer les recherches qui s'imposent.

Certaines des méthodes contraceptives que vous venez de recommander présentant encore de graves inconvénients. Ceci doit être pour tous les responsables, à tous les niveaux, un souci constant de recherche des meilleurs procédés en matière de planification familiale. C'est là la justification de continuer de pareilles rencontres qui permettent un échange fructueux d'expériences, une confrontation de nos méthodes de travail et une révision de leur stratégie au plus grand profit de nos populations qui ont confiance en nous, qui ont confiance dans la voie que nous leur traçons, qui ont confiance en nos conseils.

En ce qui nous concerne, le Rwanda souscrit aux méthodes réversibles conciliables avec nos moyens et notre culture et qui respectent la volonté éclairée de chaque couple.

Un autre point important à souligner, sur lequel les participants se sont unanimement accordés, est que la Planification Familiale est un domaine dans lequel il est essentiel de respecter la liberté du choix des familles quant aux méthodes à utiliser et le nombre d'enfants désirés. Comme le dit une résolution prise par l'Assemblée Mondiale de la Santé (WHA 10.49), il appartient aux parents de décider eux-mêmes, librement, du nombre d'enfants qu'ils mettent au monde. Mais pour pouvoir prendre une décision libre, il faut d'une part, être informé, et d'autre part, disposer des services capables d'apporter une aide en matière de planification de la famille. D'où la nécessité d'une formation, à tous les niveaux, d'un personnel national compétent appelé à prendre en main la réalisation du programme de Planning Familial.

Chers Participants, le fait que ce Séminaire a été dénommé "SEMINAIRE INTERAFRICAIN" est très important, car il indique bien l'intention des organisateurs de mettre l'accent sur la coopération technique indispensable entre les pays africains, et l'intérêt que les organismes internationaux y attachent n'est point à démontrer.

Je m'en voudrais donc si je n'exprimais mes vifs remerciements aux Représentants des Organismes Internationaux ici présents pour leur contribution effective à la réussite de nos travaux. Plus particulièrement, je prie les Représentants du Pathfinder Fund, Monsieur James CRAWFORD et le Dr. MARASHA MARASHA, de bien vouloir accepter d'être nos interprètes auprès de leur Organisme pour lui transmettre les sentiments de notre profonde gratitude.

Mes remerciements vont également à tous ceux qui, de près ou de loin, ont apporté leur contribution, modeste soit-elle, à la réussite de ce Séminaire.

Cher Collègue, Militant Ministre des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif, permettez-moi de féliciter, à travers vous, tout le personnel de votre département et en particulier votre Secrétaire Général qui n'ont ménagé aucun effort pour que ce Séminaire aboutisse aux résultats escomptés.

Les mêmes félicitations s'adressent aussi aux Présidents des séances, aux Rapporteurs, aux Conférenciers, aux Interprètes, aux Membres du Secrétariat et du Service d'accueil pour la haute qualité avec laquelle ils ont rempli leur mission.

Chers Participants, en terminant ces quelques considérations sur les travaux de ce Séminaire, travaux qui ont été fatigants, mais agréables et pleins d'informations scientifiques, j'ai le privilège de vous souhaiter un bon retour dans vos pays respectifs et un réel succès dans votre travail. Sur ces paroles et dans l'espoir de nous revoir dans un proche avenir, au Rwanda ou ailleurs, je déclare clos le Séminaire Interafricain sur la Protection Maternelle et Infantile et la Planification Familiale.

Vive la Santé de la mère et de l'enfant;

Vive la Coopération entre les peuples;

Je vous remercie.

=====

4. ALLOCUTION DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DU
MOUVEMENT COOPERATIF, MONSIEUR HABANABAKIZE Thomas

Militant Secrétaire Général du MRND,
Distingués Membres du Comité Central du MRND,
Excellences Messieurs les Ministres,
Excellences Messieurs les Evêques,
Excellences Messieurs les Représentants des Pays Amis,
et des Organismes Internationaux,
Honorables Délégués,
Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,
Militantes, Militants du MRND,

Au terme de cette conférence interafricaine qui nous a permis d'élargir nos connaissances en matière de population et de profiter des expériences des pays frères avancés en la matière, permettez-moi de vous exprimer les sentiments de satisfaction et de gratitude qu'éprouve en ce moment le peuple rwandais envers ces éminents conférenciers et envers tous les participants qui ont hautement contribué à la réussite de ce Séminaire.

Excellences, Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, durant toute cette semaine, vous avez travaillé sans relâche à la recherche d'une meilleure politique de planification familiale et d'une bonne intégration de cette politique dans le développement global de notre nation.

Comme il ressort de la synthèse de vos exposés et débats les principaux points qui ont retenu votre attention rencontrent le soutien et l'approbation de toute personne soucieuse du bien-être familial et de la protection maternelle et infantile.

En effet, par vos discussions, vous avez établi que la politique de Planification Familiale ne doit pas être considérée seulement comme une simple régulation des naissances, mais surtout comme un des moyens de développement d'une nation.

Vous avez souligné l'idée que la PF doit être considérée comme une philosophie de la vie et de la famille. Ainsi, libéré de certains préjugés l'homme se sentira plus concerné et sa participation sera plus effective.

Vous avez également insisté sur le fait que la Planification Familiale est un des moyens d'améliorer les conditions de vie de la femme, de l'enfant et de toute la famille. En effet, le bien-être, l'harmonie et le bonheur d'une famille ne peuvent être atteints que si les conjoints se comportent en parents réellement responsables.

.../...

Comme je l'ai dit dans mon discours d'ouverture, ces six jours, consacrés à un travail scientifique et multidisciplinaire intense, constitue une contribution remarquable dans l'histoire des recherches scientifiques en matière démographique.

Le Rwanda de demain gardera de vous de bons souvenirs car, les principes de Planification Familiale que vous venez de définir contribueront sans aucun doute au bien-être et au bonheur de la famille rwandaise.

Du reste, les services spécialisés en général et le C.S.C. en particulier chargés de suggérer les mesures susceptibles de résoudre le problème démographique pourront exploiter et approfondir les résultats de ce Séminaire.

Quant à moi, je demeure convaincu que les recommandations issues de ces travaux nous feront franchir une nouvelle étape dans la recherche des solutions aux problèmes démographiques compte tenu de notre mentalité et de notre culture.

Le Gouvernement Rwandais prendra donc des mesures qui s'imposent, et il serait illusoire de penser qu'il faut atteindre l'unanimité de tout un peuple pour agir; aucun système n'est parfait et une méthode si bonne contraceptive soit-elle comporte presque naturellement on dirait un certain nombre d'inconvénients.

Par ailleurs, le choix des méthodes à utiliser se limite actuellement à celles dites réversibles, afin de sauvegarder la liberté d'avoir le nombre d'enfants que l'on veut, lorsque, bien entendu, des conditions socio-économiques sont suffisamment favorables, c'est-à-dire lorsque l'éducation des enfants est assurée.

Mes remerciements vont à Son Excellence le Général-Major HABYALIMANA Juvénal, Président de la République Rwandaise et Président-Fondateur du Mouvement Révolutionnaire National pour le Développement, dont la politique d'Unité, de Paix et de bonnes relations extérieures se concrétise notamment à travers des rencontres de ce genre.

Excellences, Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs, je vous remercie très sincèrement de cet important apport scientifique qui a donné à ce Séminaire un caractère particulier et qui marque un pas décisif dans la recherche du mieux-être de nos familles africaines.

Le Gouvernement Rwandais, demeure reconnaissant vis-à-vis de vos pays respectifs qui ont bien voulu nous témoigner, une fois de plus, la solidarité et la collaboration entre pays africains en vous envoyant participer à ce Séminaire.

.../...

Les mêmes sentiments s'adressent au Pathfinder Fund à travers ses Représentants ici présents; Monsieur James CRAWFORD, Directeur du Pathfinder Fund pour les programmes d'Afrique et du Moyen-Orient et le Docteur MARASHA MARASHA, Représentant de cet Organisme en Afrique Sub-saharienne dont l'aide combien appréciable ne s'est pas uniquement limitée au financement de ce Séminaire.

Les Représentants des Organismes Internationaux qui nous ont fait l'honneur de participer activement à ce Séminaire ainsi que le Comité d'Organisation, spécialement le Conseil Scientifique Consultatif pour les problèmes démographiques se sont dépensés sans réserve pour la réussite de ce Séminaire, qu'ils en soient vivement remerciés.

Quant à vous Chers techniciens rwandais, les données relatives au contexte particulier du Rwanda et/^{qui}auraient échappé aux autres participants ont déjà rendu plus réalistes les conclusions auxquelles nous venons d'aboutir. Le Peuple et le Gouvernement Rwandais vous en seront reconnaissants.

Enfin, tous mes remerciements vont à vous tous qui avez bien voulu rehausser de votre présence cette séance de clôture, manifestant ainsi votre soutien aux conclusions et aux recommandations du Séminaire.

Chers Participants venus des pays Amis, permettez-moi, aux dernières heures de ce travail assidu, fatigant mais combien enrichissant de vous présenter mes excuses pour des lacunes que vous avez pu constater, rassurez-vous elles ne sont dues qu'à nos moyens limités.

Il ne reste plus qu'à vous souhaiter un bon retour dans vos pays, et un plus grand succès dans les lourdes tâches que vous assumez chez-vous.

Je vous remercie.

=====

II. COMITE DE REDACTION DES RESOLUTIONS
ET RECOMMANDATIONS

- | | |
|------------------|---|
| 1. RWANDA | Dr. Alphonse UWIMANA
Mr. Silas NIKIBIZI
Dr. Martin KAGBENZA
Mr. Pancrace TWAGIRAMUTARA |
| 2. BURUNDI | Mr. Ignace MAGEREGERE |
| 3. TUNISIE | Mr. Hedi GRIQUI |
| 4. UGANDA | Dr. Charles LWANGA |
| 5. GAMBIE | Mr. Thomas TURNER TAYLOR |
| 6. KENYA | Mrs. Angela GETEI |
| 7. TANZANIE | Mrs. Monica J. SOZIGWA |
| 8. MAURICE (Ile) | Dr. Boboo RANDOWAR
Dr. Vivek DEBNARAIN |
| 9. MADAGASCAR | Dr. Rosette RAKOTCUAO |
| 10. ZAIRE | Citoyen MUNDERE SEBUNTU |

TRADUCTEURS

- Dr. Vivek DEBNARAIN
Mr. MUNDERE SEBUNTU

XXXXXXXXXX

III. COMITE DE REDACTION
SECRETARIAT PERMANENT DU
C.S.C. POUR LES PROBLEMES
SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- 1° Mr. HABIMANA Sylvère
- 2° Mme. HAKIZIMANA-DUSABIMANA Angèle
- 3° Mr. KANYANGIRA Idesbald
- 4° Mme. HSENGIYUMVA-NYIRANZAYIRWANDA Madeleine
- 5° Mr. NYAGATARE Antoine
- 6° Mme. NYIRAMATAMA Zafna

XXXXXXXXXXXX

ANNEXE (Suite 1)

P A Y S

ZAMBIE

N O M S

Mme. Mary KOANA

A D R E S S E S

Zambia Broadcasting Service

P.O. Box R.V. 15

LUSAKA (Zambie)

Mme. Prisca MOLOTSI

Evelyn Home College

P.O. Box 29

LUSAKA (Zambie)

I. P. P. F.

Dr. SABWA MATANDA

I. P. P. F.

P.O. Box 30234

NAIROBI (Kenya)

RWANDA

2. CONFÉRENCIERS RWANDAIS

Dr. KAGERUKA Martin

Hôpital Universitaire de Butare

Père Dr. Hoser Henri

Centre de Santé de Gikondo

KIGALI

Dr. RUSHINGABIGWI A.

Hôpital de Muhororo

Dr. De Clercq André

Maternité Hôpital

KIGALI

Mr. NIYIBIZI Silas

Présidence de la République

Dr. UWIMANA Alphonse

Hôpital de Kigali

QUALIFICATIONS

Travailleuse Sociale

Travailleuse Sociale

Médecin

Médecin

Médecin

Médecin

Médecin Gynécologue

Obstétricien

Démographe

Médecin

F O N C T I O N S

Représentante de

l'Archevêque de Lusaka

Représentante de

l'Archevêque de Lusaka

Responsable Régional

de la Section Médical.

de l'IPPF

Service de Gynéco-

Obstétrique

Directeur du Centre

de Santé de Gikondo

Médecin

Médecin Gynéco-Obstétr.

Directeur du Bureau

National de Recensement

Membre du C.S.C.

Médecin Interne.

ANNEXE (Suite 2)

B. PARTICIPANTS

1. PARTICIPANTS ETRANGERS

<u>P A Y S</u>	<u>N O M S</u>	<u>A D R E S S E S</u>	<u>Q U A L I F I C A T I O N S</u>	<u>F O N C T I O N S</u>
BURUNDI	Mme. BAGOLIKUNDA J.	Ministère des Affaires Sociales et du Travail, BUJUMBURA	Assistante Sociale	Inspectrice des Foyers Sociaux
	Mr. MAGEREGERE Ign.	Ministère de la Santé Publique B.P. 2352 BUJUMBURA	Infirmier Diplômé Anesthésiste	Anesthésiste des Acti- vités de P.M.I. et Education Sanitaire
GAMBIE	Mr. TUNDE TAYLOR Thomas	P.O. Box 325 BANJUL	Sociologue	Secrétaire Exécutif F.P.G.
MADAGASCAR	Mr. ANDROANANTISOA B.	F I S A B.P. 703 AMBATOMITSAUGAINA <u>TAMANARIVE</u>	Sociologue	Responsable de l'Edu- cation A.P.F. de Madagascar
	Mrs. RAJALAJAONA M. Chr.	B.P. 213 <u>ANTSIRABE (Madagascar)</u>	Médecin	Médecin Responsable de la FISA à Antsirabe
	Mrs. RANOHARISON N. A. FISA	rue des Glorieuses Lot.325808 <u>DIEGO-SUARez (Madag.)</u>	Agent Actif de la F. I. S. A.	Animatrice à la FISA
	Dr. RAKOTOUAO Rosette	Centre de Santé Scolaire <u>Fianarantsoa (Madagascar)</u>	Médecin	Médecine de Santé Scolaire
	Mrs. RAZANABONY Jeanne	B.P. 485 <u>TAMATAVE (Madagascar)</u>	Certificat d'aptitude pédagogique	Enseignante

ANNEXE (Suite 3)

P A Y S

N O M S

A D R E S S E S

QUALIFICATIONS

F O N C T I O N S

Ile MAURICE

Dr. DEVIARAIN

20, rue Couvent de
Lorette-Curepipe Road

Médecin

Spécialiste en médecine
interne et Anesthésiologiste
Ministère de la Santé
Publique

Dr. RAMDOWAR Baboo

10, Avenue des Manguiers

Médecin PHD

Spécialiste en Chirurgie
Ministère de la Santé
Publique

Mr. B (coco) GOWRISUNKUR

4, Avenue Cossigny
Quatre Bornes

B. Com.

Rédacteur en Chef
"Le Populaire"

UGANDA

Dr. LWANGA Charles

Mulago Hospital Department of
Obstetrics and Gynecology
P.O.Box 1051
KAMPALA (Uganda)

Responsable du Département
Gynéco-Obstétrique

RWANDA

2. PARTICIPANTS RWANDAIS

a) MEMBRES DU CONSEIL SCIENTIFIQUE CONSULTATIF (C.S.C.)

Mme. MABIMANA-NYIRASAFARI G. C/o MINASOCOOP

Sociologue

Secrétaire Général au
MINASOCOOP, Présidento
du C.S.C. et Membre du
Comité Central du MRUD

Dr. AKINGEMBE Em.

C/o Armée Rwandaise

Médecin

Médecin

Dr. HABARUSEMUKA Claudien

C/o Ministère de l'Intérieur

Sociologue

Secrétaire Général

Ministère de l'Intérieur

ANNEXE (Suite 4)

PAYS
RWANDA

NOMS

Mr. MUYAMBARIGA N.

Mr. MUYANGO Claver

Mr. Amri SUEB Ismail

Mme. NDARUMUTSE S.

Mme. NDAYAMBAJE St.

Mme. NGANYIRA Victoire

Mr. NKUNDABANGA François

Mr. NTIGUJIRWA Benoît

Sr. NYAMUJA Isidore

Mr. NTIGUERA Jean

Pasteur NZAMUJUYEMA Laron

ADRESSES

C/o Ministère du Plan

C/o Ministère des Affaires
Sociales et du Mouvement
Coopératif

C/o Présidence de la République Sociologue

C/o Ministère de l'Éducation
Institutrice

C/o Ministère de la Santé
Infirmière

C/o ORINFOR

B.F. 83 KIGALI

C/o Ministère du Plan
Statisticien

C/o Ministère de l'Économie
Statisticien

C/o Centre Hospitalier
KIGALI
Infirmière

C/o Ministère de l'Éducation
Pédagogue

C/o Eglise Adventiste du 7ème
jour à KIGALI

QUALIFICATIONS

FONCTIONS

Directeur au Ministère
du Plan

Directeur Général au
Ministère des Affaires
Sociales et du Mouvement
Coopératif

Directeur Général
à la Présidence

Chef de Bureau-Informatique
Administration du Personnel

Chef de Division au
Ministère du Plan

Directeur Général des
Douanes

Service d'Anesthésie

Directeur au Ministère
de l'Éducation Nationale

B.A. Sciences Economiques
Secrétaire Général et
Trésorier

ANNEXE (Suite 5)

R A Y S

N O T S

RWANDA

Pasteur TWAGIRAYEZU Michel

A D R E S S E S

C/o E.F.R.

B.P. 56

KIGALI

C/o Hôpital de Kigali

Mme. UWIMAM Salama

b) MEDECINS

C/o Hôpital de Gisenyi

Dr. BUGINGO Michel

C/o Hôpital de Kigome

Dr. GASEMBA Eustache

C/o Centre de Santé

Dr. GATSINZI Théophile

Universitaire de Butare

C/o Hôpital de Shyira

Dr. GEMANA J. Népomuscène

C/o Ministère de la Santé Publique

Dr. HADIMANA A.

C/o Hôpital de Ruhengeri

Dr. HABINEZA C.

C/o Hôpital de Kigali

Dr. HAKIZIMANA T.

C/o Ministère de la Santé Publique

Dr. MUGABUSEMUKA A.

Centre de Santé de Gitarama

Dr. MUGAIZA Fr.

C/o Hôpital de Kigali

Dr. NGABONZIZA C.

C/o Hôpital de Byumba

Dr. NKULIKIYE Juvénal

QUALIFICATIONS

Théologien

Président de l'E.F.R.

B.A. Sciences Infirmières Laboratoire

Directeur de l'Hôpital

Directeur de l'Hôpital

Directeur du Centre

Directeur de l'Hôpital

Secrétaire Général au

Ministère de la Santé

Médecin Attaché au

Service Chirurgie-Gynécologie

Directeur de l'Hôpital

Directeur des Hôpitaux

Directeur du Secteur

Médical de Gitarama

Service de Pédiatrie

Directeur de l'Hôpital

ANNEXE (Suite 6)

P A Y S

RWANDA

N O M

A D R E S S E S

DR. NTABOMVURA Venant Hôpital Universitaire

ee BUTARE
C/o Hôpital de Bushenge

DR. RUGALIBA B. B.S. 15 CYANGUGU

DR. RUSIZAMA J. C/o C.F.N.R.
RUHINGERI

DR. SERUFILIRA Inoine
c/o Hôpital de Kigali

c. SOCIOLOGUES & PÉDAGOGUES

Mlle. BALIZYAKA J. C/o Présidence de la République

Mr. GAKYAYA D. C/o Présidence de la République

Mlle. N-MUTAMBARIRWA F.
C/o Ecole Sociale de Karubanda
B.P. 130

B U T A R E
C/o Université National du Rwanda

Mr. TWAGIRAJUMBARA B. C/o paroisse de Zabuye
Père MUSY

QUALIFICATIONS

Directeur de l'Hôpital

Directeur de l'Hôpital

Directeur du C.F.N.R.

Service Gynéco-Obstétriqu

Membre du Comité Central
du M.R.N.D.

Directeur Général
à la Présidence

Directrice de l'Ecole

Professeur de Sociologie
à l'U.N.R.

Rédacteur de la Revue
"DIALOGUE"

Sociologue

Sociologue

Régente en Sciences

Naturelles et Géogra-
phiques

Sociologue

RAPPORT ANNUEL 1983.

VOLUME III : COOPERATION ECONOMIQUE, FINANCIERE ET TECHNIQUE.

- p.25, ligne 1 : lire "contribution" au lieu de "constrtribution"
- p.35 Point 7.1.1.1. §2, ligne 2 : lire "août" au lieu de "aou"
- p.38 dernière ligne. lire "services" au lieu de "servic"
- p.51 Point b) ligne 9 : lire "Nationales" au lieu de "Nations"
- p.55 Point I.3. ligne 7 : lire "3 millions FF" au lieu de "3.000 FF"
- p.75, §3, ligne 5 : lire "1,7 million \$ US" au lieu de "1,7 \$ US".
- p.75, §3, ligne 6 : lire "signée" au lieu de "signé"
- p.76, §1, ligne 4 : lire "cerné" au lieu de "cessé"
- p.87, §5, ligne 6 : lire "vétérinaire" au lieu de "vétérinaires"
- p.100, ligne 3 : lire "interafricain" au lieu de "interafricaine".
- p.100, §4, ligne 1 : lire "Management de la Recherche" au lieu
de "Management sur la Recherche"
- p.103, dernière ligne : lire "attirée" au lieu de "attrrée"
- p.132, §2, ligne 5 : lire "part" au lieu de "par"
- p.133, §2, ligne 3 : lire "initiale" au lieu de "unitiales"
- p.143, §2, ligne 5 : lire "on" au lieu de "ou"
- p.150, §2, ligne 4 : lire "rapport il y a" au lieu de "rapport y a"
- p.153, §1, ligne 11 : lire "permettre" au lieu de "permettres"
- p.154, §1, ligne 7 : lire "à la SORWATHE" au lieu de "à SORWATHE"
- p.154, §1, ligne 9 : lire "SFI" au lieu de "WFI"
- p.154, Point 4 : ligne 2 lire "pour" au lieu de "our"
- p.155, Point VI : ligne 1 : lire "Banque Nationale" au lieu
de "Banque M Nationale"
- p.158, §3, ligne 5 : lire "événement" au lieu de "évenement"
- p.159, Point 3 a) ligne 2, lire "Décennie" au lieu de "Décenien"
b) ligne 10, lire "9 partiellement" au lieu de
"partiellement"
- p.161, Point 5 (titre) : lire "Téledétection" au lieu de "Téledete-
ction".
- p.162, Point 7 : ligne 7 : lire "la meilleure partie" au lieu
de "le meilleur partie".
- p.166, §5, ligne 2 lire "1.312 projets" au lieu de "1.312 projet"
- p.170, Point 2, §2, ligne 3 : lire "Sécurité" au lieu de "Securité"
(de même que pour la 5e ligne du même paragraphe)
- p.171, Point 4, §3 : ligne 1 lire "Mondial" au lieu de "Mondiale"

- p.172, Point 5, ligne 3 : lire "penchée" au lieu de "penché"
- p.174, §2, ligne 2 : lire "gènes" au lieu de "genès"
- p.174, §3, ligne 2 : lire "Semences" au lieu de "Semence"
- p.175, Point 2, ligne 1 : lire "dans le projet" au lieu de
"du projet"
- p.176, Point 4, ligne 4 : lire "indicatif" au lieu de "indicatifs"
- p.180, Point 2, §2, ligne 2 : lire "désigné" au lieu de "sdésigné"
- p.182, Point 4, ligne 4 : lire "importe" au lieu de "exporte"
- p.184, Point 1, §2 : ligne 1 : lire "en sus de" au lieu
de "en sus, de"
- p.193, §1, ligne 9 : lire "quoi" au lieu de "quoui"
- p.194, dernier § ligne 6 : lire "a tenté" au lieu de "à tenté"
- p.196, Point 2 ligne 1 : effacer le pronom "qui"
- p.198, §1, ligne 2 : lire "membre" au lieu de "membres"
- p.198, §1, ligne 3 : lire "Genève" au lieu de "Génève"
- p.200, §1, ligne 4 : lire "ramène" au lieu de "remène"
- p.200, dernier §, ligne 4 : mettre "deux points" après "Culture".
- p.205, §2, ligne 7 : lire "ces" au lieu de "ce"
- p.209, §1, ligne 1 : lire "suiuants" au lieu de "ci-dessous"
- p.212, Point 1, §2 : ligne 2 : lire "formations" au lieu de "formation"
- p.213, Point 3, §2, ligne 4 : lire "que" au lieu de "de ce que"
- p.213, Point 3, §2, ligne 11 : lire "règlements" au lieu de
"réglements"
- p.215, §1, dernier mot : lire "en cours" au lieu de "encours".
-

ANNEXE (Suite 7)

C. ORGANISMES INTERNATIONAUX

ORGANISME

NOMS

ADRESSES

FONCTIONS

QUALIFICATIONS

FNUAP

Dr. BARTET Georges

U.N.F.P.A.
B.P. 7246

Médecin

Coordonateur du FNUAP
Burundi-Rwanda-Zaïre

IPPF

Dr. SABWA MATANDA

P.O. Box 30234
NAIROBI (Kenya)

Médecin

Responsable Régional
de la Section Médicale
de l'IPPF

OMS

Dr. IVORA Cano

Minisauté-Kigali

Médecin

Représentant l'OMS au
Rwanda

PATHFINDER FUND

Mr. J. CRAWFORD

Centre de Santé Kibilizi (Butare)

Médecin

Représentant l'OMS au
Rwanda

1330 Boylston Street
Chestnut Hill, 02167
MASSACHUSETTS (USA)

Directeur des Projets
pour l'Afrique et le
Moyen-Orient

UIOF

Mr. ARFEUX

UIOF
28 Place St. Georges
PARIS (France)

Médecin

Représentant Régional
du Pathfinder Fund pour
l'Afrique Sub-saharienne

UNESCO

Mr. Hugo GACHUI

Conseiller de l'UIOF

USAID

Mr. Terry BARBER

Ambassade des Etats Unis
KIGALI

Responsable des Projets

ANNEXE (Suite 8)

P A Y S

USAID

N O M S

Mrs. DIANE Blanc

Dr. E. GREELY E.

Mlle. DESSIBOURG

Mr. KICENDI Francis

A D R E S S E S

USAID-Redso (E.A.)

P.O.Box 30261

NAIROBI (Kenya.)

USAID-Redso (E.A.)

P.O.Box 3076

NAIROBI (Kenya.)

C/o

Minasocoop

KIGALI

C/o

Minisanté

Kigali

QUALIFICATIONS

Sociologue

Conseiller aux Projets
Nutrition.

Agent de Liaison
UNICEF - KIGALI

F O N C T I O N S

Responsable des Projets

Conseiller

Conseiller aux Projets
Nutrition.

Agent de Liaison
UNICEF - KIGALI

XXXXXXXXXX