

REPUBLIQUE RWANDAIS
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DU MOUVEMENT COOPÉRATIF

Kigali, le 17 avril 1978

Objet : Rapport de mission

Son Excellence Monsieur le Président
de la République Rwandaise
KIGALI

S/C de Monsieur le Ministre des
Affaires Sociales et du Mouvement
Coopératif
KIGALI

Excellence Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de transmettre à Votre
Excellence le "Rapport de mission" de la délégation rwandaise
qui s'était rendue respectivement en Tunisie, à l'île Maurice
et au Kenya.

Ce voyage a été effectué du 4 février au 11 mars 1978 dans le
but de profiter des expériences tunisienne, mauricienne et
kenyane en matière de planification familiale en vue d'une
meilleure élaboration du Programme de Planification Familiale
dans notre pays.

La tournée d'observation que la
délégation vient de faire dans ces pays, s'inscrit dans le
cadre du Projet d'intégration de la Planification Familiale
dans les services de Protection Maternelle et Infantile dans
notre pays et répond sans nul doute aux souhaits du Gouverne-
ment dans sa politique nationale en matière de démographie
telle que définie dans le deuxième plan quinquennal 1977 - 1981.

Excellence Monsieur le Président, la
délégation rwandaise a beaucoup apprécié la formation reçue,
au cours de ce voyage, sur les méthodes d'espacement des
naissances et sur l'organisation des services de Planification
Familiale.

Aussi, espère-t-elle se rendre plus utile, en matière de
Planification Familiale grâce à ces connaissances nouvelles.

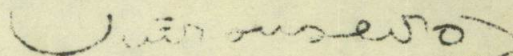
Dans l'espoir que ce rapport pourra
être profitable, je vous prie, Excellence Monsieur le Président,
de croire à l'expression de ma considération très distinguée.

Le Chef de Délégation,

Docteur UWIMANA Alphonse.-

Copie pour information à :

- Monsieur le Secrétaire
Général du M.R.N.D.
KIGALI
- Monsieur le Ministre (TOUS)
KIGALI
- Membre du C.S.C. (TOUS)
- Membre de la Délégation (TOUS)
KIGALI



R A P P O R T D E M I S S I O N

=====

R E M E R C I E M E N T S . -

Grâce aux négociations effectuées entre le Conseil Scientifique Consultatif pour les problèmes socio-démographiques et le Pathfinder Fund, et en accord avec le Gouvernement, cinq fonctionnaires rwandais ont fait une tournée d'observation des activités de Planning Familial en Tunisie, à l'Ile Maurice et au Kenya.

Il s'agit de :

- Mme HAKIZIMANA DUSABIMANA Angèle, Assistante sociale au Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif ;
- Mlle NYIRAMATAMA Zaina, Assistante sociale au Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif ;
- Dr. KAGERUKA Martin, Assistant en Gynéco-Obstétrique à l'Hôpital Universitaire de Butare ;
- Dr. UWIMANA Alphonse, Médecin attaché au service de Médecine Interne à l'Hôpital de Kigali ;
- Mr. KANYANGIRA Idesbald, Assistant médical attaché au Ministère des Affaires Sociales et du Mouvement Coopératif ;

La délégation rwandaise a beaucoup apprécié l'attention combien amicale et fraternelle dont elle a été entouré au cours de son séjour dans les trois pays respectifs.

Aussi, elle exprime en particulier ses reconnaissances envers le Dr. CHADI et Mr. GHASCHEM de Tunisie; respectivement Chefs de service de la Division médicale et de la Coopération bilatérale, à Mr. RAMENAH, Secretary Manager du Mauritius Family Planning Association et à Mme GETHY, Executive Secretary de l'Association de Planning Familial au Kenya.

La délégation exprime également ses remerciements aux membres du Conseil Scientifique Consultatif en général et à Mme HABIMANA NYIRASAFARI Gaudence, Présidente dudit Conseil en particulier pour l'attention qu'ils ne cessent de manifester à l'égard des problèmes socio-démographiques de notre pays.

Enfin, la délégation s'en voudrait de ne pas remercier le Pathfinder Fund à travers le Dr. MARASHA-MARASHA, Représentant de cet Organisme en Afrique Sub-Saharienne, qui a toujours veillé au bon déroulement de son voyage.

=====

PLAN

Préambule

Chapitre I : TUNISIE

Introduction

I. Programme des activités au cours de notre séjour

I.1. Entretiens avec les différents responsables de l'organe Central de planning familial en Tunisie

A. Entretien avec le chef de service de la coopération bilatérale : Monsieur Mourad CHUCHEM

A.1. Les raisons principales qui ont été à l'origine de la politique de planning familial en Tunisie.

A.2. Historique du planning familial en Tunisie.

A.2.1. Débuts du planning familial en Tunisie

A.2.2. Création de l'Office National de Planning Familial et de la population en Tunisie.

A.2.2.1. Définition de l'Office

A.2.2.2. Mission de l'Office.

A.3. Organisation générale des services de l'Office National du Planning Familial et de la Population.

A.3.1. Organigramme

A.3.1.1. Administration Centrale

A.3.1.1.1. Conseil Supérieur de la Population

A.3.1.1.2. Conseil d'Administration

A.3.1.1.3. Président-Directeur Général

A.3.1.1.4. Les divisions de l'Office

A.3.1.2. Administration régionale

A.3.1.2.1. Conseil régional de la population

A.3.1.2.2. Fonctionnaires représentant les divisions de l'Office.

./..

A.3.2. Méthodologie d'action

A.3.2.1. Délégation du pouvoir de l'Office au niveau régional

A.3.2.1.1. Attributions du Médecin-Coordinateur

A.3.2.1.2. Attributions de la Sage-femme de supervision

A.3.2.1.3. Attributions du Délégué régional ou éducateur régional

A.3.2.1.4. Le Secrétaire régional de planning familial.

A.3.2.2. Exécution du programme de l'Office au niveau régional

A.3.2.2.1. Cliniques de planning familial

A.3.2.2.2. Equipes mobiles

A.3.2.2.3. Cliniques mobiles

A.3.2.2.4. Centre de P.M.I./P.F.

A.3.2.2.5. Services de P.F. dans les hôpitaux.

A.4. Objectifs du programme trienal 1974 - 1976

A.4.1. Généralités

A.4.2. Objectifs

A.4.2.1. Objectifs qualitatifs

A.4.2.1.1. Concept du P.F.

A.4.2.1.2. Programme d'éducation et d'information

A.4.2.1.3. Développement des services

A.4.2.1.4. Recherche et évaluation

A.4.2.2. Objectifs quantitatifs

A.4.2.2.1. Objectifs à long terme

A.4.2.2.2. Objectifs à court terme.

A.5. Résultats du programme triennial 1974-1976

A.5.1. Sur le plan **qualitatif**

A.5.2. Sur le plan quantitatif

A.6. Evaluation et Recherche

B. Entretien avec le chef du service de la division information, éducation et formation : Monsieur BOUSNINA.

B.1. Action d'information

B.1.1. L'information au cours de la triennie 1974 - 1976

B.1.2. Evaluation des techniques

B.2. Action éducative

B.2.1. Education au cours de la triennie 1974-1976

B.2.1.1. Education régionale

B.2.1.2. Education dans les milieux scolaires

B.2.1.3. Education dans secteurs organisés.

B.2.2. Evaluation du programme d'éducation

B.3. Action de formation

C. Entretien avec le chef de service de la division médicale
"Dr. CHADI Rhida

C.1. Mission de la division médicale dans le programme
de planning familial

C.2. Les avantages de planning familial en Tunisie:

1. Avantages sociaux à long terme
2. Avantages sanitaires immédiats
3. Conclusion

C.3. Le développement des services de planning familial
1974 - 1976.

C.4. Les méthodes utilisées dans la contraception

1. Description générale
2. Classification

D. Entretien avec le chef de service des statistiques dans
la division de la population : Mr. CHARYEDINE Abdelmalek.

D.1. Bureau "Etudes et recherches"

D.2. Bureau "des données statistiques"

E. Division administrative et financière

E.1. Budget

E.1.1. En recettes

E.1.2. En dépenses

E.2. Contrôle financier

CHAPITRE III : L E K E N Y A

INTRODUCTION

I.- programme d'activités

II.-La Politique de planning familial au Kenya

- 1- Action gouvernementale
- 2- Action volontaire

A. Programme National de planning familial

- 1- L'action volontaire
- 2- L'action gouvernementale

III.-Action Gouvernementale

A. Programme au niveau gouvernemental pour la planification familiale

A.1.- Le programme gouvernemental pour la planification familiale

A.2.- Les objectifs du programme de P.F. au Kenya

A.3.- Les moyens adoptés pour atteindre les objectifs

A.3.1-Consolider les services de P.M.I./P.F. et augmenter le nombre des unités sanitaires

A.3.2-Formation des cadres médicaux et paramédicaux

A.3.3-Former les agents de sensibilisation à la planification

A.3.4-Développer et utiliser les services d'information

A.3.5-La limitation du nombre de méthodes d'espacement des naissances

A.3.6-Collaboration avec les Ministères et organismes intéressés par le bien-être de la population

A.3.7-L'organisation administrative du programme d'intégration des services de P.F. dans les Centres P.M.I.

B. Les résultats atteints par le programme

B.1.- Les objectifs sanitaires

B.2.- Les objectifs démographiques

IV.- L'action volontaire "FAMILY PLANNING ASSOCIATION OF KENYA"

A. Les objectifs de l'Association

B. Moyens mis en place pour atteindre les objectifs de l'Association

B.1.-Création des 8 centres de planning familial dans les provinces du Kenya

B.2.-Action des animatrices ou field workers

B.3.-L'association utilise les moyens de communication sociale

B.4.-Les moyens contraceptifs utilisés par l'Association

V.- Conclusions.

Chapitre IV: Rwanda

Organisation des Services de Planification familiale.

A. Définition et signification du Planning Familial

B. Historique des méthodes de contraception

B.1: Abstinence Périodique

B.2: Barrières mécaniques

B.3: Dispositifs intra-utérins

B.4: Contraceptifs oraux

B.5: Stérilisation

B.6.1: Ligatures des trompes

B.6.2: Vasectomie

C. Concept de Planning Familial dans le Rwanda traditionnel

D. Description générale des méthodes utilisées en Planning Familial

E. Organisation Administrative

E.1: Organigramme

E.1.1: Administration centrale

E.1.1.1: Attributions

E.1.1.1.1: Conseil scientifique consultatif pour les problèmes démographiques

E.1.1.1.2: Le conseil d'administration

E.1.1.1.3: Directeur du Projet

E.1.1.1.4: Directeur adjoint

E.1.1.1.5: Division Education et Information

E.1.1.1.6: Division médicale

E.1.1.1.7: Division des Finances

E.1.1.1.8: Division recherche et évaluation

E.1.1.1.9: La bibliothèque

E.1.2 Administration régionale

E.1.2.1: Centres pilotes

E.1.2.2: Les succursales ou centres ruraux

E.1.2.3 : Le Personnel régional et ses attributions

F. Condition de recrutement du personnel de l'Office

G. Prévision du personnel médical, Paramédical et socio-éducatif à former pour le lancement du programme de Planning Familial

I. Conclusion

I.1: Avantage de la Planification familiale au Rwanda

I.1.1: Conséquences néfastes liées aux grossesses nombreuses et rapprochées

- I.1.1.1 : Sur l'Etat de Santé des mères
- I.1.1.2 : Sur l'Etat de Santé de l'enfant
- I.1.1.3 : Sur l'Etat de Santé du père
- I.1.2.3 : Avantages de la planification familiale
- I.1.2.1 : Les avantages sanitaires à court terme
- I.1.2.2 : Avantages socio-économiques à court terme

I.2 Recommandations

P R E A M B U L E.-

La Planification Familiale est actuellement un domaine en pleine expansion bien qu'elle soit une notion récente dans notre pays.

Aussi, nous-a-t-il été difficile de parler en quelques pages de la planification familiale comme telle et des expériences des trois pays visités.

C'est ainsi que ce rapport comprend quatre chapitre contenant ce qui suit :

- du 1er au 3ème chapitre, nous ferons aussi objectivement que possible la description des expériences en matière de Planning Familial de la Tunisie, de l'Ile Maurice et du Kenya.
- Au 4ème chapitre nous allons formuler les propositions et recommandations sur une éventuelle organisation des services de Planification Familiale au Rwanda.

=====

Chapitre I. LA TUNISIE

Introduction

"La Tunisie a été le premier pays arabe et (le premier) africain à entreprendre un programme de Planning Familial et le Président Bourguiba a été l'un des douze premiers Chefs d'Etat à avoir signé en 1966 à l'O.N.U., la Déclaration des Chefs d'Etat sur la population".

Dès l'aube de l'indépendance en 1956, les dirigeants tunisiens ont pris conscience du danger que peut provoquer un accroissement démographique galopant et incontrôlé.

En effet, lors de différentes occasions, les responsables tunisiens n'ont cessé de justifier la nécessité d'une politique de naissances planifiées et de témoigner leur appui au programme de Planning Familial intégré.

Concernant le programme de Planning Familial comme "nécessité et affaire de tous", le Président BOURGUIBA s'est prononcé en ces termes :

1. La politique du Planning Familial en Tunisie, citation du Président BOURGUIBA et des Responsables sur le Planning Familial. Mars 1976.

"En instituant le Planning Familial, notre principal souci a été d'assurer l'équilibre entre l'augmentation de la population et l'accroissement du revenu national. Pour qu'elles aient le même rythme de croissance, il était nécessaire de planifier la natalité en même temps que la production".

"Car l'avenir est notre suprême souci, nous travaillons inlassablement à le préparer. Dans sa perspective, nous considérons essentiellement la multitude humaine qui atteindra l'âge adulte dans dix ans, dans vingt ans. Nous devons prévoir pour elle les moyens de vivre. Nous ne pouvons imiter certains autres pays, et, nous réfugiant dans une passivité résignée, nous en remettre à Dieu, oubliant que Dieu nous a confié le pouvoir d'alléger le poids de l'épreuve. Pour nous mêmes, pour nos femmes, pour l'Etat, il est nécessaire qu'un calcul juste de notre évolution démographique, de notre natalité, nous épargnent les misères des familles trop nombreuses".

Aussi, nos programmes de développement ont-ils pour objectif d'harmoniser le revenu national et la population qui doivent avoir l'un et l'autre un rythme d'accroissement identique.

→ ①

"La régulation des naissances ne concerne pas uniquement la vie privée de l'individu mais la nation tout entière. Le Planning Familial devrait dans notre esprit permettre à la nation un développement harmonieux".

"Pour les dix ou vingt prochaines années, il faudra sans cesse remanier les programmes de développement afin de tenir compte de l'accroissement extrêmement rapide de la population mondiale. Ce problème se pose sensiblement dans les mêmes termes pour tous les pays, même les plus petits ; car comme l'écrivait F. NOTESTEIN "la difficulté ne réside pas dans la grandeur de la population, elle réside dans le taux de croissance démographique et la façon dont cette croissance empêche le processus de modernisation!"

Le Ministre tunisien de la Santé Publique a fait également plusieurs déclarations (1) sur le Planning Familial dont nous ne retiendrons que ce qui suit :

"Etre marginal, dangereux, improductif pour la société, tel est le sort qui attend certains enfants élevés dans les familles nombreuses où ni la mère, ni le père ne peuvent s'acquitter de leur devoir de parents".

"Le Planning Familial apparaît comme la condition nécessaire à une éducation saine de l'enfant, à la protection de la santé de la mère et de l'enfant et de l'équilibre de la famille et de la société, c'est aussi grâce à une planification harmonieuse des naissances que l'on peut libérer la femme, former une génération de citoyens équilibrés sains, capables de s'autodéterminer sur les plans de l'hygiène et de la conception!"

I. Programme des activités au cours de notre séjour

I.1. Entretiens avec les différents responsables de l'organe central de Planning Familial en Tunisie.

A. Entrevue avec le Chef de Service de la Coopération bilatérale : Monsieur Mourad GHACHEM.

Monsieur Mourad Ghachem fut la première personnalité de l'Office que nous ayons rencontrée. Dès le début des entretiens il nous parla de la politique nationale tunisienne en matière de démographie. Dans ce même ordre d'idées, il nous mit au courant des raisons majeures qui ont poussé la Tunisie à adopter la politique des naissances planifiées et à intégrer par voie de conséquence le programme de Planning Familial dans son plan économique de développement.

(1) La politique du Planning Familial en Tunisie

Enfin, il a brièvement brossé le tableau de ce Programme National de Planning Familial, c'est-à-dire : son historique, son organisation, ses objectifs ainsi que l'évaluation des résultats obtenus au cours de la triennie 1974 - 1976.

A.1. Les raisons principales qui ont été à l'origine de la politique de Planning Familial en Tunisie.

Elles sont au nombre de deux :

1. Le déséquilibre continu entre la croissance démographique et des ressources économiques du pays constituent l'une des préoccupations majeures du Gouvernement Tunisien.

Cette attitude paraît d'autant plus normale que le "rapport entre le produit national brut et le nombre de la population détermine en général le développement d'un pays et le bien-être de ses habitants.

2. Le surpeuplement de plus en plus menaçant surtout les zones urbaines et agricoles constitue la deuxième raison.

"L'évolution rapide de la population entraîne une augmentation de la demande dans les différents secteurs publics. Il faudrait donc être en mesure de répondre à cette demande croissante, c'est-à-dire, trouver les fonds et les ressources nécessaires pour scolariser un nombre d'enfants sans cesse croissant, protéger la population :

- en lui assurant les soins médicaux ;
- en améliorant l'habitat et l'urbanisme ;
- et bien entendu en luttant ~~contre~~ le chômage".

A.2. Historique du Planning Familial en Tunisie

A.2.1. Débuts du Planning Familial en Tunisie

Depuis 1962, la Tunisie a choisi une **politique** de développement planifié où l'accent est mis sur l'importance de la croissance de la population et les incidences que cela implique sur le développement économique et social. Une stratégie vigoureuse a été mise sur pied : réformes sociales et institutionnelles ainsi qu'une adoption de l'action de Planning Familial comme politique nationale.

Une oeuvre législative importante a été mise en place et devait servir de support à l'action du Planning Familial : (1)

1. Loi interdisant la polygamie ;
2. Loi limitant l'âge du mariage à 17 ans révolus pour la ^{jeune} fille et à 20 ans pour ^{le jeune} l'homme (loi du 20 février 1966) ;

(1) Législation tunisienne en matière de Planning Familial

3. Loi limitant le bénéfice des allocations familiales aux quatre premiers enfants (loi du 14 décembre 1960) ;
4. Loi autorisant l'importation des produits contraceptifs et la propagande anti-conceptionnelle (loi du 9 janvier 1961) ;
5. Loi légalisant l'avortement social dans les trois premiers mois de la grossesse à partir du 4ème enfant (loi du 1 juillet 1965) ;
6. Enfin loi libéralisant totalement l'avortement (loi du 23 septembre 1973).

Le terrain ainsi préparé ; un programme de Planning Familial fut adopté en 1964.

En effet, c'est au cours de cette année qu'une Direction de Planning Familial fut créée au sein du Ministère de la Santé Publique. L'action de Planning Familial au stade expérimental fut menée dans deux centres pilotes jusqu'en 1966.

Les résultats obtenus au cours des deux années d'expérience permirent l'expansion du programme sur tout le pays.

Pour plus d'efficacité, la Direction du Planning Familial fut remplacé en 1971 par l'Institut National de Planning Familial et de P.M.I. (Protection Maternelle et Infantile).

Néanmoins, le programme du P.F. ainsi attaché au Ministère de la Santé Publique connut des difficultés au niveau de la gestion et au niveau de la décision. Toutes ces raisons prises en considération et dans le souci de rentabiliser au maximum les services, l'Institut National de P.F. et de P.M.I. sera remplacé en 1973 par l'Office National du P.F. et de Population.

A.2.2. Création de l'Office National du Planning Familial et de la Population en Tunisie.

L'Office National du Planning Familial et de la Population fut créé en 1973 en vertu de la loi du 23 mars de la même année.

A.2.2.1. Définition de l'Office

C'est un "établissement public à caractère commercial, doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière. L'Office est placé sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique".

A.2.2.2. Mission de l'Office (1)

L'Office a pour mission, dans le cadre de la politique démographique définie par le Gouvernement et en conformité avec les objectifs du plan de développement du pays :

(1) Notes de lecture

Plannification familiale en Tunisie, Signification et Pratique. (Août 1976).

1. d'entreprendre des études et d'effectuer des recherches à caractère économique, social et technique ayant pour objet l'épanouissement harmonieux de la population et de faire au Gouvernement toutes les propositions d'ordre législatif ou réglementaire visant cet objet ;
2. d'établir et d'exécuter en collaboration et en liaison avec les organisations publiques et privées intéressées tous les programmes et plans d'action tendant à susciter , à soutenir l'équilibre des familles et à protéger la santé de ses membres ;
3. de mettre à la disposition des personnes dans les formations hospitalières et sanitaires, les cabinets médicaux, les officines pharmaceutiques, les cliniques et les infirmeries, les moyens d'informations et d'intervention de tout ordre qui leur permettent d'atteindre les objectifs d'équilibre et de santé des familles ;
4. d'entreprendre les actions de formation nécessaire au niveau de la Faculté de Médecine, des Ecoles Professionnelles et des Ecoles du Service Social ou dans le cadre d'Etudes et de stages à l'étranger ;
5. de mener une action permanente d'information et d'éducation de la population au niveau familial, scolaire et professionnel.

A.3. Organisation générale des services de l'Office National du Planning Familial et de la population

A.3.1. Organigramme

A.3.1.1. Administration centrale

L'administration centrale comprend quatre échelons :

A.3.1.1.1. Conseil Supérieur de la Population

- Il est institué un Conseil Supérieur de la Population dont la présidence est assuré par le premier Ministre et la Vice-présidence par le Ministre de la Santé Publique.

Il groupe les Ministères intéressés ainsi que les représentants des organisations nationales.

Le secrétariat du Conseil est confié à l'Office National du Planning Familial et de la Population.

Au siège de chaque Gouvernement est institué un Conseil Régional de la Population présidé par le Gouverneur.

Le Conseil supérieur de la population définit dans le cadre de la politique 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.

A.3.1.1.2. Conseil d'administration (échelon 2)

L'Office National du Planning Familial et de la Population est administré par un Conseil d'Administration présidé par un président directeur général et comprenant en outre huit membres nommés par arrêté du Ministre de la Santé Publique.

L'Office est dirigé par un Président-Directeur Général, nommé par décret sur proposition du Ministre de la Santé Publique.

Le Conseil d'Administration de l'Office National du Planning Familial et de la Population est chargé, sous le contrôle de l'autorité de tutelle:

- d'établir l'organisation générale ainsi que le règlement intérieur de l'Office ;
- de fixer le statut, les effectifs et le régime de rémunération du personnel ;
- d'approuver les programmes de travail et les plans d'action relevant de l'objet de l'Office ;
- d'approuver les marchés et conventions d'un montant supérieur à un chiffre limité fixé par voie réglementaire;
- d'arrêter avant le 1er décembre de chaque année les prévisions de recettes et de dépenses de l'Office,; au titre du budget de fonctionnement de l'exercice suivant;
- d'autoriser, au cours d'exercice tous rectificatifs du budget de fonctionnement ;
- de contracter tous emprunts dans le cadre de l'objet de l'Office ;
- d'autoriser toutes acquisitions, aliénations ou échanges de biens du droits immobiliers.

Le Conseil d'Administration délègue auprès du Président Directeur Général tous les pouvoirs nécessaires pour lui permettre d'assurer la Direction Générale de l'Office.

A.3.1.1.3. Président-Directeur Général

Le Président-Directeur Général est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'Office, accomplir ou autoriser tous les actes ou opérations relatifs à son objet, sous réserve des approbations prévues par la loi et notamment :

- il étudie et propose toutes questions aux délibérations du Conseil d'Administration et met en application les décisions de celui-ci ;
- Il assure la direction administrative financière et technique de l'Office ;
- dans le cadre des réglèments généraux, il a autorité sur les agents administratifs et techniques qu'il recrute, affecte, administre ou licencie ;
- il représente l'Office auprès des tiers et dans tous les actes civils, administratifs et judiciaires ;
- il procède aux ordres de recettes et de dépenses ;
- il exerce les attributions qui lui sont déléguées spécialement par le Conseil d'Administration.

Le Président-Directeur Général peut déléguer une partie de ses pouvoirs, sous réserve de l'approbation du Conseil d'Administration.

A.3.1.1.4. Divisions de l'Office (4ème échelon)

Cet échelon comprend quatre divisions :

- la division médicale ;
- la division éducation, formation et information ;
- la division de la population ;
- la division administrative et financière.

N.B. Le rôle respectif de ces différents départements sera défini plus loin (entretiens avec les responsables).

A.3.1.2. Administration régionale

La Tunisie est divisée en régions dénommées "Gouvernerats". Et à la tête de chacun de ceux-ci se trouve un "Gouverneur".

L'organigramme au niveau régional comprend deux échelons :

A.3.1.2.1. Le Conseil Régional de la Population

Nommé et présidé par le Gouverneur, il joue le rôle d'organe de consultations sur les programmes et plans d'action régionaux de l'Office National du Planning Familial et de la Population avant leur adoption définitive".

Ce Conseil représente dans la région les trois premiers échelons de l'organe central.

A.3.1.2.2. Fonctionnaires représentant les divisions de l'Office

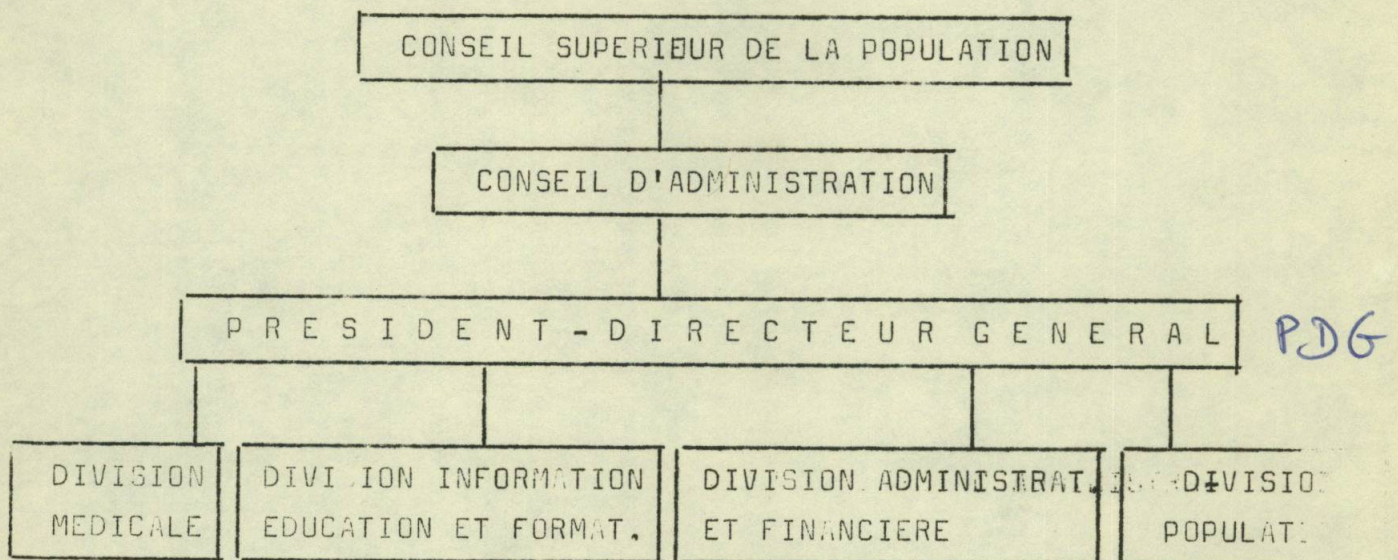
Cet échelon comprend quatre fonctionnaires représentant respectivement les quatres divisions de l'organe central.

Cette représentation est organisée comme suit :

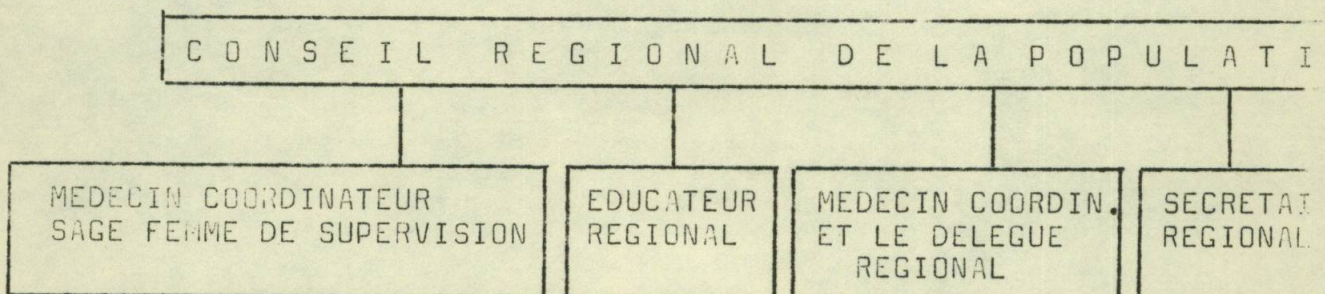
- la division médicale est représentée au niveau régional par deux fonctionnaires :
 - . un médecin coordinateur ;
 - . et une sage-femme de supervision ;
- la division Information, Education, Formation par un éducateur régional (délégué régional) ;
- la division de la population est représentée par un Secrétaire régional ;
- enfin le médecin coordinateur et l'éducateur régional s'occupent également des affaires administratives et financières.

ORGANIGRAMME DE L'OFFICE NATIONAL DU PLANNING FAMILIAL
ET DE LA POPULATION.-

ADMINISTRATION CENTRALE



ADMINISTRATION REGIONALE



A.3.2. Méthodologie de l'action de l'Office

A.3.2.1. Délégation du pouvoir de l'Office au niveau régional

Le programme général de l'Office est défini par l'organe central.

"Sur le plan régional", l'Office a créé dans chaque région sanitaire une unité d'action comprenant :

- l'Administration régionale de la Santé Publique ; (1)
- un Médecin Coordinateur ;
- une sage-femme de supervision ;
- et un éducateur régional.

Ceux-ci oeuvrant sous la Direction de l'Office et en collaboration étroite avec les cadres régionaux et les représentants des organisations nationales.

Ils assument tous le rôle à la fois technique et éducatif et veillent non seulement à la promotion du Planning Familial mais aussi au bien-être de tous les citoyens, en répondant à leurs besoins.

A.3.2.1.1. Attributions du Médecin-Coordinateur

Il représente la division médicale de l'Office et coordonne les activités de son centre. Il est chargé de la promotion et de la coordination des activités entre le personnel des centres de P.M.I. et de P.F. se trouvant dans sa région.

Il s'occupe des problèmes techniques tels que :

- pathologie gynécologique ;
- ligature des trompes ;
- avortement par aspiration ou par curetage.

A.3.2.1.2. La sage femme de supervision

La sage-femme de supervision représente aussi la division médicale de l'Office. Elle supervise le personnel paramédical ayant des activités de P.F. dans les Centres P.M.I./P.F., dans les dispensaires et dans les hôpitaux. Elle veille à l'application des instructions élaborées par la division médicale ainsi qu'à l'amélioration du niveau de soins du personnel en vue d'entretenir la motivation et de créer la demande.

(1) L'Administration régionale de la Santé Publique ne figure pas sur l'organigramme de l'Office parcequ'il dépend directement du Ministère de la Santé Publique. Néanmoins, il collabore étroitement avec les représentants de l'Office au niveau régional.

Elle est chargée en outre des fonctions suivantes :

- Fonctions techniques

- Ex.: . Consultations de Planning Familial ;
. Insertion des D.I.U. (Dispositif Intra-Utérin).

- Fonctions administratives

- . Tenue des fiches

Ex : . Approvisionnement en médicaments et en instruments.

- Fonctions éducatives

- . L'accueil des consultantes

Ex : . Formation et recyclage du personnel

- . Information et éducation de la population.

A.3.2.1.3. Attributions du délégué régional

Il fait l'éducation et supervise les éducateurs et les animatrices sociales. Il collabore avec les autorités locales en matière d'éducation en vue de promouvoir la Planning Familial.

Si l'éducation et la motivation dans certaines régions réclament sa présence, il fait lui-même les visites à domicile et s'entretient avec les familles.

L'éducation se fait surtout par l'organisation des séminaires, des réunions avec la population, des journées d'études, ainsi que par la projection de films et de diapositives.

A.3.2.1.4. Le Secrétaire régional de Planning Familial

Il rassemble et évalue les données statistiques qui émanent du Médecin-Directeur, de la Sage-femme et du Délégué régional. Ces données sont ensuite acheminées vers la division de la population de l'Office.

A.3,2,2 : Exécution du Programme de l'Office au niveau régional

L'exécution du Programme de P.F. se fait à travers tout le Pays selon le principe de décentralisation. C'est ainsi que l'action de l'Office se propage jusqu'aux régions les plus éloignées du pays par le canal des unités médico-sanitaires et Planning Familial structurées et organisées à cette fin. La planification familiale se fait donc dans toutes les unités médico-sanitaires exécutantes en collaboration étroite avec le Ministère de la Santé Publique surtout au niveau du personnel. Ces unités sont les suivantes :

A.3,2,2,1: Cliniques de P.F.

Le personnel d'une clinique de P.F. se compose :

- d'une sage femme qui est chargée des fonctions techniques médicales de P.F., elle est également responsable de la clinique.
- d'une éducatrice chargée de l'éducation, de l'information et de la motivation ainsi que de l'accueil des clients.
- des animatrices qui effectuent des visites à domicile pour la continuité et le renforcement de l'action de Planning Familial.
- d'un médecin qui passe dans la clinique 2 fois par semaine pour des cas qui nécessitent son intervention: ligature des trompes, avortement par curetage ou par aspiration etc...

A.3,2,2,2: Equipes mobiles

Les équipes mobiles se déplacent vers les centres sanitaires qui disposent du matériel sur place mais dépourvu du mater personnel du P.F. En cas de complication, l'équipe mobile transfère la consultante vers les cliniques plus équipées. L'équipe mobile se compose: d'une sage femme, d'une aide soignante et d'un chauffeur.

A.3,2,2,3: Cliniques mobiles

Les cliniques mobiles se déplacent vers les régions les plus éloignées ne disposant pas d'infrastructures sanitaires. Elles ont un déplacement bien défini et la population est toujours tenu au courant de leur passage par le canal des animatrices sociales.

La clinique mobile se compose-d'un médecin

- d'une sage femme
- d'une aide soignante
- et d'un chauffeur

La clinique est dotée d'un matériel indispensable aussi pour un examen gynéco-obstétrical complet que pour la contraception

A.3,2,2,4: Centre de Protection Maternelle et Infantile et de Planning Familial.

Certains Centres de PMI du pays, on y intègre le service de P.F.; celui-ci travaille en étroite collaboration avec le PMI. C'est ainsi que l'on peut parler de l'intégration du Programme de P.F. dans les centres de santé de base.

-Personnel

En plus du personnel habituellement affecté dans les services de Protection Maternelle et Infantile, les Centres de Protection maternelle et infantile et de Planning Familial disposent des spécialistes en matière de Planning Familial: une sage femme, une éducatrice, un médecin, une animatrice. Il est à noter que le médecin ne travaille pas à temps plein dans le centre PMI-P.F., il y passe seulement deux fois par semaine.

A.3,2,2,5: Services de P.F. dans les hôpitaux

Dans certaines régions, les services de Planning Familial sont intégrés dans les hôpitaux, au sein desquels le personnel de P.F. et celui de l'hôpital collaborent étroitement.

Cette intégration permet la complémentarité des services, ce qui est plus profitable pour les consultants qui viennent de loin.

En outre, elle permet au personnel de P.F. d'entrer en contact avec le plus grand nombre de mères qui viennent en consultations, celles qui viennent d'accoucher et d'autres qui sont hospitalisées pour d'autres maladies, et de les sensibiliser sur les problèmes démographiques et les dangers liés aux grossesses nombreuses et répétées pour elles-mêmes et pour leur famille.

Ensuite, le personnel du P.F. informe ces clients au sujet des moyens de régulation des naissances pour leur laisser le libre choix une fois qu'ils seront motivés.

Enfin, le Service de P.F. accueille, et consulte ses nouveaux et ses anciens clients.

A.4. Objectifs du Programme Triennal 1974 - 1976

A.4,1: Généralités

La situation démographique qui prévalait à la veille du démarrage du IVe Plan de Développement Economique et Social (1974-1976), était grave.

La population tunisienne était alors estimée à 5.442.000 habitants (1973) avec un taux de croissance naturelle de 2,6% par an et un taux de fécondité de 162 ‰. Quarante-cinq pour cent (45%) des tunisiens avaient moins de 15 ans.

Devant une telle situation qui représente un danger certain pour le développement du pays et l'équilibre de la société, le Gouvernement tunisien a fixé un objectif à long terme qui consiste à atteindre 9.783.000 habitants en l'an 2001 au lieu de 13.5 millions.

Une intervention rigoureuse était donc nécessaire pour maîtriser la croissance démographique.

A cet effet, l'Office a mis sur pied son programme triennal dans lequel il se fixait les objectifs suivants :

A.4,2 : Objectifs

A.4,2,1: Objectifs qualitatifs

A.4,2,1,1: Concept du planning familial

Le premier objectif et l'objectif majeur de la planification familiale demeure, la promotion de l'homme et l'amélioration de la condition humaine.

Le P.F. ne doit pas être confondu avec la limitation des naissances. Il s'agit plutôt d'une organisation d'une régulation des naissances. La procréation est une fonction naturelle et pour ce qui est de l'homme, elle doit être, comme tout ce qui est humain, contrôlée par la raison et non laissée au hasard. L'homme est un être raisonnable, conscient et intelligent. Il doit donc être maître de sa vie, de sa destinée...

Des hommes malheureux, mal nourris, manquant de soins et de moyens, anxieux et frustrés, sont inefficaces, improductifs, stériles, ce qui constitue un obstacle pour toute action de développement.

A.4,2,1,2: Programme d'éducation et d'information

Ce programme comportait trois volets :

- une action d'information
- une action d'éducation
- une action de formation

A.4,2,1,2: Le Développement des services

Outre l'action éducative, l'Office devait développer des services de planning familial suffisants, sûrs et soignés.

A.4,2,1,3: La Recherche et l'Evaluation

Parallèlement et afin de renforcer son action et d'améliorer la qualité de ses services, l'Office devait analyser et évaluer régulièrement ses activités dans le cadre d'un travail continu d'analyse et de recherches appliquées aux évolutions des attitudes à l'égard du P.F. (en instituant une Banque de données).

A.4,2,2 : Objectifs quantitatifs

A.4,2,2,1 : Objectifs à long terme

L'objectif ultime de l'office consiste à avoir un taux de reproduction de 1,2 % en 2001; ce qui assurera au pays une proportion de la population en âge de travailler de 63%, alors qu'elle était de 50% en 1966.

Il faudrait parvenir à faire décroître le taux de fécondité de 162 ‰ en 1971, à 137,8 ‰ en 1982, c'est-à-dire réaliser une diminution annuelle de 2,5 % naissances pour 1.000 femmes en âge de procréer.

Ainsi la population tunisienne évoluerait de la manière suivante :

- 5.838.400	- - - en 1976
- 6.593.700	- - - en 1981
- 9.783.000	- - - en 2001

(au lieu de 13.000.000, si la Tunisie n'avait pas de Programme de Planning Familial).

A.4,2,2, 2 : Objectifs à court terme

Les objectifs démographiques pour cette période étaient ainsi fixés :

- Eviter un surplus de naissances de :

) 22.500 naissances : 1974

) 26.250 naissances : 1975

) 34.300 naissances : 1976

Cet objectif devrait être atteint en réalisant les actes de P.F. suivants :

 49.000 actes en 1974

 70.900 actes en 1975

 90.350 actes en 1976

Et ce dans le but d'atteindre un taux de fécondité de 149 ‰ et un taux de natalité de 35,5 ‰ en 1976.

A.5. : Résultats obtenus

A.5,1: Les résultats obtenus sur le plan qualitatif.

Sur le plan qualitatif, sont les plus importants parce qu'ils correspondent à l'objectif primordial de toute la politique tunisienne de la population, c'est-à-dire la promotion de l'homme. Dans ce domaine le but visé a été atteint :

- Le Planning familial est aujourd'hui saisi dans son sens le plus noble, humain et humaniste.

C'est un droit fondamental de l'individu qui consacre la liberté de l'homme et lui assure des conditions de vie dignes. C'est également une voie vers le progrès, le bien-être, l'épanouissement de l'être et de toute la société.

- Les hésitations, les craintes, les réticences ont été dissipées. Les tabous, les préjugés ont été levés.

La planification familiale est aujourd'hui accueillie partout, dans les villes aussi bien que dans les campagnes, voire dans les villages les plus reculés du pays, avec enthousiasme, comme un soulagement, un réconfort, une libération de la souffrance inutile.

- L'évolution des mentalités est évidente. Hommes et Femmes, jeunes et moins jeunes de tous les milieux et tous les niveaux écoutent, comprennent et adhèrent à l'idée de la nécessité de déterminer soi-même la taille de sa famille selon ses possibilités et ses moyens.

- Le concept de responsabilité parentale pénètre sensiblement dans les esprits. La procréation est perçue aujourd'hui comme une responsabilité.

- Une conscience démographique se développe chez les jeunes, dans les milieux estudiantins.

L'éducation en matière de population dans les milieux scolaires ainsi que les contacts des services de l'office avec les étudiants et notamment les étudiants en médecine ont montré un degré de maturité appréciable chez les jeunes.

Plusieurs études et activités ont été menées par ces derniers pour apporter leur contribution à la promotion de la planification familiale.

A.5,2 : Sur le plan quantitatif

Les résultats sont aussi percutants. Bien que fort ambitieux, les objectifs démographiques fixés par l'office ont été atteints et souvent dépassés.

- . Les naissances évitées au cours de la période 1974-76 sont au nombre de 124.000, soit 17% de plus que prévu.

- . Le taux de protection par le P.F. des femmes mariées en âge de procréer (15 - 49 ans) est passé de 8,5% en 1973 à 17,5% en 1976.

Le taux d'accroissement naturel a accusé une baisse sensible. Il est passé de 2,98% en 1973 à 2,45 en 1976.

Le nombre des centres de P.F. est passé de 308 en 1973 à 420 en 1975 puis à 482 en 1976. (ce qui donne plus ou moins 80 mille habitants par centre de P.F.).

Quant au nombre des consultations, il a évolué comme suit :

273.156 en 1973, 351.322 en 1975 et 419.720 en 1976.

197.603 actes de Planning Familial ont été effectués au cours des années 1974, 1975 et 1976.

La structure de ces actes a été la suivante :

Dispositif intra-utérin :	57.221 (29%)
Pilules :	53.092 (27%)
Ligatures des trompes :	28.922 (14%)
Méthodes secondaires :	9.600 (5%)
(condoms, pommades, sypérmicides)	
Avortements sociaux :	48.768 (25%)

Une certaine redistribution géographique des actes de P.F. a été réalisée en faveur des gouvernorats du Centre et du Sud et ceci pour toutes les méthodes.

A.6.: Evaluation et recherche

Les activités de l'office sont évaluées et analysées régulièrement en vue d'une meilleure programmation.

Une banque de données a été créée pour permettre une meilleure évaluation des activités sur le terrain et la réalisation efficace des objectifs fixés.

La méthode d'approche dans ce domaine embrasse tous les moments du travail statistique, de la collecte des données jusqu'à l'analyse et la publication des résultats.

Dans chaque centre, un fichier contenant des indications précises sur le personnel, le matériel, l'infrastructure et le degré de motivation de ceux qui le fréquentent est établi et tenu à jour par un personnel formé au préalable.

La totalité des données en matière d'actes, de médicaments, d'éducation et de personnel est regroupée dans la Banque des données, fichier de première importance pour l'Office.

../..

Trois émissions hebdomadaires sur le P.F et les questions de la population sont diffusées sur les ondes de la chaîne nationale, la chaîne internationale et la chaîne régionale de Sfax.

L'accent y est mis sur les problèmes d'éducation ainsi que sur les techniques et les avantages des différentes méthodes contraceptives. Plusieurs techniciens et spécialistes ont participé à ces émissions animé les débats et répondu aux questions des auditeurs.

L'audio-visuel a été largement utilisé, montage sonore des diapositives retraçant différentes activités éducatives, production de courts métrages, affiches, panneaux publicitaires, photos, autant de moyens pour capter l'attention, éveiller les consciences et susciter l'intérêt. L'office a acquis également un grand nombre de films étrangers qui traitent des questions de population et des techniques contraceptives.

L'audio-visuel a permis de publier:

- des films sur la famille et la femme tunisiennes en langue arabe.
- des émissions sur la reproduction humaine (appareil génital).
- des émissions sur le P.F dans ces milieux organisés.

Pour le montage de certains films, les Services de l'informations font des tournées dans différentes régions pour enregistrer les questions et les réflexions de la population.

Ces Services s'arrangent de façon que les questions posées dans une région donnée soient répondues dans la mesure du possible, par une autre région vivant dans les mêmes conditions/démographiques et socio-économiques.

B 1.2 Evaluation des Techniques.

Lorsque les Services d'informations enregistrent beaucoup de remarques semblables sur une technique donnée, et ce, émanant des régions différentes, l'Office décide d'appliquer les méthodes qui lui paraissent les plus adaptées aux mentalités des régions concernées et d'adapter un programme satisfaisant le plus aux grandes préoccupations de la clientèle.

Cette évaluation se fait chaque fois que le besoin se fait sentir, mais en principe, la grande évaluation scientifique n'est pas encore faite.

B 2 Action éducative.

L'Action éducative consiste à:

- éclairer les individus sur la procréation et ses implications physiques, psychologiques, morales, économiques et sociales.
- éveiller les consciences, lever les tabous et les préjugés et développer la responsabilité parentale.
- appeler l'attention sur les droits et les besoins de l'enfant et sur les problèmes de l'enfant.

- créer une conscience démographique et susciter l'intérêt pour les questions population surtout parmi les jeunes.

B 2.1 Education au cours de la Triennie 1974-1976

L'éducation demeure le moyen le plus efficace pour atteindre l'individu au plus profond de lui-même et l'amener à penser et à bien penser, à se connaître, à définir ses problèmes et à essayer de leur trouver des solutions.

Etant donné les tabous et les préjugés qui ont toujours entouré de leur carcan tout ce qui touche la procréation, il a fallu au départ lutter contre ces préjugés en faisant appel à la raison et à la conscience humaine.

B 2.1.1 Education régionale.

- Une action éducative scientifique a été menée dans ce sens à travers tout le pays et dans tous les milieux.
- Des techniciens, des éducateurs spécialisés ont été délégués dans tous les Gouvernorats.

De nombreuses campagnes éducatives, des journées d'information, des Séminaires, des réunions de groupe ainsi que des Séances de travail ont été organisés, ils ont touché des responsables, les cadres sociaux, médicaux, éducatifs et les cadres des organisations nationales.

Ces manifestations, de durée variable comportaient des exposés et des débats sur les questions médicales, sociales, démographiques, présentés et animés par des spécialistes en vue d'éclairer les citoyens et de les familiariser avec les problèmes de santé, la vie familiale et divers problèmes sociaux liés directement ou indirectement au P.F.

Des visites à domicile ont été effectuées surtout dans les villages éloignés pour donner des conseils aux familles, connaître leurs problèmes et les aider.

Ces conseils dépassent le cadre de la contraception pour aborder des problèmes variés relatifs à l'éducation et au développement des enfants, à la nutrition, l'hygiène, la Santé d'une façon générale. La Planification familiale est alors conseillée comme une prévention, un remède contre les maux et les souffrances inutiles.

Par ailleurs et toujours dans un souci poussé d'éduquer et des sensibiliser l'homme tunisien partout où il se trouve, deux grands projets d'éducation ont été mis sur pied, dès l'année 1974, ils sont définis comme suit:

B 2.1.2 Education dans les milieux scolaires:

Il s'agit de dispenser aux jeunes dans les lycées des données intégrées dans les différentes disciplines enseignées, et ayant trait au problème démographique dans le monde et en Tunisie, et d'appeler leur attention sur son importance et sa gravité de façon à les amener à adopter un comportement responsable vis-à-vis de leur famille et au sein de la communauté.

Ce projet a démarré par des Séminaires de sensibilisation et d'information à l'intention des cadres supérieurs de l'enseignement. Des dossiers techniques ont été par la suite élaborés par l'Office, et remis aux enseignants chargés d'appliquer ce projet dans 12 lycées pilotes.

Aujourd'hui, ce projet se développe avec beaucoup de succès dans plusieurs lycées de la République.

Il a été confié, après sa mise sur pied définitive, au Ministère de l'Education Nationale qui veille à sa réalisation et à son extension.

B 2.1.3 Education dans les secteurs organisés.

Ce sont les ouvriers agricoles, les employés des entreprises et les ouvriers des mines qui sont concernés par ce projet.

Les secteurs organisés sont très importants en Tunisie. Le nombre des entreprises est estimé à 1500 unités et on compte 230.000 ouvriers. La vocation agricole du pays fait que le nombre des agriculteurs et des ouvriers des champs demeure important.

Ces populations sont les plus vulnérables étant donné leur situation et les conditions de vie modeste dans lesquelles elles se trouvent.

Un projet d'éducation à leur intention a été mis sur pied par l'Office avec la collaboration de leurs représentants syndicaux ainsi que plusieurs départements Ministeriels et le Parti Socialiste Destourien. La FAO et le BIT ont contribué à l'élaboration de ce projet en tant qu'agences conseillères.

Ce projet consiste à contacter les employés et les ouvriers sur les lieux même de leur travail, à les informer, les sensibiliser aux questions de population et au planning familial,

et à leur fournir des Services au sein de leurs entreprises.

Plusieurs séminaires nationaux ont été organisés à l'intention des cadres syndicaux et des responsables du secteur agricole.

Des réunions ont été tenues avec les Chefs et les cadres des entreprises pour lancer le projet.

Des campagnes éducatives et d'information se sont déroulées au sein de ces entreprises à l'intention des employés et des ouvriers, elles comportaient des exposés, des débats, des projections des diapositives et de films, 7000 ouvriers ont été touchés par cette action.

Le projet poursuit actuellement dans les 16 entreprises les plus importantes du pays qui emploient près de 33000 ouvriers.

Pour ce qui concerne les ouvriers agricoles ils ont été contactés soit directement soit par l'intermédiaire des vulgarisateurs et des instructeurs agricoles préalablement formés à cet effet. Près de 700 Vulgarisateurs ont été touchés.

B 2.2 Evaluation du programme d'éducatons.

L'Office remanie régulièrement son programme de Planning familial en se basant sur:

1) Les comptes rendus périodiques des Délégués régionaux (Educateurs Régionaux).

2) Les réflexions des délégués régionaux qui se réunissent régulièrement afin de mettre en commun les résultats de leurs activités.

3) Les réflexions recueillies lors des journées d'informations, des Séminaires, des réunions de groupes, des séances de travail...

B 3 Action de formation.

Cette action vise à former, spécialiser et recycler le personnel médical, para-médical et socio-éducatif chargé de veiller sur l'action et les Services de Planning familial.

L'action du Planning familial ne peut réussir et évaluer que si elle est menée et suivie par du personnel compétent, spécialisé et lui-même motivé.

Une formation du personnel médical paramédical et socio-éducatif est donc nécessaire.

Des programmes de formation divers ont été élaborés par les Services spécialisés de l'Office pour motiver, former et recycler le personnel oeuvrant sur le terrain. Des cours, des Séminaires, des journées et des voyages d'études ainsi que des stages à l'étranger ont été organisés à l'intention de plusieurs médecins, sages femmes, aides soignantes, infirmiers et infirmières, assistantes et animatrices sociales, cadres sociaux des organisations nationales.

Les séances de formations comportent des cours théoriques et des stages pratiques sur le terrain.

Les cours théoriques sont destinés à informer, instruire, motiver et éduquer afin d'améliorer le niveau des connaissances des intéressés ainsi que le **contact entre** eux et leurs interlocuteurs, la dimension psychologique d'un service étant toujours la plus importante.

Quant aux cours pratiques ils ont pour objectif de spécialiser les techniciens dans leurs domaines respectifs afin que le service de Planning Familial soit toujours fourni avec compétence et dans les meilleures conditions possibles.

En outre la formation destinée au personnel oeuvrant au sein, des Services du P.F, l'Office dispense également une formation au personnel étranger à ses Services qui désire acquérir des connaissances plus larges du nouvelles en matière de P.F.

C. Entretien avec le Chef de Service de la division
médicale "Dr. CHADI "

La division médicale est confiée à un médecin gynécologue;
le Docteur Chadi Ridha.

Au cours de notre entrevue il a attiré notre attention sur
les points suivants :

- la mission de la division médicale dans le Programme de P.F.
- les avantages du Planning Familial en Tunisie.
- la classification et la description des diverses méthodes
de contraception
- le développement des services de Planning Familial
(période 74 - 76).

MISSION DE LA DIVISION MEDICALE DANS LE PROGRAMME DE P.F.

La division médicale de l'office a pour missions principales
de :

- a)) Promouvoir la qualité des services de P.F. dans les centres
médico-sanitaires du pays.
- b) Veiller à ce que ces centres soient suffisants, sûrs et
soignés
- c) Coordonner les activités des médecins régionaux et des sages
femmes de supervision.
- d) Promouvoir la contraception en effectuant des recherches
scientifiques sur les méthodes contraceptives utilisées et en
s'informant constamment sur les progrès réalisés à travers le
monde en matière de contraception.
- e) Assurer le processus d'intégration des services de P.F. dans
les services de santé de Base.
- c) Les avantages du P.F. en Tunisie

L'ère où l'on engendrait des enfants pour soi-même est révolue,
nous sommes tous redevables à la collectivité nationale voire
même planétaire, d'enfants valides et sains.

Les avantages du P.F. peuvent être regroupés en deux grandes
catégories :

- Avantages sociaux à long terme
- Avantages sanitaires immédiats

.../...

Avantages sociaux à long terme

1) L'investissement privé et public consécutifs à une épargne encouragée chez les ménages, sont de nature à relancer de façon dynamique et continue les efforts de construction nationale.

2) La multiplication de toute sortes d'infrastructures routières, hospitalières, éducatives, sportives etc... devient facilement et normalement assurée.

3) L'auto-suffisance alimentaire et la disparition de la pénurie agiront sur la situation du marché et mettront à terme à la hausse des prix.

4) La vie quotidienne est facilitée grâce à la multiplication et la disponibilité des commodités essentielles: transport, logement, loisirs, santé, services de tous genres d'où la concrétisation de la notion de qualité de la vie.

5) L'équilibre budgétaire du foyer encourage le pouvoir d'achat et stimule par voie de conséquence la production.

6) La disponibilité des parents en vue de l'éducation réelle de leurs enfants serait inconcevable sans une limitation de la dimension familiale.

7) Le développement harmonieux de l'enfant dans des conditions propices à son épanouissement c'est-à-dire affectives, matérielles et sanitaires permet au fur et à mesure que la méthode planificatrice est appliquée, la gestation d'une génération saine, valide, éduquée, et bien préparée à construire la nation.

8) La planification familiale liquide à long et moyen terme la saturation du marché de l'emploi et résorbe le chômage.

9) Elle prévient l'étouffement des moyens de transport, des centres de loisirs et l'entassement des réseaux urbains.

10) Le Planning familial permet la poursuite d'une politique de scolarisation dans la sérénité, sans la hantise des sélections et en fonction de débouchés préalablement fixés.

II) La portée préventive de la planification familial peut enfin largement contribuer à réduire la délinquance juvénile.

3. CONCLUSION

La planification familiale est nécessaire pour permettre à la famille, noyau de base de la société de :

- 1) décider du nombre des enfants qu'elle désire et peut avoir
- 2) de choisir la durée des intervalles entre les naissances de façon à améliorer l'état de santé de la mère ainsi que le bien-être des enfants, futurs piliers de la société. L'enfant est le père de l'homme, disait BERGSON.
- 3) Avoir des enfants à l'âge auquel la grossesse comporte le moins de risques pour la mère et la meilleure chance d'aboutissement.
- 4) éviter les naissances non désirées
- 5) prévoir l'avortement et en particulier les avortements clandestins.
- 6) éviter aux couples qui souffrent de handicaps ou de maladies héréditaires de les transmettre à leurs enfants
- 7) Enfin, de participer à la postérité de façon convenable et honnête car on insistera jamais assez sur l'engagement d'ordre moral, vis-à-vis de la société et l'espère humaine, que constitue la mise au monde d'un enfant.

C 3. Le développement des services de planning familial (1974-76)

Le souci majeur de l'office, étant donné les principes directeurs de son action, demeure la mise à la portée de tous les citoyens de quelque région qu'ils soient des services de Planning Familial soignés, sûrs et de la meilleure qualité possible. Ces services que ce soit des examens, ou des services de contraception chirurgicaux ou de contrôle, sont supervisés par les services spécialisés de l'office.

En ce qui concerne l'infrastructure d'accueil, la période 1974- 1976 a été caractérisée par le renforcement des formations hospitalières et des centres de Planning Familial.

Pour ce qui est des méthodes de régulation des naissances, l'accent est mis sur la prévention c'est-à-dire la contraception proprement dite.

Depuis janvier 1976, la priorité est donnée à la contraception orale.

Après étude et examen de la situation par des commissions spécialisées et en accord avec le Ministère de la Santé Publique, la pilure est distribuée gratuitement aux pharmaciens (et fournie par l'office par le biais de la Pharmacie Centrale de Tunisie) qui la mettent en vente au prix modique de 50 millimes (100 F.Rw) la plaquette.

Trois types de pilules minidosés c'est-à-dire les oestrogéniques, les équilibrées, les progestatives sont les seules autorisés en Tunisie.

C'est ainsi que 249.000 cycles de pilules ont été livrés à la Pharmacie Centrale au cours de l'année 1976 et 311.000 cycles aux centres de Planning et aux services sanitaires.

Cette opération visait la démocratisation de la contraception afin de réduire le recours aux avortements.

Les condoms sont distribués gratuitement partout dans les centres de Planning Familial et les services sanitaires. Ils sont également fournis gratuitement aux pharmacies qui les vendent à des prix modiques.

La contraception intra-utérine a bénéficié de la même attention. Un nouveau D.I.U. le "T" de cuivre a été mis en circulation. 4.570 unités ont été distribuées aux centres de Planning Familial et à certains médecins privés au cours de l'années 1976.

L'avortement est facilité et rendu plus bénin et plus sûr par l'introduction de la régulation menstruelle ou aspiration par le seringue de Karman. En 1976, 1200 seringues ont été fournies aux différents centres de Planning Familial afin de généraliser cette méthode dont les avantages sont évidents.

La ligature des Trompes par Coelioscopie se pratique aujourd'hui dans plusieurs régions du Pays. Il s'agit d'une opération bénigne qui ne nécessite ni anesthésie ni hospitalisation et qui s'effectue en 3 minutes.

Des médecins ont été formés spécialement pour effectuer cette opération et des coelioscopes ont été acquis et mis à leur disposition cette opération connaît aujourd'hui un succès considérable.

Une expérience de Planning Familial à domicile a été menée dans certains gouvernorats. Elle consiste à distribuer la pilule dans les foyers par l'intermédiaire d'animatrices préalablement formées et sous la supervision d'un gynécologue.

Ce porte à porte a donné d'excellents résultats qui montrent le degré de maturité et de réceptivité des femmes rurales.

Quant au personnel, il bénéficie d'une attention particulière. Différents avantages (primes) lui sont octroyés pour l'encourager et améliorer les conditions dans lesquelles il travaille, sans compter la formation qui lui est prodiguée.

150 sages-femmes ont été affectées dans les différentes régions au cours de la Triennie et 35 médecins conventionnés à divers titres en vue de participer à la réalisation du programme.

C.4 - METHODES UTILISEES DANS LA CONTRACEPTION

C.4,1 : Classification et description générale

(voir Chap.IV)

C.4,2 : Classification des méthodes contraceptives utilisées en Tunisie dans le cadre du Programme National du Planning Familial

Méthodes	Nom commercial du produit	Caractéristiques	L i e u x	Contrôle	Observations
Allaitement maternel	-	Prolongation de l'allaitement maternel	-	-	-
Méthodes OGINO	-	Calcul de la période féconde de la femme	-	-	-
Spermicides par Action locale au niveau vaginal	E M K O K O R O M E X NEOSAMPON	Bombe aérosol Gelée en tube Comprimés effervescents	Tous centres Tous centres Centre Barthou en expérimentation	- -	En association avec le Diaphragme
Barrières mécaniques	Diaphragme Condom	Diverses tailles	Tous centres sur indications médicales Tous centres + infirmiers hygiénistes	-	-
Pilules	AMOVLAR LYNDIOL NEOGYMON NORINYL NORLESTRIN MORQUENTIEL OVOSTYL OVULINE 50 jours	Fortement dosée Nouvelle pilule faiblement dosée Méthodes séquentielle	Tous centres Tous centres de PF Tous centres Expérimentation à Barthou	- - - -	En voie d'abandon
Sterilets	Boucles de LIPPES (A.B.C.D) DAKON SHIELD T.CU 200 GRAVITGRIDE	Nouveau stérilets au cuivre	Tous centres de PF Tous centres de PF En expérimentation	1 mois après l'insertion puis 2 fois par an. "	Sortit bientôt abandonné p.c.q. disparu du commerce

Méthodes

-Ligature des
Stérilisation trompes (femmes)

Caractéristiques

Cette stérilisation se fait par intervention chirurgicale en sectionnement des trompes de FALLOPPE qui conduisent l'ovule de l'ovaire à l'utérus. Cette opération se fait de plus en plus par la Coelioscopie.

Lieux

Dans les cliniques de P.F. et dans les services de P.F. Dans les Hôpitaux

Contrôle

Observations

Cette méthode est efficace à 100% mais elle est irréversible et par conséquent, ne doit être employé que lorsque le couple ne désire plus d'enfants.

-Vasectomie
(Hommes)

Cette stérilisation nécessite une intervention chirurgicale qui consiste à sectionner le canal déférent (tube qui conduit les spermatozoïdes des testicules au pénis.

N.B. L'avortement n'est pas considéré comme une méthode contraceptive, elle est seulement utilisée en cas d'une grossesse non désirée suite à un échec d'une méthode de contraception.

D. Entretien avec le chef de Service des statistiques dans la Division de la Population.

Afin de renforcer son action et d'améliorer la qualité de ses services, l'office doit analyser et évaluer régulièrement ses activités dans le cadre d'un travail continu d'analyses et de recherches appliquées aux évolutions des attitudes à l'égard du Planning Familial en instituant une Banque de données.

Ce travail continu d'analyses et de recherche est effectuée par la division population.

Cette division comprend deux bureaux:

- un bureau d'études et recherches
- un bureau s'occupant des données statistiques et d'évaluation.

D.1. Bureau "Etudes et Recherches".

- La Tunisie participe actuellement à l'Enquête mondiale sur la fécondité (Il s'agit de chercher les facteurs qui ont une influence sur la fécondité).
- En 1973
 - . Une enquête sur la planification familiale a été effectuée, et on voulait se faire une idée juste sur la continuation des méthodes de contraception et sur la rentabilité des équipes mobiles.

D.2. Bureau "des données statistiques et d'évaluation"

- Il existe plus de 500 centres tenus par des équipes permanentes de P.F. ou tout au moins visités régulièrement par des équipes mobiles.
- Dans ces centres on trouve divers documents tels que :
 - . Registres (comportant nature de la visite, méthode choisie)
 - . Fiches statistiques (nombre de femmes, âge, parité)
 - . Fiches individuelles (dossier de la femme)permettant de faire la collecte des données statistiques.
- Les données statistiques ainsi collectées aideront non seulement à faire une évaluation à court terme du Programme de P.F. mais aussi à formuler des projets d'avenir.

../..

E. Division administrative et financière

Il existe une division financière au sein de l'Office national du Planning familial et de la population.

Cette division est supervisée administrativement par le Président Directeur général de l'office. Sa mission est de suivre toutes les opérations financières de l'Office :

E.1. Budget

Le budget de fonctionnement de l'office national du planning familial et de la population groupe les prévisions annuelles de recettes et des dépenses se rattachant à la mission de l'office. Ce budget et rectificatifs sont soumis à l'approbation de l'autorité de tutelle (Ministère de la Santé Publique). Le budget de fonctionnement de l'office national du planning familial et de la population comprend:

E.1.1. En Recettes

- Les produits des dons et legs
- Les produits de la cession des biens mobiliers ou immobiliers, faisant partie du patrimoine de l'Office
- Les montants des aides consenties à l'office par des organismes nationaux ou étrangers
- La subvention d'équilibre versée par l'Etat.

E.1.2. En Dépenses

- Les dépenses de fonctionnement des services de l'office
- Les dépenses effectuées dans le cadre de la mission dévolue à l'Office.

N.B.: L'Office national du Planning Familial et de la Population peut emprunter avec l'autorisation de l'autorité de tutelle. Les emprunts de l'Office peuvent être garantis par l'Etat.

E.2. Contrôle financier

- Il est placé auprès de l'Office national du Planning Familial et de la population un contrôleur financier désigné par Arrêté du Ministre des Finances.
- Le contrôleur financier a droit de demander qu'il soit sursis à l'exécution de toute mesure qui paraîtrait porter atteinte aux intérêts et aux droits de l'Etat, jusqu'à ce que l'autorité de tutelle puisse apprécier en dernier ressort.
- Le contrôleur financier reçoit chaque année communication d'un bilan annuel qu'il examine et fait un rapport d'ensemble sur les résultats financiers de l'exercice correspondant.

F. BIBLIOTHEQUE

F.1. Pourquoi une bibliothèque :

La bibliothèque est très importante en ce sens qu'elle permet des recherches dans le domaine de P.F. et démographique, et qu'elle à la disposition du personnel pour une meilleure information.

F.2. Composition

La Bibliothèque est composée de livres, des revues, des brochures, des journaux, et de diverses publications de l'Office (Bulletins, Notes de lecture).

Ces écrits traitent de plusieurs disciplines telles que: la médecine, la gynéco-obtétrique, la pédiatrie, l'économie, la sociologie et le Planning Familial.

F.3. Fonction

Le personnel de la Bibliothèque utilise le système de fichier, toutes les publications sont mises sur fiche.

Chaque document est dépouillé afin de livrer toutes les informations au personnel de l'office (médecins, sociologues, démographes, sages femmes et animatrices).

Les bibliothécaires doivent constamment informer le P.D.G. en découpant les articles concernant les réactions de la population du vis-à-vis du programme de Planning Familial.

I.2. Visites des services de Planning Familial en Tunisie

A. Clinique de Protection Maternelle et Infantile, de Planning Familial de BEJA.

La clinique de Beja est un Centre de P.M.I./P.F.

C'est aussi le Centre où la Technique de coelioscopie est la plus exploitée.

Cette technique coelioscopique utilise un appareil du genre des LAPARASCOPIES (engin utilisé pour l'examen interne des organes situés dans la paroi abdominale : foie, utérus, rate), à la différence qu'il dispose des accessoires qui permettent de ligaturer les trompes sans incision classique de la paroi abdominale.

Organisation des consultations

- Il existe un service d'accueil bien organisé. Les consultantes se présentent à ce service pour le planning familial chaque fois qu'elles en sentent le besoin ;
- Chaque consultante a une fiche individuelle contenant des renseignements d'ordre médical et social.
- Avant l'application de n'importe quelle méthode de contraception (choisie) toute femme est soumise à un examen général et gynécologique ;
- Les sages-femmes peuvent administrer ces méthodes de contraception orale, mécanique et intra-utérine. Elles peuvent également faire des aspirations ;
- Le médecin vient 2 jours par semaine pour la coelioscopie.

Le Centre de Beja présente deux aspects intéressants pour le programme de planning familial.

- C'est l'exemple de l'intégration du programme du planning familial dans les centres de médecine de base.

Si la planification familiale met l'accent sur la santé de la mère et de l'enfant, il est normal qu'elle vienne compléter les services de P.M.I. ;

- Ce centre joue un rôle important dans l'utilisation et la propagation de la coelioscopie.

C'est grâce à cette technique que la ligature des trompes est devenu un acte simple et anodin.

Méthodes utilisées dans ce centre

- Contraceptifs oraux ;
- D.I.U. (Device Intra-Utérin)
- Aspiration avant trois mois ;
- Coelioscopie.

B. Centre de Planning Familial de NABEUL

Ce centre effectue les mêmes activités que le centre P.M.I./P.F. de Beja, à part que Nabeul est l'exemple typique de l'intégration de service de planning familial dans un hôpital.

C. Centre de Protection Maternelle et Infantile et de Planning Familial de BELLEVUE

Bellevue a été le premier centre pilote de Planning Familial. Deux types d'activités se déroulent dans ce centre :

- Activités de Planning Familial et de Protection Maternelle et Infantile ;
- La formation des experts, médecins, paramédicaux en planning familial.

D. Le Service de Planning Familial de l'hôpital de JANDOUBA

- Jandouba est un centre de Planning Familial uniquement ;
- Ce centre présente une particularité en Tunisie quant aux méthodes habituelles de distribution des contraceptifs. Il s'agit du Projet de distribution de pilules à domicile.
- La population de Jandouba est à majorité rurale. Aussi la distribution de la pilule à domicile a été instaurée dans le but de toucher la population rurale se trouvant dans l'impossibilité d'atteindre le centre pour des raisons de distance ou de travail dans les champs.

- Dans cette distribution on procède comme suit :

- une équipe de cinq animatrices fait des visites à domicile, distribue les pilules aux femmes motivées tant en essayant d'éduquer celles qui ne le sont pas.
- Ensuite un deuxième passage est prévu pour donner la pillule aux femmes déjà motivées.
- Au troisième passage : le médecin vient au village pour les consultations et le placement des dispositifs intra-utérins.

En plus de cette nouvelle méthode de travail, les services de planning familial emploient les méthodes habituelles de sensibilisation tels que :

- Visite à domicile (régions proches) ;
- Education du post-partum et du post-abortum ;
- Visite à l'hôpital ;
- Séminaire et journée d'information organisés aussi bien pour le personnel que pour la population.

Entretien avec l'administrateur de Jandouba

Au cours de cet entretien, a formulé l'administrateur de Jandouba des recommandations pour un bon début de Planning Familial.

- Il a souligné que pour mieux réussir la planification familiale, il faut un soutien politique et une législation bien définie en matière de contraception ;
- Il faut commencer par une bonne éducation.

Celle-ci consiste à dispenser une formation en matière de planning familial, d'abord aux gens motivés qui auront pour tâches de motiver et de sensibiliser les autres. Ensuite, il faudra éduquer et motiver les leaders de la communauté.

- En ce qui concerne l'éducation sur le terrain, il est conseillé d'avoir un programme qui tient compte des différentes couches de la société ;
- Il est nécessaire d'adapter la forme du message aux caractéristiques du milieu auquel on a affaire.

./..

E. L'Institut d'ARIANA

L'Institut d'ARIANA récemment inauguré aura deux tâches principales: faire des recherches scientifiques sur les méthodes de contraceptions (mode d'action, avantages désavantages, complications etc...).

Il servira également de centre d'entraînement pour les médecins Tunisiens et africains en matière de coelioscopie.

Ce centre qui est le premier en Afrique va jouer un rôle prépondérant dans la promotion de la contraception en Tunisie voire en Afrique.

Cette formation se fera en deux temps. Au (premières sessions) début l'institut va former les médecins Tunisiens uniquement.

- Après ce sera le tour des médecins des autres pays candidats

I.3: Conclusion

Partant du principe que le Planning familial est un droit fondamental de l'Individu, les responsables ont tenu à donner à la planification familiale un caractère humaniste et à en faire une entreprise au Service de l'homme. Informer le citoyen, l'éduquer, protéger et améliorer sa Santé, l'aider à comprendre et à résoudre ses problèmes familiaux et psychologiques et partant, l'amener à maîtriser sa vie et à assumer ses responsabilités, tels sont les objectifs primordiaux du programme Tunisien de Planning Familial. Si actuellement, on peut dire que la Tunisie a atteint les objectifs qu'elle s'était fixés dans ce domaine, cela tient à plusieurs facteurs dont nous devons citer les principaux:

- Soutien politique: Le Président, Les Ministres, tous les dirigeants parlent du P.F à la radio, dans les meetings etc...
- L'existence d'une législation visant
 - la libéralisation du P.F
 - la protection de la femme et de l'enfant.
- L'adoption d'un programme national unique en matière de P.F.
- Création de l'Office national de P.F en 1973, qui est une institution publique jouissant d'une autonomie financière et administrative.
- La motivation est la voie essentielle de leur action de P.F. Aussi ils utilisent tous les moyens disponibles mais adaptés pour sensibiliser la population.
- Soutien financier du programme (la contribution du Gouvernement au budget de l'office s'élève à 70 %)
- La collaboration intense et à tous les niveaux entre les autorités politiques et les fonctionnaires de l'office.
- Une bonne coordination des activités aussi bien au niveau central qu'au niveau régional.
- Un personnel motivé, suffisant et conscient.
- L'existence d'une bureaucratie dynamique.

Chapitre II : ILE MAURICE

L'Ile Maurice a été le deuxième pays visité par le groupe. Ce pays a officiellement commencé le programme de Planning Familial en 1965.

Historique

La population de l'Ile Maurice vient de différents continents (Asie, Afrique, Europe).

Avant l'arrivée des européens (Anglais, Français) l'Ile était inhabitée.

Les Anglais, ensuite les Français, ont fait venir les Indiens de l'Inde et les noirs d'Afrique pour venir travailler dans les plantations de canne à sucre.

En 1946, les immigrations durent être stoppées, parce que la population mauricienne augmentait très rapidement.

A ce moment-là, elle était de 419.185 habitants sur une superficie de 1865 km²

Juste après la seconde guerre mondiale, le paludisme qui fut combattu avec vigueur grâce aux services médicaux et d'hygiène introduit dans le pays. La population s'est accrue de façon qu'en 1965, elle était aux environs de 650.000.

Ainsi, de 1945 à 1965, la population mauricienne avait presque doublé alors qu'avant la 2ème guerre elle avait mis presque 100 ans pour atteindre 419.185 habitants.

En 1953, deux socio-démographes furent ensemble une enquête et démontrèrent l'urgence d'une politique de planning familial pour le pays au risque de se trouver asphyxié à cause de cette démographie galopante.

L'idée de pratiquer la planification familiale à cette époque ne fut pas bien accueillie du côté de l'Eglise catholique et même du côté des croyances, et, ce n'est qu'en 1957 que Monsieur NAIK, actuel Président du "MAURITIUS FAMILY PLANNING ASSOCIATION" a été financé par l'I.P.P.F. pour les 2/3 de son budget.

En 1963, l'Eglise catholique s'intéresse au planning familial dans le but de concurrencer les volontaires.

Elle crée l'"ACTION CATHOLIQUE POUR LE PLANNING FAMILIAL" en vue d'enseigner la méthode thermique comme meilleur moyen de régulariser les naissances, les autres méthodes n'étant pas acceptées par le Pape.

Les deux associations ont perçu dès leur début les subsides de l'Etat, ces derniers furent intensifiées en 1965 grâce à l'impact que le Planning Familial venait d'avoir sur la population mauricienne.

Avant 1972, les services de MAURITUS FAMILY PLANNING ASSOCIATION oeuvrant dans 64 cliniques sous la pression de la Banque Mondiale qui obligea le Gouvernement de soutenir ouvertement le planning familial au risque de se voir privé de toute aide concernant les autres projets, en 1972, le Gouvernement s'est vu dans l'obligation d'agir en faveur du planning. De ce fait, il créa une direction au sein du Ministère de la Santé et 62 des cliniques du Mauritius Family Planning Association lui furent retirées, il ne lui restait plus que 2 cliniques.

Organisation générale des services de Planning Familial à l'Ile Maurice.

I. Action des volontaires

I.1. Mauritius Family Planning Association

Comme il a été souligné dans l'historique, le Mauritius Family Planning Association n'oeuvre que dans 2 cliniques depuis 1972. Dans ces cliniques, on y fait du Planning Familial, on y enseigne toutes les méthodes de Planning Familial tout en prenant soin de faire bien remarquer les avantages et les désavantages de chaque méthode, ainsi, les clients une fois informés, peuvent choisir librement les méthodes qui leur conviennent et peuvent changer de méthode chaque fois qu'il le jugent nécessaire, évidemment ceci en accord avec le médecin.

En plus des activités de Planning Familial, cette Association fait aussi des recherches scientifiques et des expériences en matière de planning familial.

A. Objectifs de "MAURITUS FAMILY PLANNING ASSOCIATION"

1. Motiver la population par une éducation permanente et continue;
2. Intégration du Planning Familial dans les services de Protection Maternelle et Infantile;
3. Grâce au Planning Familial, tous les mauriciens pourront avoir une nourriture saine, une bonne santé et une bonne éducation.

B. Moyens d'approche utilisés par les équipes d'animateurs du Mauritius Family Planning Association

B.1 Entretiens individuels

Dans les hôpitaux et les cliniques de planning familial, dans les centres de protection maternelle et infantile, les entretiens lors des consultations pré-natales et postnatales sont faites par les animatrices sociales. Ces entretiens visent la sensibilisation et la motivation des mères et futures en matière de planning familial.

B.2. Méthodes audio-visuelles

Les méthodes audio-visuelles permettent de diffuser les informations en matière de planning familial par des films, des diapositives, des affiches, des reportages, etc.,.

B.3. Visites à domicile

Chaque service de planning familial a dans ses documentations les fiches de différentes méthodes et chaque fois qu'une acceptatrice du planning familial change de méthodes, on lui fait une nouvelle fiche où doit figurer la durée de l'utilisation de cette méthode.

Lorsque une cliente manque pour des raisons inavouées au rendez-vous fixé lors du dernier entretien pour renouveler sa demande l'animatrice sociale doit lui faire une visite pour savoir les motifs de cette absence. La plupart des cas, les clientes manquent au rendez-vous parce qu'elles n'ont plus confiance en la méthode ou parce qu'elles ne s'intéressent plus au planning familial. Le rôle de l'animatrice sociale est de les informer et de les éduquer à nouveau en matière de planning familial en vue de leur permettre de choisir une nouvelle méthode lorsqu'elles se sentiront motivées.

A côté des visites à domicile, l'animatrice sociale s'entretient avec des groupes de femmes et des hommes qui se réunissent dans un endroit choisi au préalable. Ces rencontres consistent à informer et à éduquer les couples en matière de planning familial.

B.4. Visites dans les milieux organisés (usines, plantations)

Considérant que les personnes travaillant dans ces milieux vivent dans des conditions défavorables qui ne leur permettent pas de s'informer et de se former en matière de planning familial, les animatrices sociales se rendent dans leur endroit de travail pour leur diffuser les informations en matière de planning familial par des films, des diapositives, des affiches et des entretiens.

C. Méthodes de contraception à l'Ile Maurice

C.1. Méthodes de contraception utilisées par les services gouvernementaux et le Mauritius Family Planning Association

- Pílule
- Dépo-provera
- Crème spermicide

- Condom
- Stérilisation pour les femmes de plus de 35 ans, en accord avec les 2 conjoints, et dans le cas où le médecin le juge nécessaire
- Méthode thermique.

C.2. Méthode utilisée par l'Action catholique

- Méthode thermique

I.2. Action des catholiques

L'action catholique oeuvre dans des centres de permanences où le personnel catholique informe et éduque les couples qui acceptent d'utiliser la méthode de continence périodique basée sur la température. Lors des rencontres au centres de permanence, un médecin y également présent pour qu'il puisse s'entretenir avec sa clientèle.

Le personnel chargé de l'éducation fait des visites à domicile afin de motiver les clientes qui ne sont pas encore sensibilisées à la méthode et de se rendre compte si la méthode est bien suivie chez les acceptatrices.

II. Les services de Planning Familial gouvernementaux au sein du Ministère de la Santé Publique (action gouvernementale)

Les services de Planning Familial gouvernementaux sont représentés par une direction au sein du Ministère de la Santé Publique.

Les 62 cliniques gouvernementaux font ces mêmes activités que le Mauritius Family Planning Association avec la différence qu'elles ne font ni des recherches scientifiques ni des expériences en matière de planning familial.

III. Coordination des activités de Planning Familial à l'Ile Maurice

Depuis 1972, un comité national du Planning Family a été créé pour étudier l'effet du planning familial sur la population et coordonner les activités du MAURITUS FAMILY PLANNING ASSOCIATION, de l'ACTION CATHOLIQUE et des Services de Planning Familial du Ministère de la Santé Publique.

IV. Législation en faveur du Planning Familial

La législation en faveur du Planning Familial n'est pas explicite à part qu'il y a un long panel des avocats qui sont chargés de défendre le côté légal du Planning Familial.

Remarques sur l'avortement à l'Ile Maurice

Dans quels cas peut-on pratiquer l'avortement ?

Après une réunion du jury désigné par le comité national du planning familial et après approbation, l'avortement peut-être pratiqué exclusivement dans les cas suivants :

1. Si la jeune fille a moins de 18 ans ;
2. Si la santé de la mère l'exige ;
3. S'il y a malformation du foetus ;
4. En cas d'inceste.

Hors ces cas cités, l'avortement est puni par la loi.

N.B. En cas de naissances non désirées, il existe des crèches qui peuvent garder l'enfant jusqu'à 6 mois, si les parents ne veulent pas reprendre leur enfant après cette période, cet enfant peut être donné pour adoption.

V. Conclusion

Les services de planning familial à l'Ile Maurice datent d'une vingtaine d'années. Beaucoup de progrès ont été réalisés au niveau démographique et au niveau de la santé de la mère, de l'enfant et de toute la famille.

Depuis que le Gouvernement a pris les 62 cliniques de Mauritius Family Planning Association, on assiste à un progrès lent voire stagnant. La raison en est que le personnel du Gouvernement n'est pas toujours motivé et formé en matière de planning familial.

D'ailleurs, paraît-il que les clients regrettent beaucoup l'emprise du gouvernement sur les 62 cliniques, car, actuellement, l'accueil et beaucoup d'autres services n'y sont pas bien organisés comme il l'était du temps du Maritus Family Planning Association.

Si actuellement, les services de Planning Familial semblent connaître quelques difficultés, ceci est dû en grande partie à la lutte idéologique des différentes associations et à la diversité des mentalités socio-religieuses rigides liées aux races. Ces derniers facteurs freinent l'action d'éducation et de sensibilisation de la masse.

Pour résoudre ce problème, il devrait y avoir un engagement clair et décidé de la part du gouvernement, ce qui permettrait une meilleure coordination de toutes ces activités en matière de Planning familial.

Chapitre III. LE KENYA

Introduction

Après l'Ile Maurice, le Kenya devait être la troisième et la dernière étape de notre voyage. Ayant décollé de Mauritius à 18 h 45' (heure locale) nous sommes arrivés à Naïrobi au milieu de la nuit. Nous fûmes accueillis en bonne et due forme par le Dr. Marasha-Marasha représentant du Pathfinderfund pour l'Afrique Sub-saharienne en compagnie d'autres fonctionnaires de l'Association Nationale de Planning Familial du Kenya.

Après avoir pris connaissance du programme de nos activités pour cette dernière étape du voyage, nous fûmes conduits à notre hôtel. C'est ainsi que le programme devait commencer le lendemain et se poursuivre jusqu'à la fin de notre séjour au Kenya.

I. Programme d'activités

Le programme consistait en fait aux rencontres avec différents responsables des programmes de planning familial au Kenya, tant gouvernementaux que privés.

Ensuite nous avons visité plusieurs hôpitaux dans lesquels les services de planning familial sont intégrés et centres de planning familial en dehors de Naïrobi.

II. La politique de planning familial au Kenya

La politique de planification familiale est une préoccupation nationale.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, nous attirons l'attention sur le fait que le programme de planification familiale au Kenya comprend deux niveaux d'action.

1. Action gouvernementale

représenté par le Ministère de la Santé Publique et possède dans ses services la direction du programme de Protection Maternelle et Infantile et de Planification Familiale (M.C.H/P.F. Programme).

2. Action volontaire

qui comprend plusieurs associations dont la principale est "Family Planning Association of Kenya" (Association du Planning Familial du Kenya).

A. Programme National de Planning Familial

comprend

1. L'action volontaire / l'association nationale de planning familial du Kenya, l'action catholique et les organisations féminines ;

2. L'action gouvernementale ci-haut mentionnée dont le siège se trouve au Ministère de la santé est en réalité l'intégration des services de la planification familiale dans les centres de protection maternelle et infantile.

III. Action gouvernementale

A. Programme au niveau gouvernemental

Historique (entretien avec le Dr. KANANI, directeur du programme gouvernemental).

L'action de la planification familiale au Kenya n'est pas un fait isolé, elle est incluse dans un programme vaste et national appelé : programme de protection maternelle et infantile et de planning familial (Mother and Child Health and Family Planning Programme).

Les premières tentatives de la planification familiale ont débuté officiellement vers les années 1962 et l'action ^{a été} uniquement menée par les associations volontaires.

C'est seulement en 1967 que le parlement kenyan se déclara pour une politique de planification des naissances.

Raisons de cette décision : la raison principale fut le déséquilibre flagrant entre l'accroissement démographique et l'accroissement économique.

Une autre raison non moins négligeable fut la forte densité (400 h/km²) de population dans les zones les plus fertiles (cultivables) du pays.

La population kenyanne est de 13 millions.

L'accroissement démographique est de 3,5 %

A.1. Le programme gouvernemental pour la planification familiale a cependant connu certaines difficultés surtout dans des débuts, nous disait le Directeur du Planning Familial au sein du Ministère de la Santé Publique.

Deux problèmes principaux doivent être mis en évidence :

- Les moyens financiers pour mener à ^{bien} ce programme étaient insuffisants;
- Le personnel médical et paramédical formé dans l'optique de la planification familiale était également insuffisant.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement fût obligé de faire appel à des techniciens étrangers pour la formation du personnel kenyan.

Cette intervention étrangère durera jusqu'en 1972 et c'est au cours de la même année qu'ils devront faire une étude d'évaluation dans le but de consolider l'action préexistante.

Cette étude donnera naissance à un programme plus ambitieux faisant intervenir pour une période de cinq ans l'assistance financière des pays étrangers et ^{de} sept organismes internationaux dont I.P.P.F., A.I.D., Banque Mondiale, UNESCO, etc....

Le but essentiel de ce programme est la Protection de la Santé de la Mère et de l'Enfant ainsi que la planification familiale. Cela suppose que l'action de cette planification familiale n'est pas un fait isolé mais fait partie d'un tout et se fait dans toutes les unités sanitaires:

A.2. Objectifs du programme de planning familial au Kenya

Le programme de planification familiale intégré dans les centres de Protection Maternelle et Infantile au Kenya vise deux objectifs primordiaux :

- Objectif sanitaire : renforcer la santé de la mère et de l'enfant ;
- objectif démographique : réduire le taux d'accroissement, démographique par la planification des naissances.

Le Kenya espère passer du taux d'accroissement démographique actuel de 3,5 % pour atteindre 3 % en 1979.

A.3. Les moyens adoptés pour atteindre les objectifs

A.3.1. Consolider les services de P.M.I/P.F. et augmenter le nombre des unités sanitaires

Pour atteindre les objectifs que le programme s'était fixés (objectifs sanitaires), l'action de Protection Maternelle et Infantile devait s'intéresser au groupe le plus vulnérable, les mères et les enfants qui représentent au Kenya environ 70 % de la population, en consolidant les services de Protection Maternelle et Infantile et en augmentant le nombre des hôpitaux.

Le Kenya qui compte actuellement 250 hôpitaux espère en avoir 400 en 1979.

A.3.2. Formation des cadres médicaux et paramédicaux

Pour mieux satisfaire les besoins des centres P.M.I/P.F. la formation du personnel paramédical doit être multidisciplinaire de façon qu'il puisse travailler comme paramédical et comme conseiller social. Pour cela plusieurs écoles d'infirmières ont été construites.

A.3.3. Former les agents de sensibilisation à la planification

Le programme du planning familial du Kenya devait s'intéresser également à la formation des éducateurs de planning familial ou animateurs devant servir de canal entre la population et les responsables de la santé publique, car il faut que toutes les couches de la société soient informées et sensibilisées à la nécessité d'une famille planifiée compte tenu des ressources de chaque foyer.

Cette sensibilisation est très importante pour réussir le programme de planning familial et les personnes engagées pour l'éducation des masses doivent ~~travailler sur le terrain~~. Elles ne doivent pas être des spécialistes mais bien des personnes d'un âge minimum de 25 ans sachant lire et écrire, acceptées et intégrées dans le milieu où elles travaillent, ces personnes doivent être motivées pour la planification familiale. Leur formation consiste en des cours élémentaires de médecine de base et des notions de planning familial. Ces personnes jouent un rôle très important car elles sont constamment en contact avec la population de leur entourage et font un travail d'éducation en matière de santé et de la sensibilisation aux avantages des naissances espacées par une famille et toute la nation. Le gouvernement espère avoir formé 800 éducateurs en 1979.

A.3.4. Développer et utiliser les services d'informations

Les autres moyens utilisés pour informer la population en matière de planification familiale sont les masses média (radio, télévision, revues, journaux), les rencontres de la population et discussions, les séminaires et les visites à domicile.

A.3.5. La limitation du nombre de méthodes d'espacement des naissances

On essaie de ne pas conseiller plusieurs méthodes à la fois, pour ne pas créer des confusions pour la population au niveau de l'utilisation.

Les méthodes utilisées au Kenya se classent comme suit par ordre d'importance.

1. Les pilules
2. Les dispositifs intra-utérins (DIU)
3. La piqure dépo-provera aux femmes de plus de 35 ans
4. Les méthodes naturelles telles que (Ogino-Knaus, méthode de température).

A.3.6. Collaboration avec les Ministères et Organismes intéressés par le bien-être de la population

Le problème de planning familial au Kenya doit travailler en étroite collaboration avec les Ministères tels que :

- le Ministère des Affaires Sociales
- le Ministère de l'Education
- le Ministère de l'Agriculture,

et collabore avec les associations volontaires de planning familial au Kenya comme Family Planning Association of Kenya (F.P.A.K), l'Action Catholique et les Organisations féminines dont la plus importante est l'Union des Femmes Kenyane.

Les organismes nationaux et internationaux sont le National Christian Council of Kenya, I.P.P.F., UNESCO, A.I.D, etc.... Cette collaboration est très importante en ce sens que le gouvernement joue le rôle de coordinateur et de ce fait, il évite de faire double emploi, perte d'énergies et luttes intestines.

A.3.7. L'organisation administrative du programme d'intégration des services de planning familial dans les centres de Protection Maternelle et Infantile. Elle est faite de façon à guider les gens qui travaillent dans les villages sur le plan organisation et technique.

Le programme ci-haut mentionné dont l'organe central se trouve dans les locaux du Ministère de la Santé, porte le nom de "Centre National pour le bien-être de la Famille".

L'organigramme comprend cinq divisions :

1. Division administrative
2. Division des services sanitaires
3. Division des services de formation et de recyclage
4. Division des services de renseignement
5. Division des services de recherche et d'évaluation.

B. Les résultats atteints par le programme

B.1. Les objectifs sanitaires

Dans ce domaine, le directeur du programme de Planning Familial au Kenya, le Dr. KANANI a parlé dans ce sens :

Nous pensons qu'un certain progrès se fait sentir au niveau de la santé de la mère et de l'enfant. Cependant, beaucoup de choses restent à faire, car l'application du programme lui-même connaît encore des obstacles à savoir :

- le manque de moyens financiers suffisants
- le manque de cadres suffisants, formés en matière de population
- la résistance encore sensible de la part de la population, ceci à cause d'une multitude de cultures et conceptions, de religions et de races.

C'est pour cela qu'en matière de planification familiale, il faut prendre du temps pour éduquer et informer les masses.

B.2. Les objectifs démographiques

Pour ce qui concerne les objectifs démographiques escomptés, le taux d'accroissement démographique au Kenya semble avoir augmenté car il est passé de 3 % en 1972 pour atteindre 3,5 % actuellement.

Les moyens contraceptifs y sont disponibles aux couples qui adoptent pour l'une ou l'autre méthode.

Dans chaque province, il existe un groupe de volontaires qui collaborent étroitement avec le personnel du centre régional.

B.2. L'action des animatrices ou field workers

L'association utilise les animatrices pour atteindre la population en vue de les sensibiliser aux problèmes des familles nombreuses, et de l'informer sur les méthodes contraceptives existantes et utilisées à travers le Kenya.

Ces animatrices travaillent danc sur le terrain et elles sont recrutées suivant les critères suivantes :

- être motivées pour le planning familial
- être âgées d'au moins 25 ans ;
- être respectées et intégrées dans son milieu.

Les animatrices procèdent à des visites à domicile, contactent les chefs de Barza (chefs de cellules) qui eux-mêmes, grâce à l'influence qu'ils ont auprès de la masse peuvent être efficaces pour motiver en matière de planning familial.

B.3. L'Association utilise les moyens de communication sociale

L'association utilise les journaux, la télévision, les réunions de population pour sensibiliser la masse.

B.4. Les moyens contraceptifs utilisés par l'Association

Les moyens contraceptifs utilisés par l'Association sont :

- les pilules
- les diapositifs intra-utérins
- la stérilisation
- les condoms, etc....

N.B. Pour la stérilisation, l'Association ne possède pas de matériel nécessaire pour cette intervention chirurgicale, elle oriente les clientes vers les grands centres sanitaires ou dans les cliniques de l'Etat.

V. Conclusions

Comme il a été souligné dans les lignes précédentes, l'action de planning familial au Kenya n'a pas atteint tous les objectifs qu'il s'était fixé, et cela tient à plusieurs facteurs.

- La résistance encore assez sensible de la population vis-à-vis du Planning familial ;
- Les diversités de mentalités qui varient d'un tribu à l'autre ;
- Certaines idéologies contre le principe même de la planification familiale ;
- Manque du personnel médical suffisant ;

Ces mêmes travaux ont donné à la méthode du "rythme" une échelle de précision scientifique. Néanmoins, un problème fondamental restait posé. Etant donné que les spermatozoïdes semblent survivre dans le tractus génital de la femme pendant trois jours environ après l'éjaculation, il fallait disposer d'un moyen simple permettant de déceler ou prédire l'ovulation plusieurs jours à l'avance, de sorte que les couples puissent s'abstenir de rapports sexuels pendant la période d'insécurité qui précède ou qui suit immédiatement l'ovulation. Jusqu'à maintenant, on continue à rechercher des moyens précis et acceptables de prédire et de déceler l'ovulation.

B.2. Barrières mécaniques

Effectivement au cours des siècles, les femmes ont essayé de contrôler leur fécondité, en s'introduisant dans le vagin des gommes, des feuilles, des fruits, des graines, des éponges et autres choses du même genre. Nous savons qu'à l'époque des écrivains français (vers le XVIIe siècle) on esquissait quelques lignes concernant les préservatifs = c'est ainsi que Madame de Sévigné mettait sa fille en garde contre les préservatif du XVIIe siècle : "CUIRASSE contre l'amour, toile d'araignée contre la contagion". Bien sûr qu'elle ne pouvait pas savoir que la technique du XXe siècle allait faire du préservatif un outil efficace et bien accueilli de régulation des naissances, offrant une double protection contre la grossesse et les maladies vénériennes.

On s'est servi pendant plusieurs années de préservatifs fabriqués à partir du coecum (enveloppe intestinale) d'animaux, de soie et d'autres matières, mais la production en était minime jusqu'à l'avènement du caoutchouc au milieu du XIXe siècle.

Dans les sociétés primitives, on retrouve l'utilisation de préservatifs mécaniques, les uns sont appliqués sur les organes génitaux mâles.

La plupart des produits à visée spermicide sont d'utilisation féminine, on peut citer comme exemple : tampon de racines, d'algues marines, tampons imprégnés d'acide tartrique qui est effectivement spermicide.

Vers le XVIIIe siècle, on assiste à l'introduction du condom en tant que contraceptif, alors que dès le siècle précédent, il avait été employé, assez couramment à titre de préservatif anti-vénérien.

Au début du XIXe siècle, les femmes de SUMATRA fabriquaient de petits godets d'opium semblables aux diaphragmes d'aujourd'hui.

Les chinoises et les japonaises se recouvraient le col de l'utérus avec du papier de soie huilé et les hongroises confectionnaient de petits disques avec de la cire d'abeille. A partir du XIXe siècle également, le préservatif de caoutchouc est devenu un article relativement bon marché et largement diffusé mais la sécurité qu'il offrait est restée discutable jusqu'à l'institution de contrôles plus rigoureux aux alentours de 1950.

Le préservatif est de nos jours un produit contraceptif sur grâce aux soins apportés à sa fabrication et aux expérimentations rigoureuses auxquelles il est soumis.

L'utilisation correcte du préservatif ne présente aucune difficulté. Certains spécialistes ont des avis divergents sur le moment où le préservatif doit être enfilé et sur la possibilité de son réemploi, mais ils sont tous d'accord pour dire que si l'on veut éviter une grossesse, le préservatif doit être en place chaque fois que se produit l'éjaculation dans le vagin.

3.3. Dispositifs intra-utérins

L'usage des dispositifs intra-utérins ne date ^{pas} d'aujourd'hui. Effectivement, il existe des controverses importantes quant au lieu et à la date où les premiers DIU furent utilisés. On décrit le premier DIU sous la forme des petits cailloux (des petites pierres) que les arabes introduisaient dans l'utérus des chamelles pour les empêcher de concevoir pendant les longs voyages à travers le désert.

On attribue également à HIPPOCRATE l'utilisation d'un tube creux en plomb ou d'une sonde pour insérer des médicaments ou des pessaires dans l'utérus humain, mais les ^{avis} diffèrent quant à savoir si le procédé était destiné à la contraception ou à d'autres motifs. Les premiers ~~précurseurs~~ du DIU moderne furent les pessaires (1) cervico-utérins à tige utilisés au cours du XIXe siècle et au début du XXe siècle. Il s'agissait des petits boutons ou caps qui obturaient l'orifice du col utérin, prolongés par des tiges pénétrant dans l'utérus.

En 1902, un pessaire en forme de fourchette se détendant dans l'utérus fût breveté en Allemagne par le DR. CARL HOLLWEG. Quoique la demande de brevet ne fit aucune mention de contraception. Un de ces pessaires qui portant le nom de STERILITTE fût annoncé comme régulateur du cycle menstruel et vendu accompagné d'un mode d'emploi pour auto-insertion.

Le premier dispositif véritablement intra-utérin, conçu spécifiquement pour la contraception fût en forme d'anneau. RICHTER, un médecin allemand, décrivit en 1909 ce dispositif dans un article de 2 pages dans le DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT.

(1) Appareil pour soutenir un organe interne. Ici il s'agit de l'appellation des premiers dispositifs intra-utérins ou cervico-utérins.

En 1920, PUST a conçu un bouton cervical relié par une tige à l'anneau intra-utérin combinant ainsi le dispositif de RICHTER et les premiers pessaires à tige dispositif. Il distribua plus de 23.000 dispositifs de ce type pour insertion par d'autres médecins intéressés, mais un bon nombre d'entre eux continuèrent à s'élever contre leur emploi, en l'accusant des risques d'infection pelvienne. Vers les années 1920, ERNEST GRAEFENBERG mis au point un anneau d'argent destiné à être placé entièrement dans l'utérus.

Cet anneau est devenu pratiquement efficace sur le plan contraceptif et il obtint un grand succès, surtout en Allemagne.

En 1934, OTA, un japonais, a inventé l'anneau qui porte son nom. Il affirmait que son anneau au centre duquel est placé un petit disque relié par trois rayons, donnait moins d'échecs (1 grossesse pour 73 utilisations) que celui GRAEFENBERG (5 grossesses pour 51 utilisations).

Ce n'est que vers la fin des années 1950 et au cours des années 1960 que les progrès technologiques et de nouvelles données purent venir à bout du conservatisme prédominant parmi les médecins. En 1959, OPPENHEIMER, rapporta qu'il avait utilisé en Israël les anneaux de GRAEFENBERG, afin de procurer une contraception efficace et sûre à 1.500 femmes. Au cours de la même année, ISHIHAMA rendit compte de son succès avec les anneaux d'OTA chez 20.000 femmes japonaises. Ces deux chercheurs firent état du taux peu élevé d'échecs et de l'absence d'effets secondaires graves.

En 1960, le Docteur Lazar MARGULIES commença ses recherches avec le premier DIU linéaire en forme de spirale. Cette spirale plastique de Margulies était incorporée à une faible proportion de sulfate de baryum la rendant opaque aux rayons X (visible à la radiographie). Cette incorporation est actuellement généralisée. En 1962, il y eut une conférence internationale sur le DIU. Lors de cette conférence, le Dr. Jack LIPPS de BUFFALO - New York, rendit compte de ses expériences avec la boucle de Lipps, actuellement bien connu. De même que la spirale de Margulies, la boucle de Lipps était habituellement introduite sans dilatation du col et à travers un tube, elle était facile à insérer, puis chassée de ce dernier dans l'utérus où elle reprenait sa forme initiale.

Lipps, attachait un fil ou tige repère à son dispositif, afin de permettre à l'utilisatrice de vérifier la présence de la boucle et d'en faciliter l'extraction par le médecin.

Des études et recherches ont été poursuivies dans plusieurs conférences en vue de mettre au point les DIU plus efficaces et comportant le moins d'effets secondaires.

C'est ainsi qu'en 1974, s'est tenue au CAIRE une conférence internationale sur les DIU, là, ils ont essayé de parler entre autre des dispositifs auxquels étaient ajouté du cuivre.

Ceux-ci donnent de bons résultats quique la durée d'efficacité du cuivre n'est pas encore clairement établie.

L'intérêt scientifique actuel que présente le cuivre comme agent contraceptif remonte de 1969 où le Docteur ZIPPER et ses collaborateurs au Chili ont démontré qu'un petit fil de cuivre inséré dans une corne utérine de lapine réduisait de façon spectaculaire le nombre de sites d'implantation dans cette corne par rapport à la corne témoin.

Les études de Zipper sur les animaux furent suivies par des expérimentations cliniques sur des femmes chiliennes, en utilisant un fil de cuivre enroulé autour de la tige d'un D.I.U. en plastique.

Alors que sans cuivre, le dispositif intra-utérin en forme de T présentait un taux anormalement élevé de grossesses, l'adjonction d'une certaine quantité de cuivre réduisit ses taux d'échec.

Les DIU de cuivre sont actuellement expérimentés sous trois formes :

1. Forme originale en T (T de cuivre)
2. Le 7 du cuivre (sept de cuivre)
3. La boucle de Lippes au cuivre, en cours de perfectionnement.

3.1. Contraceptifs oraux

L'existence d'un contraceptif oral remonte à plus de 2.000 ans avant notre ère. Les premiers contraceptifs étaient dépourvus de toute efficacité, et comme le souligne HIMES, le mercure, l'arsenic et la strychnine qu'ils contenaient ont tué sans doute plus de femmes que de spermatozoïdes.

L'usage de la pilule contraceptive a débuté le jour où l'on a compris le rôle des hormones ovariennes dans l'ovulation et la gestation.

Près de 250 ans se sont écoulés entre la première observation des follicules ovariennes par l'anatomiste hollandais REINER DE GRAAF vers la fin du XVIIe siècle, et la découverte par le Dr. EMIL KNAUER - Gynécologue Viennois - du rôle joué par les hormones ovariennes dans la production des caractères sexuels femelles.

Vers les années 1900, des chercheurs allemands avaient démontré qu'en cas d'extraction du corps jaune à la suite de l'ovulation, la nidation et la gestation ne se produisaient pas. La constatation du rôle crucial joué par le corps jaune dans l'inhibition de l'ovulation ultérieure a été la base scientifique sur laquelle ont été conçus les contraceptifs à base de stéroïdes.

En 1921, le Dr. LUDWIG, physiologue Autrichien, a été le premier savant connu, à émettre l'idée que des extraits des ovaires d'animaux qui attendent les petits pourraient être employés comme contraceptifs.

On a continué à faire des recherches à travers le monde, d'abord on a procédé à l'isolation des hormones femelles. C'est ainsi qu'en 1928, deux médecins de l'université de Rochester parvinrent à identifier l'élément actif du corps jaune.

C'est à ce moment qu'on a constaté que cette hormone favorise la nidation et la gestation, on lui donna le nom de Progestérone. Un an plus tard, un médecin de l'Université de Washington à St. Louis montra que le follicule de De Graaf de l'ovaire de rate produit l'hormone responsable de l'oestrus, c'est-à-dire la période de rut et de la fécondité chez cet animal. Cette hormone reçut le nom d'oestrogène.

Quand on est parvenu à isoler et à synthétiser les hormones ovariennes, l'oestrogène et la progestrone, on constata qu'il s'agissait de 2 familles de structures chimiques apparentées. Pendant plusieurs années, il eut plusieurs groupes de chercheurs, travaillant dans des pays différents qui ont continué leurs travaux en ce qui concerne les contraceptifs oraux.

Ainsi vers la fin de 1930, les conditions étaient en partie réunies pour la mise au point des contraceptifs oraux. Il restait alors quelques problèmes importants à résoudre et notamment :

- Comment il fallait fabriquer à bas prix des quantités commerciales d'hormones
- Comment mettre au point un composé progestatif par voie orale ?
- Comment commercialiser un produit qui risquait d'être rejeté ?

La production à grande échelle de la progestérone ne tarda pas à accélérer les recherches, en 1938, en Allemagne, INHOFFEN et ses collaborateurs réussirent la synthèse d'ethinestérone à partir des sources animales et l'utilisèrent dans le traitement des troubles menstruels.

Avec le développement des progestatifs actifs par voie orale, les laboratoires entreprirent des recherches poussées sur les produits hormonaux à usage thérapeutique.

En 1952, JERASSI publia le résultat de ses travaux sur la synthèse de la noréthistérone, connue aux Etats Unis sous le nom de norethindrone.

En même temps COLTON produisit un isomère de la norethistérone, connu sous le nom de norethynodrel.

Ce sont ces deux composés qui ont constitué l'élément progestatif des premiers contraceptifs oraux, mais qui avaient été utilisés primitivement dans le traitement de divers troubles menstruels.

Il ne faut pas oublier de citer dans cet historique, l'un des premiers défenseurs des pilules contraceptives ce fut : MARGARET SANGER l'un des pionniers du mouvement de régulation des naissances aux Etats-Unis.

En 1957, le bilan des avantages thérapeutiques ainsi confirmés l'USFOOD and drug administration (FDA) autorisa l'emploi du noréthynodrel associé du mestranol et celui de la noréthindrone (sans oestrogène) pour le traitement de troubles menstruels tels que dysménorrhée, métrorragie, aménorrhée primitive et secondaire et endométriose.

En 1960, la première pilule contraceptive associée (l'oestrogène et progestatif) recevait le visa officiel de FDA.

En fait au cours de l'histoire, nous remarquons qu'il existe peu de drogues qui ont suscité autant de discussions, autant d'études et autant de jugements que les contraceptifs oraux.

Les contraceptifs oraux administrés par voie bucale, sont actuellement employés par 50 millions de femmes dans le monde entier. Ces contraceptifs oraux ont révolutionné la pratique du planning familial.

En effet, depuis l'essai de l'usage des contraceptifs oraux qui date des années 1950, la preuve a été faite que les comprimés d'oestrogène et de progestatif associés assuraient une certaine protection contre la grossesse.

Mais cela ne va pas sans poser d'autres questions telles que l'existence des effets secondaires : nausées - vertiges, maux de tête, etc....

Heureusement, plusieurs années de recherche et d'expérience ont permis de dissiper les craintes à propos de ces effets secondaires. Les désagréments causés par ces effets secondaires ont été fortement diminués par des associations oestro-progestatives faiblement dosées.

C'est ainsi qu'actuellement, les programmes de planning familial utilisent des pilules faiblement dosées.

B.5. Contraceptifs injectables

Dans l'historique des contraceptifs oraux, nous remarquons que les premiers contraceptifs généraux, mis au point vers les années 1950, ont été des progestatifs administrés par voie buccale, mais ayant une action brève.

Avec le développement des progestatifs à action prolongé qui n'a guère tardé, il est devenu possible de concevoir également des contraceptifs injectables.

En 1953, le Dr. KARL JUNKMANN et ses collaborateurs découvrirent qu'en stérilisant un alcool progestatif, on créait une drogue qui, sous forme d'injection produisait des effets durables.

C'est en 1958, que le même docteur et ses collaborateurs ont réussi la synthèse d'esters de noréthindrone progestative.

A la même époque L'UPJOHN Company a mis au point l'acétate de medroxy-progestrone.

En 1958, la compagnie citée ci-haut entreprenait les essais cliniques de l'acétate de medroxy-progestrone (DEPO PROVERA) dans le traitement de l'avortement accidentel ou habituel et dans celui de l'endométriose.

En Février 1974, après avoir abouti à cette conclusion que le Dépo-Provera ne s'était révélé efficace dans aucun de ces deux usages, et à la suite de l'observation de stéroïdes pendant la grossesse, l'USFDA a retiré son autorisation d'emploi du D.P. au cours de la gestation et pour traiter l'endométriose.

Les premiers essais cliniques de DEPO PROVERA en tant que contraceptif humain remontent de 1963 et depuis la posologie générale est fixée à 150 mg tous les 3 mois. Les essais sur le terrain ont débuté en 1965.

Vers les années 1970, des études sur des doses de 300 et de 400 mg tous les six mois ont été également entreprises.

Le Dépo-Provera est actuellement un produit admis à l'échelle internationale et est largement employé. Aux Etats-Unis, le Dépo-Provera n'a pas encore reçu l'approbation en qualité de contraceptif. Plusieurs associations d'un progestatif et d'un oestrogène sont actuellement distribuées dans quelques pays en tant que contraceptifs mensuels injectables. Il s'agit en général d'une association de dihydrox progestrone acétophénide et d'œnanthate d'oestradiol mais ayant plusieurs noms de marque (ex : Perlutal(R) en Argentine, Topasel(R) en Espagne).

Des recherches ont été également entreprises sur les possibilités d'emploi d'autres stéroïdes comme contraceptifs injectables, mais ont été abandonnées en raison des frais qu'entraînent les essais cliniques nécessaires pour faire la preuve de leur innocuité.

6. Stérilisation

B.6.1. Ligature des trompes (pour la femme)

La stérilisation de la femme est l'une des méthodes les plus anciennes de suppression de la fertilité. Cette méthode a été déjà signalée par HIPPOCRATE.

Mais finalement, elle a été décrite par Von Blundell en 1834, qui la considérait comme la première méthode féminine sûre de prévention de la grossesse, et indépendante des rapports sexuels. La stérilisation de la femme consiste essentiellement à résséquer ou à occlure les trompes de Fallope pour empêcher les ovules pondus tous les mois par les ovaires d'arriver au contact du sperme qui progresse par voie ascendante pour les fertiliser.

Au cours du XIXe siècle, et même actuellement dans certains pays où la médecine n'est pas encore moderne, il s'agit d'une intervention majeure comportant tous les risques inhérents à la chirurgie abdominale et nécessitant une hospitalisation et une convalescence de quelques semaines.

A part une incision abdominale (technique traditionnelle), on cite la stérilisation par voie vaginale (colpotomie). Il s'agit d'une technique de stérilisation féminine qui date du début du XIXe siècle qui consiste à faire une incision du vagin et non pas de l'abdomen.

La première colpotomie rapportée a été attribuée au Gynécologue français, le Dr. J.A. RECANNIER qui pratiqua cette intervention en 1831 pour essayer de localiser un abcès pelvien mais c'est le Dr. A. DUHRSEN, accoucheur allemand, qui, le premier, préconisa la colpotomie comme méthode de stérilisation en 1895. La technique a connu son évolution jusqu'en 1972, où beaucoup de chirurgiens ont

utilisé cette méthode pour la stérilisation.

Evidemment, comme la science ne cesse d'avancer, en ce qui concerne les méthodes de stérilisation, on a continué à faire des recherches sur les nouvelles techniques qui permettraient d'effectuer la stérilisation de la femme sans que l'hospitalisation soit nécessaire. C'est ainsi qu'actuellement, on est arrivé à la stérilisation, laparoscopique qui représente un procédé ambulatoire pouvant être effectué dans certaines cliniques sous anesthésie locale ou générale.

La stérilisation LAPAROSCOPIQUE est une association de 2 techniques : Laparoscopie et la stérilisation tubaire qui à l'origine étaient conçus pour des buts différents mais qui actuellement associées permettent la stérilisation ambulatoire des femmes. A l'origine, il s'agissait d'une technique de diagnostic, mais dès 1937, A.T. ANDERSON a proposé la Laparoscopie pour la stérilisation tubaire.

Les études et les recherches se sont multipliées en vue d'améliorer cette méthode de stérilisation qui présente beaucoup d'avantages. C'est ainsi que vers les années 1970, l'intérêt manifesté partout dans le monde pour le planning familial, a stimulé les recherches sur les instruments de stérilisation laparoscopique.

.2. Vasectomie pour l'homme

Les méthodes contraceptives ne s'adressent pas uniquement à la femme, des recherches ont été entreprises pour trouver des méthodes applicables à l'homme. Jusqu'à présent nous connaissons la vasectomie. La vasectomie est une intervention simple visant à bloquer le passage des spermatozoïdes dans les canaux déférents ; elle était inconnue jusqu'au XIXe siècle et il a fallu attendre le XXe siècle pour qu'elle fût pratiqué en tant que méthode de suppression volontaire de la fécondité.

La vaséctomie est une méthode irréversible de contraception. Elle se distingue nettement de la castration qui stérilise en éliminant la production des hormones masculines suite à l'extripation des testicules.

Au cours des temps anciens, on a pratiqué la castration sur des sujets choisis pour remplir les fonctions d'eunIQUE de cours dans certains ordres religieux ou à titre de châTiment. Il faut noter que la castration n'a aucun rapport avec les programmes modernes de suppression volontaire de la fécondité.

C'est en 1775, que remonte la première allusion à l'occlusion des canaux déférents qui a été faite par John HUNTER.

En 1883, un chirurgien français FELIX GUYON aboutit à cette conclusion que l'obturation du canal déférent provoquait une atrophie de la Prostate.

Au cours de dix années suivantes, SHARP exécuta 456 vasectomies volontaires tant sur des hommes en bonne santé que sur des sujets internés ou hospitalisés en vue de leur stérilisation.

Lorsque furent entrepris des programmes nationaux de planning familial surtout dans le sud - asiatique, au cours des années 50 et 60, il apparut que la vasectomie répondait au besoin évident d'une technique simple et peu coûteuse de régulation de naissances n'exigeant qu'une seule intervention. La contre-propagande sur les contraceptifs administrés par voie buccale coïncida avec une campagne féministe visant à inciter l'homme à prendre une plus grande responsabilité dans la procréation. Cette contre-propagande contribua au succès de la vaséctomie. Bien que l'on observe des fluctuations d'une année à l'autre dans le nombre de vaséctomies pratiquées dans le monde, il n'en reste pas moins que, grâce à la simplicité de sa technique, la vasectomie s'est nettement classée parmi les méthodes principales du planning familial volontaire.

C. Concept de planning familial dans le Rwanda traditionnel

Lorsqu'on se penche sur le passé, on se rend compte que dans la plupart des familles rwandaises, les enfants naissaient à un intervalle de 2 à 3 ans. Cette constatation nous fait penser que depuis des années, la société rwandaise traditionnelle connaissait les méthodes d'espacement des naissances. Cet espacement des naissances était surtout basé sur l'allaitement maternel et l'abstinence périodique imposée par certains tabous.

C'est ainsi que, depuis plusieurs années, une femme rwandaise donnait le sein à la demande et pendant longtemps (c'est-à-dire faire téter l'enfant plusieurs fois par jours et durant une période pouvant dépasser une année). Pendant cette période, l'allaitement peut physiologiquement retarder les mamans le retour de l'ovulation et par conséquent écarter toute possibilité de tomber enceinte.

En ce qui concerne les tabous et interdits, on observait une diminution de contacts sexuels lorsque l'enfant était encore au sein en craignant une nouvelle grossesse, celle-ci pouvant produire des effets néfastes à l'enfant et à la mère.

En outre, les rapports sexuels étaient interdits durant les menstruations et pendant une certaine période après la mort de l'enfant au sein ou d'un autre membre de la famille.

Le départ d'un membre de famille pour intambara, ubuhake, uburetwa occasionnait également l'interdiction des rapports sexuels. La polygamie rencontrée dans certaines familles rwandaises conjuguées aux interdits sexuels était un moyen valable pour espacer les naissances et surtout pour protéger la santé des mères et celle des enfants.

Enfin, l'hyponutrition des mères peut provoquer des perturbations dans la physiologie hormonale de la femme (irrégularités des règles, les aménorrhées, etc...) et par voie de conséquence une stérilité secondaire transitoire. Tous ces moyens traditionnels d'espacement des naissances ont été perturbés par les mutations sociales que connaît notre société. Nous pouvons citer par exemple :

- l'introduction de la civilisation occidentale qui a découragé la polygamie ;
- l'introduction de l'allaitement mixte ;
- et le sevrage précoce des enfants.

D. DESCRIPTION GENERALE DES METHODES UTILISEES EN PLANNING FAMILIAL.

Si nous tenons à faire la description de toutes les méthodes connues jusqu'à présent dans le domaine de la contraception, c'est autant par honnêteté intellectuelle que par soucis de fournir au lecteur un renseignement scientifique bref mais objectif.

Nous sommes convaincus que n'importe quel rwandais a le droit d'être informé sur toutes les méthodes utilisées à travers le monde; ce qui lui offrirait des possibilités de choix plus étendues.

A notre avis la motivation de la population constitue la base d'une bonne action de Planification familiale; or, qui dit motivation dit possibilités d'un choix libre et objectif de l'une ou l'autre méthode de contraception.

Le rwandais pourrait-il faire un choix libre et objectif dans un domaine qu'il ignore ou qu'il connaît à moitié? Certes pas !!

Il faut donc qu'il soit tout d'abord motivé, et informé ensuite sur toutes les méthodes d'espacement des naissances. Ceci lui permettra de changer de méthodes ou de les combiner s'il en éprouve le besoin, car aucun moyen contraceptif ne convienne pour tout le monde d'une manière définitive. Exiger à la population d'employer l'une ou l'autre méthode reviendrait à décider pour elle et à limiter par voie de conséquence sa liberté de choix.

Dans de telles circonstances l'on peut se demander quel sera le sort des familles désireuses de planifier mais pour lesquelles les méthodes déjà imposées ne conviendraient pas.

Notre description donnera brièvement la définition, les avantages et les inconvénients de chaque méthode utilisée en contraception. Seulement, il est à noter que les complications liées à chacune d'elles n'arrivent pas obligatoirement à toutes les femmes. On les rencontre chez un pourcentage minime et à des degrés différents de gravité; il n'y a donc pas lieu de les grossir outre mesure.

D.1. Méthodes réversibles

D.1.1. Abstinence périodique

D.1.1.1. Méthode d'Ogino KNAUS

D.1.1.2. Méthode de température

D.1.1.3. Méthode sympto-thermique ou méthode Billings

D.1.2. Coit interrompu

D.1.3. Barrières mécaniques et chimiques

D.1.3.1. Préservatif masculin

D.1.3.2. Diaphragme

D.1.3.3. Douche vaginale

D.1.3.4. Gelées spermicides

D.1.4. Dispositifs Intra-utérins

D.1.4.1. Boucle de Lippes

D.1.4.2. Copper T ou T de cuivre et
Cu - 7 7 de cuivre.

D.1.5. Contraception orale (pilules)

D.1.5.1. Pilule combinée

D.1.5.2. Préparations séquentielles

D.1.5.3. Progestatifs oraux continus

D.1.6. Contraceptif injectable (Dépo-Provera)

D.2. Méthodes irréversibles

D.2.1. Stérilisation

D.2.1.1. Ligature des trompes (femme)

D.2.1.2. Vasectomie (homme)

=====

DESCRIPTION

D1.1.) METHODES D'ABSTINENCE PERIODIQUE:

- Les méthodes dites naturelles fondées sur la connaissance de faits scientifiques concernant l'ovulation
- La femme produit un ovule une fois par mois susceptible d'être fécondé par un spermatozoïde. L'ovule peut rester en vie pendant 24h, et le spermatozoïde peut vivre pendant 72h
- La connaissance du cycle menstruel permet de terminer la période féconde avec une certaine approximation

On distingue:

D.1.1.1 METHODE D'OGINO-KNAUS:

- L'ovulation se situe en général entre le 12e et 16e jour du cycle menstruel
- Cette méthode consiste de ne pas avoir de relations sexuelles pendant plusieurs jours avant et après la libération d'un ovule par l'ovaire.
Il s'agit d'une méthode de prévision basée sur des calculs de probabilité des périodes stériles et fécondes permettant l'utilisation de la continence périodique comme procédé de prévention des naissances

AVANTAGES

D.1. Méthodes Réversibles

- Elle ne coûte rien
- Elle ne nécessite pas une assistance médicale et
- ne demande aucun contrôle, une fois les calculs correctement établis
- Elle est d'une utilisation facile dans les cycles réguliers et peut servir de secours en cas de contre-indications d'autres méthodes
- La méthode peut être valable en cas de cycles réguliers.

INCONVENIENTS

- Elle exige un certain degré d'ouverture et
- Un entraînement psychologique et physique de la part du couple
- Elle est moins sûre lorsque les irrégularités de cycle s'observent et ne peut pas être applicable à long terme
- Elle exige une résignation, ce qui implique qu'il faut un accord des deux conjoints pour
- Elle l'objet de violentes critiques (LES BEBES OGINO). Son taux d'échec est de 25 %. Son emploi est difficile dans les cycles irréguliers à cause des calculs plus complexes et des périodes de continence plus prolongées
- On ne peut pas considérer la méthode d'OGINO-KNAUS comme une méthode de contraception de masse. Sûre, car son efficacité à long terme est contesté dans le monde scientifique
Taux d'échec = 25 %

DESCRIPTION

D.1.1.2 METHODE DES TEMPERATURES

- Cette méthode consiste à déterminer la date de l'ovulation
- On sait que la température avant l'ovulation varie entre 36°5 et 36°8, et au moment de l'ovulation, la température descend d'abord puis elle remonte en quelques heures de 36°6 à 37°2 et s'y maintient.

AVANTAGES

- Méthode simple naturelle ne demande pas d'appareil de protection.
- Ne coûte pas cher (à part l'achat du thermomètre)
- Ne nécessite pas une visite médicale
- Méthode de secours au cas où ces autres méthodes présentent des contreindications
- Utilisation non à titre contraceptif mais comme indication de l'ovulation chez une femme qui a des cycles irréguliers.

INCONVENIENTS

- Exige un certain degré de culture
- Exige des précautions rigoureuses. Prise de la température rectale tous les matins et à la même heure avec le même thermomètre et avant de se lever, éviter la fatigue.
- Méthode individuelle (couple)
- Taux d'échec: 24 %
- Comporte beaucoup de contreindications: car la femme et soumise à des infections
- Courbes atypiques ininterprétables etc...
- N'a pas d'effets pour chez les femmes qui ont des cycles anovulatoires.

DESCRIPTION

D.1.1.3 METHODE DU MUCUS CERVICAL OU METHODE SYMPTO-
THERMIQUE AU METHODE BILLINGS

La méthode du mucus cervical est la dernière née des techniques d'abstinence périodique, pour laquelle on revendique les avantages de la commodité, de l'efficacité et de la simplicité. Primitivement utilisée au cours des années 1950, comme un complément, d'abord, de la méthode du Calendrier, puis de celle des températures. Cette technique est fondée sur l'observation et l'interprétation de modifications cycliques du mucus cervical qui devient au moment de l'ovulation, un écoulement limpide, aqueux et abondant.

AVANTAGES

- Ne coûte rien
- Ne nécessite pas une consultation médicale
- Ne demande aucun contrôle
- Méthode supplémentaire à d'autres méthodes (on doit la combiner à d'autres méthodes)
- Ces tests conviennent mieux pour des couples subféconds que pour ceux qui pratiquent l'abstinence périodique en tant que méthode de régulation des naissances.

INCONVENIENTS

- Exige un certain degré de formation
- Pour pratiquer cette méthode, la femme doit être capable de percevoir les sensations de sécheresse et d'humidité dans les régions externes du vagin au cours des différentes phases, et elle doit faire la différence entre des sensations de viscosité et de lubrification
- Ce n'est pas une méthode de masse
- Méthode on encore acceptée en tant que moyen de régulation des naissances
- Les résultats doivent être interprétés par un personnel qualifié
- Exige l'accord des deux conjoints
- Effets nefastes sur le psychisme des deux conjoints
- Taux d'échec = 20 à 30 %

DESCRIPTION

D.1.2 COIT INTERRUPTU:

- Nous savons que l'ovulation se situe en général entre le 12 et le 16 jour du cycle
- Le coït interrompu consiste dans l'interruption de l'acte sexuel et le retrait du pénis du vagin immédiatement avant l'éjaculation
- Ce coït interrompu doit se faire durant la période dans laquelle une femme peut être fécondable
- Cette méthode est appelée familièrement "faire attention", se retirer", être prudent".

AVANTAGES

- Ne coûte rien
- Ne nécessite pas une surveillance professionnelle
- Il ne peut pas être taxé
- La méthode est simple et peut être utilisée à tout moment, sans devoir recourir à quelq'autre expédient
- Il est cependant indispensable que l'homme soit conscient de la proximité de l'éjaculation et fasse preuve de suffisamment de volonté et de maîtrise de soit pour se retirer à temps.

INCONVENIENTS

- Un acte posé dans l'amour ne s'interrompt jamais avant que l'acte ne soit consommé, d'où cette méthode peut être source de frustration d'anxiété....)
- Car en effet l'homme ressent souvent comme une contrainte de devoir interrompre le rapport sexuel au moment où il en ressent l'intensité la plus grande
- Certaines femmes ont le sentiment d'être livrées au bon vouloir ou au savoir faire de leur partenaire ce qui leur procure une sensation d'insécurité ou d'un infériorité,
- Des rapports sexuels interrompus pourraient à la longue provoquer des troubles de l'équilibre sexuel et psychique
- Méthode peu efficace.

DESCRIPTION

AVANTAGES

INCONVENIENTS

D.1. BARRIERES MECANIKUES

D.1.3.1 PRESERVATIF MASCULIN CONDOM

Il s'agit d'un protecteur en caoutchouc qui enveloppe le pénis en érection avant les relations sexuelles et doit être retiré juste après l'éjaculation. Il agit comme barrière empêchant le sperme d'entrer en contact avec le col de l'utérus et d'évoluer ensuite vers les troupes. Il est également utilisé comme barrière contre les maladies vénériennes.

- Condom est en bon marché
- Ne nécessite pas une prescription médicale
- Usage facile
- Il est d'une efficacité satisfaisante, mais devient plus efficace lorsqu'on y associe une gelée spermicide
- Il réduit le risque de transmission de maladies vénériennes
- Peut diminuer le risque de cancer du col de l'utérus.

- Certains couples le considèrent gênant ou désagréable
- Le tissu élastique qui le constitue est mince fragile et peut se déchirer
- Présente quelques cas d'allergie pour l'homme ou pour la femme
- Effets secondaires d'origine psychologique
- Taux d'échec = 14 %
- Possibilité d'atteinte des sensations
- Exige des servis d'entretien en cas de réemploi
- Peut provoquer des résistances psychologiques surtout chez la femme.

DESCRIPTION

D.1.3.2 DIAPHRAGME CHEZ LA FEMME

A La forme d'une mince coupole de caoutchouc mince, fixé à un bord circulaire métallique, caoutchouté constitué par un ressort des montre circulaire ou un fil métallique mince enroulée en spirale serrée.

Il est placé dans le vagin avant les relations sexuelles et couvre le col de l'utérus.

N.B.: Généralement, il est recommandé d'utiliser, en plus, une gelée spermicide qui détruit les spermatozoïdes ce qui augmente le degré de fiabilité à la méthode.

AVANTAGES

- Le diaphragme utilisée en combinaison avec une crème, une pâte ou une gelée spermicide, assure un niveau de protection important.
- Tandis que le diaphragme utilisé isolément, n'est pas une méthode suffisamment fiable.
- Toutefois, il s'agit d'une méthode simple et moins coûteuse
- Méthode qui ne nécessite presque pas une consultation médicale (une fois par an).

INCONVENIENTS

- Méthodes comportant un taux d'échec qui varie entre 8 et 38 %
- Ce taux d'échecs est dû à des facteurs mécaniques lors des rapports sexuelles
- Ex: (Diaphragme a tendance à basculer quand les rapports ont en position dite inverse: femme couchée sur l'homme et de la femme croissant avec l'excitation sexuelle peut contribuer à faire basculer le diaphragme
- Nécessite une visite médicale (\pm 1 fois par an).

DISCRIPTION

D.1.1.3 DOUCHE VAGINALE

A été pratiquée de tous les temps avec des liquides spermicides très divers (eau additionnée de savon ou d'antiseptique, jus de citron etc...
Il existe beaucoup de produits chimiques qui tuent les spermatozoïdes dans le vagin de même manière qu'un désinfectant tue les germes des maladies.

AVANTAGES

- Ne présente pas de danger
- Moins coûteuse, ne nécessite pas
- Une visite médicale
- Contraceptifs assez fiables s'ils se combinent à d'autres méthodes pour augmenter leur degré d'efficacité.

INCONVENIENTS

- Moins efficace parce que la douche ne peut pas atteindre les spermatozoïdes qui ont été attrapés par le glaire secrétées par le col de l'utérus, et peut en laisser dans le plis du vagin.
- Méthode dangereuse lorsque elle est pratiquée avec des produits irritants.

DESCRIPTION

D.1.4 DISPOSITIF INTRA-UTERIN (D.I.U)

D.1.4.1 Boucle de Lippes

C'est un petit appareil en matière plastique, Polychytlène destiné à être placé à l'intérieur de l'utérus

D.1.4.2 "T" de cuivre ou COPPERT et 1 de cuivre

Il s'agit également de petits appareils qui ont en plus de la matière plastique (Polychytlène) une couche de cuivre, ce qui augmente le degré de leur efficacité. L'adjonction d'un métal ionisé augmente aussi l'efficacité, de sorte que la méthode reste fiable même sans association avec les spermicides.

AVANTAGES

- D.I.U est une méthode contraceptive de choix quand le couple est motivé
- D.I.U; est d'une durée indéterminée (2 ans et plus)
- N'apporte aucune perturbation hormonale
- Dans le cadre d'une politique démographique nationale est d'un prix de revient avantageux
- Ne nécessite aucun recours à la mémoire
- Méthode commode qui fait appel à une seule décision du couple
- N'exige pas un effort et une attention constante comme d'autres méthodes
- Elle élimine les risques dus à la négligence
- Son emploi n'interfère pas dans les relations sexuelles
- Dans le cadre d'une politique nationale de planning familial le D.I.U est d'un prix de revient très avantageux parce qu'on peut le remplacer seulement après 2 ans et plus.

INCONVENIENTS

- Présente un certain taux d'échec qui varie entre 1 à 5 % pour le stérilet et de 1^{er} pour le T
- couvre elle 7 de cuivre
- Présente des effets secondaires: saignement, douleur, écoulement vaginal qui sont corrigés par le traitement médical
- Cette méthode présente également des contreindications telles: tels que:
 - Infection pelvienne
 - Grossesse
 - Nulliparité
 - Fibromes
 - Saignements utérins anormaux
 - Cancer des voies génitales
 - La mise en place peut être parfois douloureuse
 - Sa mise en place exige également une consultation médicale
 - Le D.I.U peut être expulsé à l'extérieur par des contractions utérines chez les grandes multiparas.

DESCRIPTION

D.1.5 CONTRACEPTION ORALE

D.1.5.1 Pilule combinée

- Est composée de substances chimiques (hormones de synthèse) d'usage oral
- Chaque comprimé contient en association deux produits de synthèse: un oestrogène et un progestatif
- La contraception orale supprime l'ovulation c'est-à-dire qu'elle empêche la maturation de l'ovule et son expulsion de l'ovaire: (La pilule ajoute de petites quantités de progestérone de synthèse aux hormones secrétées par le système glandulaire et celles-ci ont pour effet d'empêcher l'ovulation comme cela se passe pendant la grossesse).
- La contraception orale doit être prescrite généralement après un examen = médical
- Elle consiste à absorber chaque jour, et pendant 21 jours, à partir du 5^e jour de cycle (le 1^{er} jour du cycle étant le premier jour de la menstruation) une des pilules de la dose mensuelle. La menstruation se déclanche en général le 17 jours suivants.
- Pour aider les femmes à garder l'habitude de la prise de la pilule, certaines marques ajoutent 7 pilules additionnelles contenant uniquement du sucre du fer ou des vitamines.
- Une surveillance médicale au moins une fois par an est conseillée.

AVANTAGES

- La plus efficace des méthodes si elle prise dans les conditions indiquées
- Son efficacité contraceptive qui est très grande
- Méthode d'usage discret et commode
- La contraception orale présente un haut degré d'acceptabilité
- Présente des accidents extrêmement rares
- Méthode employée en cas de contraindication des autres méthodes
- Meilleure tolérance grâce à l'introduction des pilules mini-dosées.

INCONVENIENTS

- Taux d'échec : 0,03 %
- Cette méthode implique le développement d'attitudes de discipline et de persévérance pour atteindre les résultats contraceptifs souhaités
- Exige une prescription médicale
- La contraception orale présente certaines contre-indications: pour les femmes ayant ces maladies suivantes: Diabète, hépatite, troubles cardiovasculaires, et les symptômes du cancer.
- L'application de cette méthode de contraception exige un examen médical préalable et une surveillance médicale régulière
- Cette méthode peut produire des malaises semblables à celles qui se produisent pendant les grossesses surtout au début de son application, mais ces malaises disparaissent après 3 mois
- Peut présenter des problèmes psychologiques.

D.1.5.2. PREPARATION SEQUENTIELLES

En ce qui concerne les contraceptifs oraux séquentiels, on administre un oestrogène seule pendant 14 à 16 jours puis un comprimé associé renfermant un oestrogène et un progestatif pendant 5 à 7 jours.

Ensuite, pendant 7 jours on administre rien, ou on administre un PLACEBO.

Pendant cette période d'absence de traitement, il se produit une hémorragie utérine.

D.1.5.3. PROGESTATIFS ORAUX CONTINUS

L'utilisation quotidienne ininterrompue d'une petite quantité d'un progestatif peut (un progestatif à très faible dose) également supprimer la fertilité sans toutefois produire une inhibition de l'ovulation. Il agit essentiellement sur la glaire cervicale.

L'Administration est continue, l'endomètre tend à se détruire et à saigner à intervalles irréguliers.

- | AVANTAGES | INCONVENIENTS |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Méthode plus douce - Plus physiologique - Mieux tolérée - Administrées en cas d'intolérance des préparations oestro-progestatifs - Administrées quand on recherche un éventuel effet rebond (stérilités par anovulation). | <ul style="list-style-type: none"> - Ne présente pas les mêmes efficacités que la méthode combinée (efficacité importante) - Ne présente pas non plus la même sécurité - Taux en oestrogènes est très fort ce qui peut entraîner beaucoup de maux - Taux d'échec = 0,5 à 4 %. |

- Méthode utile pour les femmes ne tolérant pas les contraceptifs oraux classiques.

- Efficacité réduite
- Taux d'échec = 2 à 8 %

DESCRIPTION

AVANTAGES

INCONVENIENTS

CONTRACEPTIFS INJECTABLES DEPO-PROVERA

Il s'agit d'une préparation progestative injectable ayant un effet retard.
 Ces injections intramusculaires sont généralement actives pendant 3 ou 6 mois.
 Le plus souvent, on injecte 150 mg tous les 3 mois dans le muscle deltoïde, la fesse ou la cuisse.
 Comme les méthodes contraceptives orales combinées, cette méthode protège pratiquement, complètement contre la grossesse et ne nécessite pas d'action de la femme si ce n'est de revenir périodiquement recevoir une nouvelle injection.

- Méthode sûre et efficace
- Présentant des facilités d'administration, pas de difficultés d'erreurs
- Taux d'échec minime
- Présente peu d'effets secondaires
- Peut être administré pendant la période d'allaitement (augmente la quantité de lait maternel)
- Présente une indépendance à l'égard des rapports sexuels.

- Taux d'échec = insignifiant
- Cette méthode de contraception présente peu d'effets secondaires chez un nombre minime de femmes:aménorrhée, métrorragies, saignements, etc....
 Ces effets secondaires peuvent être corrigés par le traitement médical.
- Il s'agit d'une méthode qui est encore à l'état d'expérimentation surtout en ce qui concerne les dangers
- D.P. peut avoir une action prolongée plus que la durée prévue
- Comme les méthodes de contraception orale elle nécessite une consultation médicale préalable.
- Augmentation de poids (le gain de poids qui peut être un bien pour certaines et un inconvénient pour d'autres).

DESCRIPTION

- 78 -
AVANTAGES

INCONVENIENTS

D.2. Méthodes irréversibles
D.2.1. Stérilisation
D.2.1.1. LIGATURE DES TROMPES (Femme)

- Il s'agit d'une méthode de stérilisation de la femme qui nécessite une intervention chirurgicale en sectionnant ou en ligaturant les trompes de FALLOPE qui conduisent l'ovule de l'ovaire à l'utérus.
- Cette méthode empêche l'ovule de s'acheminer vers l'utérus.
- L'union de l'ovule et du spermatozoïde est définitivement impossible, le spermatozoïde ne pouvant atteindre l'ovule explusé dans la trompe ligaturée.
- La ligature des trompes implique une opération qui doit atteindre les trompes, pour la sectionner et les ligaturer les extrémités soit :
 - par voie abdominale
 - par méthode coelioscopique
 - par voie vaginale sous anesthésie générale.Quatre à six jours d'hospitalisation sont nécessaires.

- Méthode qui permet d'éviter définitivement la grossesse
- Méthode qui présente une efficacité absolue lorsque l'opération est faite convalescentement.
- C'est une méthode sûre et sans danger et élimine tout risque de fécondation
- Ligature des trompes n'a généralement aucun effet secondaire notable.
- Taux d'échec est pratiquement nul.

- Méthode irréversible
- Méthode qui ne doit être employée que lorsque le couple ne désire plus d'enfants.
- Hospitalisation
- Troubles affectifs temporels.

DESCRIPTION

D.2.1.2. VASECTOMIE (Homme)

- Il s'agit d'une méthode de stérilisation qui nécessite une intervention chirurgicale, elle consiste à sectionner le canal déférent (tube qui conduit les spermatozoïdes des testicules au pénis).
- La Vasectomie empêche le sperme d'atteindre le pénis.
- L'opération se fait sans hospitalisation et sous anesthésie locale. Le médecin peut la réaliser dans sa consultation : il fait une petite incision dans le tissu de la partie supérieure latérale du scrotum, sectionne le canal déférent dont les extrémités sont ou ligaturées ou cautérisées.
- Après la vasectomie, l'homme a des relations sexuelles normales à part que le liquide séminal éjaculé ne contient pas de spermatozoïdes. Ces derniers sont retenus dans le testicule et se dégradent comme tous les autres vieux tissus du corps.

AVANTAGES

- L'efficacité contraceptive est totale si l'opération chirurgicale est réalisée convenablement
- La contraception est définitive (sa réversibilité par une 2^e opération n'est pas assurée).
- Opération rapide, simple qui n'implique pas un arrêt des activités (on peut recommander un repos de quelques heures).
- Taux d'échec nul
- lorsque le couple est sûr de sa décision et que les conjoints ont été préparés convenablement, la vasectomie ne présente presque jamais d'effets secondaires
- La vasectomie ne change en rien les mécanismes physiologiques de l'acte sexuel ni les pulsions biologiques de la sexualité.

INCONVENIENTS

- Méthode irréversible
- A cause de son irréversibilité, c'est une méthode difficilement recommandable aux personnes dont le choix n'est pas très décisif et qui pourraient changer d'avis quant à leur désir de ne plus procréer.
- Méthode employée uniquement lorsque le couple ne désire plus d'enfants.
- Troubles affectifs temporels.