

CONSEIL SCIENTIFIQUE CONSULTATIF POUR LES PROBLÈMES
SOCIO-DEMOGRAPHIQUES (C.S.C.).

Compte-Rendu de la réunion du 15 mars 1977.

Le Conseil Scientifique Consultatif pour les Problèmes socio-démographiques a tenu sa 7^{ème} séance de travail le 15 mars 1977 à 9 h 00, sous la Présidence de Madame HABIMANA NYIRASAFARI Gaudence, Présidente du Conseil.

La Présidente du Conseil a ouvert la séance par un rappel des points inscrits à l'ordre du jour à savoir; les deux projets confiés à deux sous-commissions lors de la dernière séance du Conseil:

- Un projet relatif à la Politique démographique
- Un projet d'intégration de la Planification Familiale (P.F) dans les centres médico-sanitaires (C.M.S).

Après avoir longuement débattu ces deux points, le Conseil a adopté deux projets ci-contre. Le premier concerne les propositions à soumettre au Ministère du Plan pour le Plan Quinquennal 1977 -1981 en matière de démographie (Politique démographique), le second définit un programme d'action en matière de planification familiale à soumettre à un organisme de financement.

Avant de clore ses travaux à 16 h 00 le Conseil a fixé comme objet d'^{une nouvelle}étude la question de migrations au Rwanda.

I. Position du problème

Le problème démographique est une des conséquences directes de la situation du sous-développement de notre pays qui ne parvient pas à contenir le taux d'accroissement de la population dans l'augmentation du P.I.B. en termes réels. Il est aussi une conséquence de l'insuffisance des terres cultivables, d'une industrialisation embryonnaire à faible intensité de main-d'oeuvre, de la faiblesse du niveau de la productivité dans tous les domaines

L'enquête démographique de 1970 donne un taux d'accroissement démographique moyen de 2,6 %, mais certains démographes estiment que ce taux est actuellement de 3,2 %. A ce taux de 2,6 %, la population rwandaise sera environ de 4,9 millions d'habitants en 1981 et environ de 8 millions en l'an 2.000.

Ces données statistiques sont très significatives par rapport au taux de croissance économique qui est estimé actuellement à 2 %. Ce déséquilibre entre ces deux taux pose de graves problèmes pour le développement économique et socio-culturel du pays.

Aussi, une certaine politique dans ce domaine est indispensable pour faciliter le décollage économique de notre pays. Cette politique n'aura de chance de réussite que dans la mesure où elle sera conçue globalement et dans le cadre des différentes transformations structurelles nécessaires au démarrage économique harmonieux.

Différentes réformes sont envisagées dans les domaines de l'enseignement, du crédit, de l'habitat, de l'agriculture....; mais il ne faudrait pas oublier que la pression démographique handicape tous les efforts de développement. Il est vrai que toutes ces réformes sont liées et que pour les appliquer il faille une décision politique spéciale pour éviter les effets de retournement, donc de freinage.

Dans la réalisation de toutes ces ^{re}formes, diverses opinions contradictoires contrecarrent l'action dans ce domaine. Mais faut-il attendre ces réformes pour lancer une action visant la pression démographique? Il semble que le problème se pose en termes d'urgence, de choix entre la vie et la mort et qu'il serait mieux de parer au plus pressé.

Il s'avère en outre que le public qui subit les conséquences de cette situation démographique attend des solutions sûres et efficaces pour faire face à leurs responsabilités familiales. Le planning familial apparaît actuellement comme une des solutions aux problèmes socio-démographiques, mais elle ne peut se substituer aux mesures visant l'augmentation de la production économique qu'elle devrait compléter.

Le C.S.C. pour les problèmes socio-démographiques lors de sa 5ème séance du 23 août 1976, a analysé les possibilités d'application de la politique du Planning Familial dans les infrastructures socio-sanitaires existantes.

II. Définition et justification du programme de Planning Familial

Le C.S.C. considère que l'approche visant à présenter la contraception comme un facteur permettant d'espacer les naissances plutôt que de les empêcher risque d'avoir plus de succès. La mère comprendra qu'il s'agit de l'aider à ne pas se surmener. Les mutations socio-démographiques qui se produisent aujourd'hui avec une extrême rapidité permettent de conclure que la société ne tolérera pas à l'avenir, un comportement reproductif irresponsable. Le programme de planning familial doit être basé sur le principe fondamental à savoir, l'exercice de la liberté et de la responsabilité de chacun dans le domaine de procréation.

Un comité d'experts de l'O.M.S. en 1970 a conclu que les pratiques qui constituent la planification familiale doivent permettre aux individus et aux couples d'atteindre certains buts bien déterminés :

- éviter les naissances non désirées
- favoriser les naissances désirées
- agir sur les intervalles génésiques
- ajuster le calendrier des naissances en fonction de l'âge des parents et déterminer le nombre des enfants qui constitueront une famille.

Le Planning Familial pensé dans le cadre de l'espacement des naissances permettrait l'amélioration de la santé et l'entretien d'une population saine qui autrement resterait menacée des maladies carencielles.

Cette définition trace à notre avis, le cadre du projet de planning familial que le C.S.C. propose dans la politique globale de développement.

III. Objectifs et les répercussions du programme de planning familial

Les objectifs d'un tel programme doivent être bien définis. Dans les problèmes socio-démographiques de notre pays, il faut veiller à ce que la taille de la population soit compatible avec les ressources disponibles.

Dans la plupart des cas, ce n'est que 5 ans, au moins, après le lancement d'un programme de planning familial que l'on peut clairement discerner son impact sur la fécondité. Il faut généralement au moins 1 an pour sensibiliser les cadres supérieurs, une seconde année est habituellement nécessaire pour recruter, former ou perfectionner le personnel des services ; ce n'est qu'au bout de 3 ans au moins que l'information et les contraceptifs peuvent être largement diffusés parmi la population.

Il faut attendre ensuite 9 mois pour que les contraceptifs produisent leurs premiers effets dans le sens d'une réduction de la natalité.

Ainsi donc faut-il généralement 5 ans au moins après la mise en route d'un programme de planning familial pour pouvoir discerner clairement ses effets sur la fécondité.

Parmi les conséquences positives de la planification familiale on peut noter :

A. Les conséquences sanitaires

Le programme de planning familial a des répercussions sur l'amélioration de la santé de la femme, du foetus, du nourrisson et de l'enfant. Ces conséquences sanitaires positives au niveau individuel devraient concourir à l'amélioration du niveau de santé des familles.

B. Les conséquences économiques

Le planning familial doit être guidé par le souci de garantir aux générations présentes et futures les moyens de satisfaire les besoins fondamentaux de tout homme (nourriture, logement, santé, éducation...).

Le planning familial à lui seul ne peut permettre un développement économique. Néanmoins, elle peut contribuer à la solution de certains problèmes économiques de plus en plus aigus.

1. La raréfaction des terres :

La tradition rwandaise veut que le patrimoine familial en terre soit partagé entre les fils. Ce patrimoine n'étant pas extensible, les parts individuelles deviennent de plus en plus réduites.

En effet, avec une population de \pm 4,2 millions d'habitants, le Rwanda a une densité de 350 habitants au Km² de terre cultivable. L'exploitation moyenne atteint à peine un ha en tenant compte que 2/3 des exploitations s'étendent sur moins d'un Ha.

A mesure que la densité démographique augmente, la durée des jachères se raccourcit et les mesures de conservation des sols sont négligées, de sorte que la fertilité des terres est en baisse partout.

La qualité de la nutrition qui ne correspond actuellement qu'à 85 % des besoins est fort affectée par la pression démographique.

Une partie de plus en plus importante de la population, et surtout la jeunesse, est démunie de terre, et en même temps les exploitations les plus petites sont réduites pour atteindre une taille non viable pour l'entretien normale d'une famille.

Les conséquences d'une telle situation se font sentir à différents niveaux ; Exemples :

- l'exode rural des jeunes qui n'arrivent pas à trouver un lot de terre où se construire un abri ;
- l'impossibilité de diffuser les nouvelles méthodes culturales dans une population découragée par un rendement agricole de plus en plus maigre.

2. La commercialisation des produits :

L'échange des produits nécessite l'existence des surplus agricoles. La raréfaction des terres cultivables entraîne la réduction de la capacité de production par famille et par conséquent la suppression du surplus. Cette situation fait que la quantité des produits agricoles offerts sur le marché est inférieure à la demande.

3. Le marché de l'emploi

L'inexistence des emplois non agricoles dans le secteur rural accentue l'exode rural et entraîne : chômage, banditisme, vagabondage, prostitution, mendicité, alcoolisme ... de toute une jeunesse que les industries naissantes ne peuvent ~~ne~~ ~~peuvent~~ résorber.

C. Les conséquences sur le plan social

La pauvreté se répercute aussi sur la vie des familles en général :

a) la vie familiale

Citons à titre d'exemple le cas des travailleurs saisonniers "Abapagasi". Ces derniers abandonnent leurs familles pour se chercher du travail souvent non rémunérateur dans d'autres régions. Cette séparation momentanée est une des causes de l'augmentation des unions libres, d'enfants naturels, de séparations ou divorces.

b) l'éducation de la population

Un accroissement de la population sans augmentation proportionnelle d'infrastructures scolaires et sociales accentue le taux d'analphabétisme, d'ignorance et de malnutrition surtout chez les enfants et les mères.

Dans ce domaine, le planning familial peut assurer certains services dont :

- sensibilisation de la population aux conséquences démographiques sur les différents aspects du développement
- informations et conseils
- sensibilisation des couples et de la jeunesse à la parenté responsable
- éducation sexuelle est familiale.

Le programme de planning familial peut contribuer à dépasser la mentalité fataliste qui constitue un des premiers obstacles au développement.

IV. Stratégie ou moyens d'approche

Au Rwanda, le planning familial doit être associé avec d'autres activités sanitaires :

- soins puérpér~~aux~~ et gynécologiques
- services de protection maternelle et infantile
- programmes de lutte contre les maladies
- soins médicaux généraux
- préparation au mariage
- éducation sanitaire en général etc....

Aussi la mise en place d'un tel programme doit être progressive. Les prestations de planification familiale doivent se limiter au départ aux activités d'informations, d'éducation relatives à l'application de certaines méthodes conventionnelles et modernes pouvant être adoptées. Une progression chronologique s'avère nécessaire. Les opérations sont à entreprendre d'abord dans les hôpitaux et dispensaires des agglomérations, pour s'étendre ensuite dans les zones rurales. La participation des professionnels de la santé, des affaires sociales et du développement communautaire est indispensable pour l'encadrement qu'exige la réussite du projet.

Il est très important de respecter et de suivre certaines étapes pour garantir la réussite du projet.

V. Législation nécessaire

Le Conseil Scientifique Consultatif a proposé qu'il y ait un autre texte législatif réglementant la contraception. Certains articles du projet du Code pénal, en particulier l'article 379 relatif à la publicité des moyens abortifs et contraceptifs est en ~~en~~ contradiction avec les recommandations du Conseil Scientifique Consultatif en matière de problèmes socio-démographiques.

Le projet du Code pénal devrait tenir compte de ces recommandations pour élaborer des mesures adaptées à la réalité actuelle du pays.

PROJET D'INTEGRATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE (P.F)
DANS LES CENTRES MEDICO-SANITAIRES (C.M.S.)

I. INTRODUCTION

Les menaces de surpopulation se posent en termes d'urgence au Rwanda. Cette surpopulation s'accompagne des fléaux sociaux suivants:

- Dans les zones rurales:

Une diminution des terres cultivables qui entraîne la régression des moyens de subsistance, la désertion des campagnes par la jeunesse, la sous-alimentation et les maladies carencielles, la mortalité maternelle et infantile (soins encore insuffisants).

- Dans les zones urbaines:

On assiste à une montée vertigineuse d'une jeunesse désœuvrée menacée par le banditisme, le chômage, la déscolarisation...

- Au niveau national:

La productivité reste inférieure aux taux d'accroissement annuel de la population.

Malgré les efforts entrepris par le Gouvernement dans les différents domaines: agriculture (colonisation des terres inoccupées), création des coopératives agricoles, encadrement de la jeunesse, création des écoles familiales et artisanales, la pression démographique reste constante. L'enquête démographique de 1970 donne un taux d'accroissement annuel de 2,6%. A ce taux, on estimait que la population rwandaise atteindrait 4.900.000 habitants en 1981 et 8.000.000 en l'an 2.000.

Si on ramène ces chiffres à la superficie totale du pays, 26.338 km², on se rend compte de l'importance du problème si l'on sait par ailleurs que 96% de la population totale est composée des agriculteurs et que l'industrialisation est très faible.

Les statistiques actuelles donnent les taux suivants :

- le taux de croissance économique compte tenu de l'accroissement démographique: 1 à 2% (source: Miniplan cfr Projet de Plan)
- le revenu monétaire moyen par habitant: 65 \$ (source: Miniplan)
- le % de la population âgée de moins de 18 ans: 60%
- le % des enfants de la 6e primaire qui accèdent à l'Enseignement secondaire: 8% (source: Minéduc)
- le taux de dépendance économique: 120 % (source: Miniplan)
- le taux de mortalité infantile: 125 o/oo (source: Minisanté)

La politique de "Planning familial" intégrée dans les services de Protection maternelle et Infantile est considérée comme une des solutions aux problèmes socio-démographiques ainsi posés.

II. PROGRAMME D'ACTION PROPOSE PAR LE CONSEIL SCIENTIFIQUE CONSULTATIF
POUR LES PROBLEMES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES: INTEGRATION DE LA PLANIFI-
CATION FAMILIALE (P.F) DANS LES CENTRES MEDICO-SANITAIRES (C.M.S.).

.../...

RAISONS QUI MILITENT POUR L'INCLUSION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE
DANS LES CENTRES MEDICO-SANITAIRES (C.M.S.).

- 1.1. La planification familiale représente potentiellement un élément de toute prestation sanitaire assurée aux familles.
- 1.2. L'expérience montre que de nombreux membres des professions médico-sanitaires, en particulier les médecins, les infirmières, les Assistants médicaux et les Assistantes sociales voient régulièrement les mères leur demander des conseils en matière de P.F. qui représente en fait en puissance un besoin de chaque famille. Les mères sont habituées à fréquenter les maternités, les C.M.S et les Centres nutritionnels. Ces formations sont les mieux indiquées pour parler de la P.F. aux mères au cours des consultations pré-natales, dans le post-partum, au cours des consultations des nourrissons ou à l'occasion de l'éducation nutritionnelle.
- 1.3. La prise en charge des activités de P.F. par les services de protection sanitaire des familles facilite le contact avec les pères et leur collaboration qui, dans notre pays, est essentielle, si l'on veut que les femmes puissent recourir aux services dont elles ont besoin.
- 1.4. L'expérience d'autres pays montre partout que la participation du personnel médico-social est nécessaire pour le contrôle suivi des effets secondaires de certaines méthodes et de l'état de santé en général.
- 1.5. Puisque c'est le personnel médico-sanitaire qui connaît le mieux les aspects sanitaires de la P.F. et qui a le plus de compétence pour s'en occuper, on peut raisonnablement conclure que la P.F. a sa place parmi les activités des services de C.M.S.
- 1.6. L'inclusion de la P.F. dans les activités courantes de C.M.S est économique, car elle s'appuie sur le personnel trouvé sur place et n'exige pas nécessairement de nouveaux locaux.

OBJECTIFS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE INTEGREE DANS LES ACTIVITES
DE C.M.S.

Diverses études ont apporté la preuve que l'état de santé d'une femme est en rapport avec le nombre, la chronologie et l'espacement des naissances, que cet état de santé soit apprécié d'après les courbes de fécondité ou de mortalité, ou qu'on le définisse de façon plus positive comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et non pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité".

Dans certains cas, la grossesse est contre-indiquée pour des raisons cliniques précises et des mesures de P.F. sont alors indispensables pour prévenir une aggravation d'un état pathologique existant.

.../...

Dans d'autres cas très fréquents, la non-régulation des grossesses risque d'avoir des effets néfastes sur la santé des mères. On sait aujourd'hui qu'une famille nombreuse, un rang de parité élevé, une grossesse chez une femme de moins de 18 ans et de plus de 35 ans, des naissances très rapprochées et un sevrage abrupt, sont en corrélation plus ou moins étroite avec la morbidité et la mortalité chez la mère, l'enfant et les autres membres de la famille. La régulation des naissances est donc un instrument préventif d'une importance capitale.

D'autre part, les rapports entre la régulation des naissances et la santé materno-infantile peuvent être envisagés sous un angle positif, dans la mesure où ils peuvent améliorer la qualité de la vie. Si les naissances surviennent au moment où elles sont désirables et souhaitées, il y a toutes les chances pour que les enfants soient bien soignés, pour qu'ils se développent normalement dans un milieu favorable et pour que les rapports familiaux soient harmonieux et contribuent à améliorer l'état de santé de la famille entière.

Pour la planification familiale, le respect de la personne humaine implique qu'un couple est libre de choisir le nombre de ses enfants et le moment de leur venue au monde. Mais, pour notre pays où la tradition et les croyances pèsent encore beaucoup, la liberté de choix en matière de P.F. doit être éduquée et orientée. Les conséquences physiques et sociales de cette liberté sont des éléments qui entrent dans la définition de la "SANTÉ". La jouissance de cette liberté suppose une extension des prestations de P.F. dans le cadre des services de santé, plus particulièrement les services de P.M.I. et l'acquisition des compétences nouvelles; elle suppose également que le personnel de santé et l'autorité publique contribueront à faire prendre conscience aux individus des responsabilités correspondantes, autrement dit qu'ils les conseilleront et les aideront à être des parents responsables et à assurer à leurs enfants un développement sain et harmonieux.

La P.F. a aussi pour but de permettre aux couples qui sont involontairement stériles d'avoir la famille qu'ils désirent dans le contexte social et de santé souhaité.

Ainsi la conjugaison de la planification familiale dans les activités de C.M.S offre l'avantage de percevoir dans un système cohérent et coordonné, respectant la personne humaine, la lutte pour solutionner les problèmes sanitaires de la mère et de l'enfant.

La planification familiale gagnera aussi à s'associer avec les services de lutte contre les maladies déterminées, des soins médicaux généraux, de l'enregistrement des statistiques d'état civil, de la préparation au mariage et des activités de développement communautaire.

3. RESSOURCES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE INTERNE DANS LES C.M.S.

3.1. Personnel

3.1.1. Sélection

Avant d'établir une liste des différentes catégories de personnel susceptibles de travailler dans un C.M.S./P.F., il est important d'en déterminer les critères de sélection.

Le facteur décisif pour le choix d'un candidat sera sa MOTIVATION. Bien souvent en effet, les problèmes posés par le personnel ne relèvent pas de sa qualification professionnelle ou de sa technicité mais d'un manque de conviction pour travailler dans un C.M.S./P.F. Or il semble évident que pour faire accepter un programme de P.F. par la population, il faut avant tout que le personnel ait foi en son travail, s'y intéresse et sache convaincre la clientèle de son utilité.

Un des problèmes qu'on peut rencontrer lors de la création d'un programme intégré C.M.S./P.F. est l'emploi du personnel de C.M.S. souvent hostile à la planification familiale. Il vaut mieux ne pas créer des activités de régulation des naissances dans un service de C.M.S. lorsque le personnel n'est pas motivé, est rebelle à tout changement d'attitude et de comportement, et ne peut pas être muté à d'autres responsabilités. La motivation doit être complétée par une formation appropriée, dispensée à tout le personnel des C.M.S. qui auront à intégrer la régulation des naissances à leurs activités.

3.1.2. Formation

3.1.2.1. Formation générale

Elle sera axée notamment sur :

- La transformation de la mentalité: les relations personnel-population doivent être humanisées. L'équipe de santé C.M.S./P.F. doit apprendre à accueillir la population, à la comprendre, à la respecter, à l'aider. Le personnel doit être en bref, un "agent de santé de la famille".

- La connaissance de la population du secteur desservi.

- Le travail en équipe: il faut que l'équipe de santé (médecin, assistant médical, infirmière, assistant(e) social(e)) vive certaines activités en équipe: découvrir l'autre, la responsabilité que chacun peut assumer, la complémentarité dans l'action.

Schématiquement, le programme de cette formation serait le suivant :

La connaissance du milieu

1. Données géographiques
2. Données démographiques
3. Données économiques
4. Données administratives
5. Données socio-culturelles
6. Problèmes et besoins ressentis ou latents du milieu (forces motrices du changement).

La dynamique de groupe

1. La notion de groupe
2. Le phénomène de groupe (phénomène de socialisation notamment)
3. Le fonctionnement du groupe
4. Animation des réunions de petit groupe (techniques et méthodes)
5. Comment animer ou motiver le personnel médico-social et les couples rwandais.

Le Service Social individualisé

1. La relation de confiance
2. Les visites à domicile et les entretiens
3. Principes de base du service social individualisé
4. Les rapports de visites à domicile
5. Applicabilité du Service Social individualisé aux familles rwandaises.

3.1.2.2. Formation spécifique

Cette formation aura pour tâche de faire découvrir progressivement la corrélation entre la reproduction humaine et la santé de la famille, et partant la santé de la collectivité et faire ressortir l'importance de la P.F. comme une activité indispensable et complémentaire aux autres activités de santé.

Le contenu de cette formation peut être schématisé comme suit:

1. Santé de la mère
 - Rappel anatomique sur les organes de reproduction
 - Physiologie de la reproduction humaine
 - Effets de la grossesse sur la santé de la mère
 - Rôle des consultations pré et post-natales
 - Notions sur la stérilité (causes, traitement, préventions)
2. Santé de l'enfant
 - Allaitement maternel
 - Notions sur les malnutritions protéino-caloriques
 - Importance des consultations des nourrissons
 - Mortalité infantile.
3. Santé de la famille et économie familiale
 - Rôle du père dans la santé familiale
 - Importance de la stabilité conjugale du couple sur la vie de la famille
 - Initiation des parents à prévoir l'avenir de leurs enfants
 - Notions sur la taille de la famille: sa santé et son équilibre.
4. Education sanitaire
5. Attitudes du personnel de santé et la population
 - Efficacité du succès lié au contact permanent
 - Méthodes d'accueil, esprit de compréhension
 - Importances des visites à domicile
 - Faire participer la population aux activités de C.M.S./P.F.

Méthodes de la planification familiale

- Traditionnelles
- Modernes

7. Notions sur l'évaluation du travail

- Tenue des fiches
- Analyse des résultats
- Initiation à l'esprit de créativité

8. Notions de démographie et de biométrie

- Structure de la population
- Natalité et fécondité
- Mortalité et morbidité.

3.1.3. Effectif requis pour le projet C.M.S./P.F.

Le nombre de personnes travaillant dans un C.M.S./P.F. sera fonction du volume de clients accueillis, de la situation géographique du centre. Sur ce dernier point, il y a un minimum à respecter.

Centre urbain: 1 médecin, 2 à 3 infirmières accoucheuses

1 secrétaire médical, 1 ou 2 assistants(es) Sociaux(ale)s
1 travailleur

Centre rural : 1 infirmière accoucheuse

1 assistant médical
1 assistant(e) social(e)
1 travailleur

A l'échelle nationale, les activités des C.M.S./P.F. seront coordonnées par un organe central qui fonctionnera au sein du Ministère de la Santé Publique. Cet organe comprendra:

- Un directeur du projet (médecin)
- Un directeur-adjoint (sociologue)
- Un responsable national de l'Education en matière de Planning Familial
- Un chef du secrétariat
- Un comptable
- Deux dactylographes
- Deux chauffeurs
- Un planton.

Le personnel de cet organe central aura notamment pour rôle d'assurer l'administration et la gestion du projet, de participer à l'élaboration du programme de sensibilisation des agents sociaux et para-médicaux et d'organiser l'information et l'éducation de la population.

3.2. LOCAUX

Le problème des locaux est interdépendant de celui du personnel.

Une partie des locaux du Ministère de la Santé Publique devra abriter les services de l'organe central de coordination des activités du projet "Intégration de la Planification Familiale dans les C.M.S."

.../...

Pour le C.M.S./P.F., il faudra prévoir un minimum de trois pièces: l'une pour l'accueil et l'inscription de la clientèle, l'autre pour l'éducation et la troisième pour la consultation gynécologique.

Ces conditions minima sont aisées à réaliser dans les 3 grands hôpitaux du pays, à savoir BUTARE, KIGALI et RUHENGERI. Cédernier hôpital vient d'être doté d'une nouvelle extension de P.M.I. très moderne dont on peut s'inspirer pour l'intégration des activités P.M.I./Nutrition/P.F.

Si on n'a pas une unité de soins de P.M.I., la consultation de planification familiale peut être intégrée à une maternité ou à un hôpital. De ce fait la consultation est ouverte non seulement aux femmes qui viennent consulter pour cette raison, mais également aux femmes qui sont hospitalisées et qui, pour des raisons de santé, ont besoin d'utiliser une technique contraceptive. Il est nécessaire cependant que la consultation de P.F. puisse se dérouler dans une pièce indépendante du service de maternité.

3.3. Matériel - Equipement - Pharmacie.

Toute liste du matériel nécessaire au fonctionnement d'une consultation de P.F. est discutable. Toutefois, le matériel doit répondre à un certain nombre de critères:

- quantité minimum mais suffisante pour que les consultations se déroulent dans des conditions médicales correctes
- complémentaire au matériel existant
- adapté au volume de la clientèle
- réutilisable après stérilisation
- stock suffisant afin de pouvoir le remplacer dans les délais rapides évitant ainsi l'arrêt des consultations faute de matériel.

En général, les C.M.S. ou les maternités disposent d'un matériel indispensable qui serait complété par un matériel spécifique aux activités de P.F. Cependant, avant de lancer le programme au Rwanda, il faudra d'abord inventorier le matériel disponible dans les centres pilotes qui seraient choisis afin de pouvoir le compléter.

Pour la question de pharmacie, les médicaments d'usage courant sont disponibles dans les formations sanitaires du pays.

4. PHASES D'INTRODUCTION DU PROGRAMME DE P.F. DANS LES ACTIVITES DE C.M.S.

L'introduction de ce programme est une innovation pour les autorités, le personnel de santé et surtout pour la population. Les résistances, voire les hostilités sont sûrement nombreuses. C'est pourquoi une information d'éducation et de motivation doit être préalable au lancement du programme. Aussi, une mise en oeuvre doit-elle débiter par quelques formations médicales bien choisies, suffisamment structurées et équipées avec un personnel motivé et assez entraîné aux tâches nouvelles de P.F.

Ainsi, l'introduction de P.F. doit passer par des phases progressives suivies chaque fois d'évaluation afin d'apprécier les différentes attitudes de la population en général, des mères servies et réorienter les activités d'après les aspirations objectives et réelles de la clientèle visée par le programme.

C'est pourquoi, dans la première phase qui s'étendrait sur une période de deux ans, il est proposé de se limiter aux seuls centres urbains de Butare, Kigali et Ruhengeri. Il a été signalé ci-dessus que ces trois villes possèdent actuellement une infrastructure médicale pouvant s'approprier au démarrage du projet.

III. COUT DU PROJET.

Les chiffres donnés se rapportent uniquement aux opérations de la première phase du projet considérée comme phase pilote et qui durerait deux ans (cfr. supra). C'est, en effet, à l'issue de cette phase que l'on pourra déterminer avec plus d'objectivité les orientations à donner au projet de même que la stratégie à utiliser et cela en fonction des résultats déjà enregistrés. Les dépenses pour cette période se répartissent en sept rubriques principales, à savoir :

- 1° frais de personnel;
- 2° indemnités pendant les stages;
- 3° indemnités de restaurant;
- 4° mobilier et matériel de bureau;
- 5° matériel de transport;
- 6° fournitures de bureau;
- 7° médicaments et matériel technique.

L'IPPF pourra prendre en charge toutes les dépenses.

1. FRAIS DE PERSONNEL.

A. Pour l'organe central.

1. Un directeur du projet.....	2.880.000 FRW	soit ± 32.000 \$
2. Un directeur-adjoint.....	2.400.000 FRW	soit ± 26.667 \$
3. Un responsable de la formation :	2.400.000 FRW	soit ± 26.667 \$
4. Un chef du secrétariat.....	960.000 FRW	soit ± 10.667 \$
5. Un comptable.....	960.000 FRW	soit ± 10.667 \$
6. Deux dactylographes.....	720.000 FRW	soit ± 8.000 \$
7. Deux chauffeurs.....	720.000 FRW	soit ± 8.000 \$
8. Un planton.....	192.000 FRW	soit ± 2.134 \$

SOUS TOTAL 1.A.....: 11.232.000 FRW soit 124.802 \$

.../...

B. Pour les trois centres P.M.I./P.F.

- 1. Trois médecins.....:5.760.000 FRW soit+64.000 \$
- 2. Neuf infirmières.....;...:6.480.000 FRW soit+72.000 \$
- 3. Trois secrétaires médicales.....:1.080.000 FRW soit+12.000 \$
- 4. Six assistants (es) sociaux (~~avec~~):4.320.000 FRW soit+48.000 \$
- 5. Trois travailleurs.....;.: 576.000 FRW soit+ 6.400 \$

SOUS TOTAL 1.B.....;.:18.216.000FRW soit+202.400 \$

TOTAL FRAIS DE PERSONNEL.....: 29.448.000FRW soit +327.202 \$

Le Personnel du Projet se loge

2. INDEMNITES PENDANT LES STAGES.

Avant de se lancer sur le terrain, le personnel technique du projet devra être formé.

A. Le directeur du projet, son adjoint et le responsable national pour la formation devront d'abord bénéficier d'un voyage d'étude d'environ un mois afin d'aller observer sur place ce qui se passe dans les autres pays où le programme de P.F. existe déjà. Il leur faudra 600.000 FRW x 3 = 1.800.000 FRW soit ± 20.000 \$

B. Les trois médecins devront suivre un stage à l'étranger d'environ deux mois.

Il leur faudra 1.200.000 FRW x 3 = 3.600.000 FRW soit ± 40.000 \$

C. Les neuf infirmières et les six assistants(es) sociaux (~~avec~~) seront également à recycler. Leur formation s'étendrait sur deux mois et elle se déroulerait dans l'un des trois hôpitaux de Butare, Kigali et Ruhengeri. Au cours de ce stage, chacun devra bénéficier d'une indemnité journalière de 2.000 FRW. Il faut prévoir donc :

2.000 FRW x 15 x 60 = 1.800.000 FRW soit ± 20.000 \$

TOTAL INDEMNITES PENDANT LE STAGE: 7.200.000 FRW soit ± 80.000 \$

3. INDEMNITES DE RESTAURANT.

Ces indemnités sont prévues uniquement pour le directeur, son adjoint et le responsable de la formation et les trois médecins lors des tournées d'information ou d'évaluation du projet. Une moyenne de 10 jours par mois et par personne a été retenue à raison de 4.000 FRW par jour. 4.000 FRW x 6 x 10 x 24 = 5.760.000 FRW. soit ± 64.000 \$.

4. MOBILIER ET MATERIEL DE BUREAU.

A. Mobilier de bureau.

1°. Huit bureaux à 2 caissons pour le directeur, son adjoint, le responsable pour la formation, les trois médecins, le comptable et le chef du Secrétariat :

17.000 FRW x 8 = 126.000 FRW soit ± 1.400 \$

.../...

2° Douze tables pour les dactylographes, les secrétaires médicales, les infirmières et les techniciens médicaux:

10.000 FRW x 12 = 120.000 FRW soit ± 1.330 \$

3° Trois armoires métalliques:

25.000 FRW x 3 = 75.000 FRW soit ± 830 \$

4° Dix classeurs métalliques :

21.000 FRW x 10 = 210.000 FRW soit ± 2.330 \$

5° Cinq étagères: 20.000 FRW x 5 = 100.000 FRW soit ± 1.110 \$

SOUS TOTAL 4.A. : 631.000 FRW soit ± 7.000 \$

F. Equipement et appareils de service :

1. Une machine à écrire ^{à petit chariot} simple.....: 36.850 FRW soit ± 410 \$

2. Une machine à écrire à grand chariot: 68.500 FRW soit ± 760 \$

3. Une machine à calculer: 30.000 FRW soit ± 330 \$

4. Une machine à photocopier: 162.500 FRW soit ± 1.800 \$

5. Une machine à stenciler: 120.000 FRW soit ± 1.330 \$

6. Entretien de toutes ces machines : 25.000 FRW soit ± 280 \$

SOUS TOTAL 4.B.: 442.850 FRW soit ± 4.910 \$

TOTAL MOBILIER ET MATERIEL DE BUREAU: 1.073.850 FRW soit 11.910 \$

5. MATERIEL DE TRANSPORT.

Il faudra acheter deux véhicules pour l'organe central afin de permettre à son personnel de prendre les contacts nécessaires sur place et de visiter les centres C.M.J./P.F.:

- Une Land-Rover.....: 1.800.000 FRW soit ± 20.000 \$

- Une V.W. coccinelle.....: 500.000 FRW soit ± 5.600 \$

- Essence pour ces deux véhicules:

31,2 FRW x 20 x 2 x 500 = 642.000 FRW soit ± 7.000 \$

- Entretien et réparation de ces deux véhicules:

5.000 FRW x 2 x 24 = 480.000 FRW soit ± 5.300 \$

TOTAL MATERIEL DE TRANSPORT: 3.304.000FRW soit ± 37.900 \$

6. FOURNITURES DE BUREAU.

Ce matériel est indispensable pour les sessions de formation, les centres P.M.I./P.F. et les besoins journaliers du Secrétariat de l'organe central.

<u>Articles:</u>	<u>Quantité:</u>	<u>Valeur (FRW)</u>
Papier duplicateur	100 paquets	100.000
Papier stencil.....	10 paquets	10.000
Papier pelure.....	50 paquets	50.000
Papier carbone.....	5 paquets	5.000
Papier pour photocopie.....	2 paquets	24.000
Rouleau pour machine à calculer	40 rouleaux	1.600
Ruban pour machine	10	4.000
Cahiers et registres	30	3.000
Encre pour stencils	200	100.000
Encre pour tempon.....	10	2.000
Vernis correcteurs	50	10.000
Crayons	50	1.000
Bics	100	12.000
Fournitures diverses	-	32.260
TOTAL FOURNITURES DE BUREAU..		354.860Frw/ soit ± 3.940 \$

.../...

7. MEDICAMENTS ET MATERIEL TECHNIQUE.

Dès le démarrage du projet, il faudra que les centres soient suffisamment équipés pour répondre aux besoins de ceux qui le désirent en ce qui concerne l'administration des contraceptifs. Des médicaments devront être achetés à cet effet et du matériel spécifique pour les centres P.M.I./P.F. devra être trouvé pour compléter celui déjà existant.

Matériel

La liste du matériel qui est proposé exclut le gros matériel courant qu'on trouve normalement dans les Maternités du pays, tels que table gynécologique et mobilier. Cette liste tient plutôt compte de la nécessité de pourvoir les Centres de P.F. pilotes d'un minimum indispensable pour équiper une consultation où sont effectués des actes de petite gynécologie.

- plusieurs speculums de différentes tailles
- pinces de pozzi
- hystécomètres
- bougies de Hégar jusqu'au numéro 5
- appareils intra-utérins avec inserteurs
- crochets permettant de retirer les A.I.U. en place dans l'utérus et dont les fils ont disparu
- ciseaux droits ou courbes de 15 cm au moins
- trioxyméthylène
- pinces à pansements
- pinces languettes
- soudes de Novak
- plusieurs haricots
- plateau avec couvercle (pour garder le matériel stérile)
- appareil à tension
- balance
- cristalliseur ou bouteille à large goulot (25 cm au moins) pour placer les A.I.U. et les inserteurs
- miroir de clarc ou lampe pour éclairer le col de l'utérus
- lampe à alcool
- seringues et aiguilles à I.V. et I.M.
- cotons tiges ou spatules d'ayre

N.B. Source: Régulation des naissances en Afrique,
E.N.S.P., 2e Edition.

