

Dr Butsura Anastasase  
(Médecin à l'Hôpital de Kigeme)

lettre

Le 18/11/1987

16 Pgs 1 doc

Dir ASOC

- x Umwaka mushya mushire
- x Vos commentaires sur ce rapport.

Merci

Celestin Nshyamba  
to M. Ench ju - 2

Inseguirunwa

discuter avec votre  
homologue des Affs  
Sociates, sur les  
points relatés aux  
pages 9 et 20

J 4/1/88

→ voir dic Assoc

Dr. BUTSURE Anastastase  
Médecin à l'hôpital de  
KIGALI B.P. 43. GIKONGORO.

KIGALI Le 18.11.1987.

*Handwritten signature*

A traiter par .....
Date entrée : 31-12-87
N° Classement 26032/87

Objet: Transmission d'un  
Rapport de Stage.

✓  
Excellence Monsieur le Président  
de la République Rwandaise  
KIGALI.

S/Couvert de Monsieur le Ministre de la  
santé Publique et des Affaires  
Sociales.  
KIGALI. 26.12-87

Excellence Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de m'adresser à votre  
haute bienveillance pour vous transmettre le rapport d'un stage que j'ai  
effectué à Tunis - Tunisie dans la période du 5 au 31 Octobre 1987.

Ce stage avait été organisé par l'Of-  
fice National de la Famille et de la Population (O.N.F.P.) de Tunisie  
en collaboration avec la FNUAP. Il regroupait 6 participants venus de  
cinq pays d'Afrique à savoir: 2 de la République Populaire du Congo,  
1 de la République de Guinée, 2 du Mali et moi-même du Rwanda.  
Le stage avait pour objectif de recycler les participants en planification  
familiale. Le rapport détaillé de ce stage est annexé à la présente  
lettre.

Je saisis cette occasion pour remercier  
les autorités Rwandaises qui m'ont autorisé de participer à ce stage et  
le projet ONAPO - G.T.Z. qui a pris en charge tous les frais de voyage,  
de séjour et de participation.

Je vous en souhaite bonne réception  
et vous prie d'agréer, Excellence Monsieur le Président, l'expression  
de ma très haute considération.

Dr. BUTSURE Anastase.

C.P.I.à:

- Monsieur le Ministre des  
Affaires Etrangères et de  
la coopération  
KIGALI.
- Monsieur le Ministre de la  
Fonction Publique et de  
la Formation Professionnelle  
KIGALI.
- Monsieur le Chef du Projet  
Germano - Rwandais  
ONAPO - G.T.Z.  
BUTARE.
- Monsieur le Médecin-Directeur  
de la Région Sanitaire de  
GIKONGORO.

*Handwritten signature*

## A. Introduction

-1-

Le stage que j'ai effectué s'est déroulé à Tunis (Tunisie) dans la période du 5 au 31 Octobre 1987. et devait regrouper 11 Stagiaires venus de 5 Pays d'Afrique (Burkina-Faso, Congo, Guinée équatoriale, Mali, Rwanda) et Madagascar, mais seulement 6 participants étaient présents, ceux du Burkina-Faso et du Madagascar n'étant pas venus. L'équipe des stagiaires était composée de médecins et de sage - femmes. Ce stage avait été organisé par l'Office National de la Famille et de la Population de la Tunisie en collaboration avec la FNUAP.

Le stage avait été réparti en deux parties:

- Une partie pratique qui occupait tous les avant-midi, chaque stagiaire était affecté soit dans un centre de P.M.I., soit dans une clinique de Planning Familial en tenant compte de son niveau d'études.
- Une partie théorique qui occupait les après-midi et comprenait les cours variés en rapport avec la PMI-P.F. Ces cours étaient dispensés par les professeurs de la faculté de Médecine de Tunis et les médecins de l'ONFP. Après l'exposé du cours, des discussions étaient menées au cours desquelles il y'avait également quelques échanges d'expérience

## B. DEROULEMENT DU STAGE.

I. Partie théorique: Divers exposés en rapport avec la PMI - PF ont été donnés à savoir:

### I1. Planning Familial et Santé maternel et Infantile(S.M.I.)

On sait depuis longtemps que l'eau pure, un milieu hygiénique et des aliments nutritifs sont les préalables d'une bonne santé.

Depuis quelques années, des études ont révélé un autre élément essentiel des stratégies de la médecine préventive:

Le planning familial. En l'absence de toute régulation, la fécondité constitue une menace directe pour la santé des mères et des nourrissons et peut saper la santé d'autres membres de la famille.

Aujourd'hui, aucun programme de santé ne saurait être qualifié de complet s'il n'offre à tous les parents éventuels un accès facile

à des mesures appropriées de Planning familial.

Nul ne serait fixé avec certitude le nombre de morts et de maladies que pourrait empêcher l'emploi universel et rationnel services de planning familial. On sait toutefois que certaines femmes qui com-

ptent parmi les moins fortunées du monde courent beaucoup plus de risque de mourir en couches que leur soeur plus privilégiés. Il en est de même avec les enfants issus des familles pauvres et/ou nombreuses.

- Le fait qu'un ne réussit pas à empêcher les grossesses dangereuses est l'un des éléments qui contribuent aux taux effroyables de mortalité des mères et des enfants chez les pauvres de ce monde.

### I11. Effets du planning Familial sur la santé de l'enfants

- Plusieurs études confirment de plus en plus que la planification familiale est une composante majeure de l'action sanitaire destinée à promouvoir la santé infantile.
- Toutes les organisations internationales et la plupart des pays du monde reconnaissent cette vérité et militent pour lui donner une place de choix dans leur Offensive contre les causes de décès et de maladies en bas âge.

L'O.M.S. et l'UNICEF en particulier la citent parmi les piliers de la stratégie de la santé pour tous en l'an 2.000.

- En Tunisie, depuis le démarrage de la Politique de planning familial en 1964, plusieurs études sur les méfaits des grossesses et des naissances anarchiques ont été menées par les pédiatres et ont montré que pratiquement tout ce qui a trait à la santé de l'enfants est fortement

.../...

influencé par le comportement des couples en matière de procréation qu'il s'agisse du fœtus, du nouveau-né, du nourrisson ou de l'enfant d'âge préscolaire.

#### I111.- Mortalité dans l'enfance et P.F.

La mort d'un enfant est le résultat le plus dramatique de l'échec des familles et de la médecine, donc de la société tout entière devant les risques qui menacent l'existence de l'être humain. Souvent elle frappe l'enfant avant sa naissance. Souvent aussi, elle est favorisée par "l'ararchie de la procréation" c'est ainsi que:

- Le risque d'avortement spontané est plus important parmi les femmes qui ont eu 3 grossesses ou plus.
- Le maximum de morts fœtales tardives survient quand les mères sont âgées de 35 ans.
- Le risque de mort néo-natale augmente régulièrement avec l'âge maternel et est surtout plus élevé parmi les enfants des mères mariées avant 20 ans. Ce risque augmente encore quand la parité augmente (une étude menée en Tunisie en 1983 a révélé que ce risque est de 4,3% quand les mères ont 2 enfants contre 17,3% quand elles ont 7 ou plus).
- La mortalité infantile augmente avec l'âge de la mère et avec le nombre d'accouchements. Les taux maxima quand les femmes ont moins de 18 ans ou plus de 35 ans, quand le nombre d'enfants dépasse 4 ou quand l'intervalle intergénéral est inférieur à 2 ans.

La planification familiale a donc sa place dans la lutte contre cette mortalité, bien que à elle seule elle ne peut pas constituer un barrage majeur pour ces menaces qui sont en réalité la résultante d'un éventail très large de facteurs dits de haut risque et qui sont d'ordre social, économique, culturel et biologique.

#### I112. Morbidité dans l'enfance et P.F.

- L'accouchement prématuré: La prématurité concerne essentiellement les enfants nés de mères grandes multipares. Une étude effectuée en Tunisie en 1978 par le professeur B.HAMZA et ses collègues a révélé que 40,6% des prématurés, à ce groupe de femmes qui ne constituent que 29,6% du total des mères, appartiennent.
- Le faible poids à la naissance (poids inférieur à 2500 grammes) L'incidence de faible poids à la naissance est d'autant plus élevée que la taille de la famille est plus large et que la mère est plus âgée (plus de 39 ans). Cette incidence est encore plus élevée quand la mère est trop jeune (moins de 20 ans).
- La malnutrition protéino-calorique est une autre pathologie fortement corrélée avec le comportement des familles en matière de procréation. Des études ont révélé que les enfants malnutris appartiennent le plus souvent à des familles ayant 4 enfants ou plus.
- La croissance de l'enfant est aussi vulnérable quand les naissances échappent à la planification. D'après une étude effectuée en 1980 en Tunisie par le professeur B.HAMZA; la prévalence du retard statural est 2 fois plus élevée parmi les enfants ayant plus de 4 frères et sœurs vivant que parmi les enfants qui en ont moins. Pareil déficit concerne 10% des enfants de rang de naissance compris entre 2 et 6; 15% des enfants de rang 7 ou plus, seulement 2,2% quand il s'agit d'enfants premiers nés.
- Le périmètre crânien qui est un reflet assez satisfaisant du développement cérébral est également influencé par le rang de naissance.
- Le problème des gastro-enterites. La diarrhée compliquée de déshydratation aiguë est encore l'une des causes de mortalité parmi les enfants du tiers monde. Elle constitue les plus fréquentes

aussi le lit de la malnutrition dans la plupart des cas.

les facteurs qui favorisent son éclosion sont essentiellement:

l'allaitement artificiel, le manque d'hygiène et la consommation d'eau impure. Les deux premiers facteurs peuvent être efficacement influencés par la planification familiale. La survenue d'une grossesse non désirée constitue en effet une cause importante de sevrage précoce de l'enfant précédent et le manque d'hygiène qui sévit dans un grand nombre de familles est fortement favorisé par la promiscuité, l'ignorance et la pauvreté, elles - mêmes en relation évidente avec la procréation sauvage .

Ces phénomènes sont particulièrement vrais dans les milieux péri-urbains.

- Le risque d'anémie carencielle parmi les enfants n'échappe pas aux influences du profil des familles et plus spécialement des mères. Sa prévalance est plus grande quand la parité de la mère est élevée. Des études ont également révélé que cette carence martiale est plus fréquente parmi les enfants nourris au lait artificiel.
- La durée de l'allaitement maternel est également corrélée avec la durée de l'intervalle intergénéral, lui-même influencé par la contraception. Connaissant les avantages inégalables de ce mode d'allaitement sur les plans nutritionnel, anti-infectieux et affectif, on comprend bien l'intérêt de l'espacement des naissances, à condition que les méthodes contraceptives proposées aux mères ne gênent pas la lactation.
- La vaccination, une autre arme fort efficace pour accroître les chances de survie des enfants, est aussi différemment assurée suivant les familles.

D'après une enquête menée en 1961 par la faculté de médecine de Tunis la situation vaccinale des enfants dépend nettement de la taille de la famille, particulièrement quand le niveau de vie familial est modeste ou moyen. Le pourcentage des enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés est beaucoup plus élevée chez les enfants ayant au moins 4 frères ou soeurs.

**Conclusion:** Toutes les données confirment encore une fois que le planning familial peut jouer un rôle important pour donner à l'enfant de meilleures chances pour vivre sainement et pour affronter la vie avec plus de potentiels. Les bien faits du Planning Familial sont innombrables. Tous les enfants, quelque soit le statut socio-économique de leurs parents, en tirent des intérêts réels, mais ces effets concernent beaucoup plus les enfants de conditions sociales sous privilégiées.

## 11.2. EFFETS DU Planning Familial sur la santé de la mère

### 11.2.1 Maternité trop précoce, Maternité trop tardive.

La nature a fait-et c'est regrettable - que la femme devient féconde plusieurs années avant l'âge où, pour la mère comme pour l'enfant; l'accouchement pose le moins de dangers; en outre, la femme reste d'ordinaire féconde 10 à 15 ans au-delà de la période du moindre risque. Comme la fécondité se déclare entre 10 et 15 ans, c'est à 18 au 20 ans que la grossesse présente le moins de dangers du point de vue biologique. La période de sécurité maximum dure environ 10 ans, puis, quand la femme atteint la trentaine, des dangers commencent à se multiplier, pour la mère et pour l'enfant, et vont en augmentant chaque année. Dans toute société et à tous les niveaux socio-économiques, la mère et l'enfant risque d'avantage de mourir et de tomber malade quand la mère accouche trop tôt ou trop tard dans la vie. Les jeunes mères, dont le corps n'est pas encore complètement

développé, n'ont souvent pas la maturité, ni les moyens leur permettant de faire vivre leur bébé dans un climat stable, sain et stimulant.

- Les femmes qui deviennent enceintes une fois dépassée leur principale période de fécondité courent également des risques supplémentaires pour elles-mêmes et pour leurs enfants.

Lorsque les femmes dépassent la trentaine, leurs risques d'accoucher prématurément ou de donner naissance à un enfant pesant moins que la normale augmentent; il va de même des complications de l'accouchement. Les taux de mortalité infantile s'accroissent également, tout en restant plus faibles que pour les enfants des mères adolescentes.

- Une grossesse tardive entraîne des dangers autres que la mort de la mère ou de l'enfant. En effet, les mères plus âgées risquent d'avantage d'avoir des enfants ayant des tares congénitales. Le risque génétique le plus grand est celui du mongolisme (Syndrome de Down) dont les victimes ont des anomalies somatiques et une déficience intellectuelle profonde.

#### I. 122. Trop d'enfants, Naissances trop rapprochées.

- A partir de la quatrième naissance, l'incidence de la mortalité maternelle, de mort-nés et de mortalité infantile, voire infantine, commence à augmenter pour s'accroître ensuite brusquement à la naissance du cinquième enfant et des enfants suivants. Les familles nombreuses exercent sur la santé des repercussions négatives qui se font sentir avec l'intensité de beaucoup la plus forte sur les groupes aux revenus les plus faibles; or, nombreuses sont les femmes d'Afrique d'Asie, et d'Amérique latine qui ont plus de cinq enfants.

- Les difficultés suscitées par un grand nombre d'accouchements pour les mères et leurs enfants risquent davantage de se reproduire quand les intervalles entre les naissances sont brefs. Non seulement la vie du nouveau-né est mis en danger mais aussi celle du précédent est menacé, celui-ci pouvant se voir retirer du sein, sans disposer d'un volume suffisant d'aliments à forte teneur en protéine pour remplacer le lait maternel, avec tous les risques de sous-alimentation (et partant de maladie et de mort) que cela entraîne. Une succession rapide de grossesses peut provoquer la maladie et la mort de la mère et de son bébé. Une femme court le plus grand danger quand elle est mal nourrie; en effet, la grossesse et la lactation exigent toutes deux un gros effort nutritionnel que les femmes pauvres peuvent rarement contrebalancer par un accroissement de la quantité et de la qualité des aliments qu'elles consomment. Pendant la grossesse, une femme modérément active et bien nourrie a besoin d'un supplément d'environ 300 calories par jour. Ce supplément doit être encore plus important lorsque la femme allaite. Si elle n'a pas ce supplément, son corps puise alors dans ses propres réserves et la mère et son bébé en pâtissent.

Des millions de femmes du tiers-monde doivent souvent accomplir de lourdes tâches agricoles, collecte du bois de chauffage, transport de l'eau, souvent avec leur plus jeune enfant sur le dos. Il n'est pas rare de voir des femmes d'une trentaine d'années avec un visage ridé, sous-alimentées, souvent anémiques et généralement affaiblies par les exigences biologiques d'une reproduction excessive, leur corps vieillit, victimes de ce que l'on a appelé le "Syndrome de l'épuisement maternel". Les victimes de ce syndrome risquent de plus en plus de mourir en couches ou d'attraper à n'importe quel moment des maladies infectieuses. leurs bébés viennent gonfler les statistiques de mortalité infantile.

#### Conclusion:

Vu les conséquences des divers profils de reproduction sur la santé, on comprend aisément que la formule idéale de reproduction pour toutes les femmes qui souhaitent avoir des enfants serait d'observer les recommandations générales ci-après:



On pourrait réduire les risques qu'entraîne la reproduction si:

1. Les femmes n'avaient pas d'enfants avant 18 ou 20 ans
2. Les naissances étaient espacées d'au moins deux ans.
3. Aucune femme n'avait pas plus de quatre enfants.
4. Les femmes n'avaient pas d'enfants après 35 ans
5. Une fois la famille constituée, les parents choisissaient la stérilisation comme moyen de contraception afin d'en réduire les risques au minimum.

## I 2. Evolution démographique, économique et Sociale dans le monde.

Dans le temps, l'accroissement démographique était très faible ou même nulle suite aux taux élevés de mortalités qu'occasionnaient de multiples facteurs dont les plus communs étaient; les épidémies, les famines et les guerres. Cela implique qu'il devait y avoir beaucoup de naissances pour assurer le remplacement, mais cela n'était pas toujours possible et on assistait parfois à un phénomène de dépopulation. Cette situation a changé à partir des années 1750 où la mortalité a commencé à diminuer suite à la révolution sanitaire par la découverte des vaccins en Europe.

Ce fut donc l'Europe qui a connu d'abord le problème d'accroissement démographique qu'il a essayé de résoudre par le développement de l'agriculture, de l'industrie et des autres secteurs. Les secteurs de développement n'ayant pas suffi à résoudre le problème, il a fallu faire recours à l'émigration vers pays neufs et à la colonisation qui a été d'un grand secours pour l'Europe, aussi bien pour régler les problèmes démographiques que pour les problèmes économiques.

- Les pays en voie de développement eux, ont commencé à avoir de graves problèmes d'accroissement démographiques après les indépendances par l'instauration des programmes de vaccination, la formation des médecins et autre personnel para-médical, la construction des hôpitaux et des dispensaires, ce qui a entraîné une baisse importante de la mortalité.

En 1750: la population mondiale était chiffrée à 791.000.000 habitants

En 1957: Elle est de 5.000.000.000 d'habitants dans le monde

En 2000: Elle sera de 6.130.000.000 d'habitants " " "

En l'an 2220: Elle sera de 135.800.000.000 d'habitants si les taux actuels d'accroissement se maintiennent

En l'an 2220; la densité moyenne sera de 1 habitant/m<sup>2</sup> (mètre-carré)  
Il y aura donc un problème très aigu avec des conséquences très graves.

Parmi les 5 milliards qui habitent actuellement le monde, plus de 2/3 se trouvent dans les pays en voie de développement et plus de la moitié (1/2) se trouve en Asie.

Comme l'émigration en masse n'est plus possible comme solution dans les PVD, certains de ces pays ont tenté de trouver un remède à ce problème, c'est ainsi que par exemple:

- En Chine on a adopté une politique d'immigration des naissances: 1 enfant par famille.
- En Inde; on donne une certaine somme d'argent aux jeunes pour les stériliser
- En Egypte où 97% de la population habite 3% du territoire - c'est-à-dire la vallée du Nil - on estime qu'une partie de la population allant de 3 à 4 millions vit dans des cimetières.

Si on tient compte du fait que pour le bien-être d'une population, un accroissement démographique de 1% exige un accroissement économique de 9 à 12%

Ce qui est loin d'être le cas dans la plupart des pays en voie de développement, on comprend que seule la politique visant à réduire l'accroissement démographique s'impose dans les pays où l'accroissement économique est encore très bas.

### I 3. Intérêt de la Consultation prénatale.

Dans ce cours un accent a été mis sur les buts et l'intérêt de la consultation prénatale, à savoir,

1. Sélectionner les grossesses à haut risque
2. Entamer les mesures préventives et efficaces pour permettre le déroulement normal de la grossesse.
3. Eduquer les femmes enceintes:  
Expliquer le régime alimentaire adapté à une femme enceinte et la façon dont il faut l'équilibrer, lui apprendre les règles d'hygiène lors de la grossesse.
  - La Motiver pour les vaccinations pendant la grossesse et la vaccination de son enfant après l'accouchement ainsi que pour les consultations des nourrissons.
  - Conseiller l'espacement des naissances par l'usage des contraceptifs en leur présentant les différents moyens disponibles.
  - Expliquer le déroulement normal et les signes d'alarme pour inciter la femme à consulter d'urgence dans une formation médicale.
4. Etablir le pronostic de l'accouchement  
Rassembler tous les éléments obstétricaux (âge - parité - conditions sociales - antécédents obstétricaux - déroulement de la grossesse Morphologie squelettique - Etat du périnée - Présentation - Résultats de l'échographie si elle a été faite, /.) permettant d'établir le pronostic materno-foetal de l'accouchement et de décider s'il faut une prise en charge de la femme dans un milieu obstétrical suffisamment équipé lors de l'accouchement.

I 4

### L'Allaitement maternel.

- Pendant ce cours on a passé en revue les différents avantages du lait maternel comparé avec le lait de vache
  - De par sa composition biochimique: le lait maternel reste un aliment complet et bien adapté pour l'enfant, conc irremplaçable
  - Il est facilement digestible, de par sa richesse en acides gras polyinsaturés, ce qui n'est pas le cas pour le lait de vache.
  - L'allaitement maternel constitue un moyen de lutte contre les Infections digestives chez l'enfant par ce qu'il contient des substances anti-bactériennes (Immunoglobulines - lysozymes - Macro-phages) et favorise la flore saprophyte.
  - Les études effectués en suède en 1904 ont révélé que l'allaitement maternel constitue un moyen de prévention contre certaines maladies comme le Diabète, les Infections des voies respiratoires, les OTITES moyennes et même certaines allergies.
  - Enfin, à l'échelle collective, l'allaitement maternel constitue un moyen de contraception, une étude effectuée sur les femmes Rwandaise a révélé que, 9 mois après l'accouchement, 81,6% des femmes avaient des grossesses dont 7,6% allaient encore leurs enfants contre 74% qui les avaient sevré.
- Dans ce cours, d'autres points ont été développés à savoir:
  - La préparation d'une femme enceinte à l'allaitement
  - Les médicaments contre-indiqués chez une femme allaitante: ce sont les médicaments qui peuvent passer dans le lait maternel et être dangereux pour l'enfant.
  - L'effet de l'état nutritionnel d'une femme allaitante sur l'état nutritionnel de l'enfant.
  - Certaines pathologies fréquentes chez une femme allaitante et les attitudes à prendre: crevasses et gerçures des mamelons, les abcès du sein, les psychoses de la mère allaitante et l'ictère néo-natal du au lait maternel.
- Le cours s'est terminé sur une mise en garde: Déconseiller la publicité des laits artificiels, encourager l'allaitement au sein

I 5

Cancer du col et cancer du sein.  
Pour ces deux maladies, on a passé en revue les différents signes cliniques pour chaque maladie à ses différents stades, leur épidémiologie, l'étiologie ou facteurs favorisant ainsi que les moyens de

dépistage et de traitement.

Comme conclusion: On a trouvé que le pronostic de ces 2 maladies dépend du moment (stade de la maladie) où on fait le diagnostic un diagnostic précoce est donc nécessaire. Pour ça, il faut apprendre à toutes les femmes à s'examiner les seins et consulter le médecin du premier signe d'alarme, il faut également procéder aux prélèvements et examens des frottis cervicaux réguliers chez toutes les femmes afin de pouvoir dépister la maladie au stade initial.

I 6 Médication de la femme enceinte.

Tout médicament administré à la femme enceinte peut entraîner des perturbations immédiates ou tardives chez le fœtus c'est pourquoi l'usage de certains médicaments est à proscrire chez une femme enceinte. La liste de ces médicaments a été donnée avec les différentes malformations ou perturbations qu'ils entraînent à court ou à long terme.

Comme conclusion: Chez une femme enceinte, il faut prescrire très peu de médicaments et ne prescrire que les médicaments qui sont exempts de danger pour le fœtus et pour la mère.

I 7 Méthodes contraceptives: Contraception vaginale, hormonale- mécanique- chirurgicale.

Pour chaque méthode, on a étudié les mécanismes d'action, les indications, les contre-indications, les complications et les interactions médicamenteuses avec les contraceptifs oraux.

A la fin du cours, on a tiré comme conclusion qu'il n'existe pas de méthode universellement adaptée à toute personne.

Chaque personne est un cas particulier pour lequel il faut une méthode adaptée. Le personnel dispensant les services de P.F. doit maîtriser les différentes méthodes utilisées, les prescrire en connaissance de cause et savoir les arrêter quand il le faut.

I 8 INFERTILITE.

Dans ce cours, on a vu l'importance du problème de stérilité, ses différentes causes, les investigations à faire pour retrouver la cause et l'approche du traitement.

I 9 LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.

dans ce cours, on a fait un rappel des symptômes cliniques des différentes maladies sexuellement transmissibles, l'ampleur du problème et sa gravité aujourd'hui et dans les ~~impax~~ prochaines décennies à venir, ainsi que des efforts à initier pour contrecarrer cette tendance alarmante à l'augmentation au cours du temps. Un accent particulier a été mis sur les protocoles de traitement de ces maladies

## II. Partie Pratique.

Pour la pratique, j'avais été affecté à la clinique de Planning Familial d'ARIANA. La clinique d'ARIANA est l'une des 3 grandes cliniques de Planning Familial de Tunis. Cette clinique héberge les services suivants:

- Un service chargé de recevoir les nouvelles femmes venues pour la contraception et celle venues pour contrôle.
  - Un service de consultation pour les femmes désireuses d'une interruption volontaire de grossesse (pour les grossesses ne dépassant pas 3mois)
  - Un service de recherche sur les stérilités où consultent les couples stériles.
  - Un Laboratoire d'hormonologie.
  - Un bloc opératoire pour les ligatures des trompes et les I.V.G. (interruption volontaire de grossesse.)
  - C'est dans cette même clinique que se font les essais des différentes méthodes contraceptives avant leur utilisation à grande échelle au niveau national. Au cours de mon <sup>stage</sup> pratique j'ai pu assister aux consultations journalières, ce qui n'a permis de me familiariser avec certains gestes comme la pose, le contrôle ou le retrait des stérilets; le prélèvement d'un frottis cervical; l'examen clinique et les investigations à faire chez un couples stérile; faire un spermogramme et l'interpréter. J'ai également assisté à plusieurs ligatures des trompes sous coelioscopie et à plusieurs I.V.G. j'ai parcouru tous les services de la clinique sauf le Laboratoire d'hormonologie pour le quel je me suis contenté d'une visite seulement.
- A part le stage pratique au sein de la clinique d'ARIANA j'ai également travaillé avec les équipes mobiles et cliniques mobiles chargés de dispenser les services de PF à la population en dehors de la clinique, surtout dans les zones qui ne sont pas bien couvertes.
- Une équipe mobile se compose d'une sage-femme (dont le niveau d'études est celui du baccalauréat), d'une assistante sociale et d'un chauffeur Elle doit se déplacer 5 fois par semaines pour visiter 7 à 8 centres de soins situés dans les zones péri-urbaines ou éloignées de la ville pour dispenser les services de P F à la population.
  - Une clinique mobile compte aussi un médecin et dispense non seulement les services de P F. mais fait aussi les consultations prénatales, les consultations post-natales, les consultation des nourrissons et la vaccination. Une clinique mobile est suffisamment équipée pour pouvoir dispenser tous ces services et rencontre la population à des points déterminées au préalable en collaboration avec les autorités politico-administratives locales.

On compte au total 42 unités mobiles qui visitent 880 centres ou points de rencontres pour épauler les 201 unités fixes qui travaillent 5 jours par semaines.

Pendant mon séjours, j'ai également visité un centre pilote de PMI dans ce centre, on fait les consultations prénatales, les consultations post-natales, le Planning familial, les consultations des nourrissons

Est-il possible ?

3. Rendre la scolarisation obligatoire pour tous les enfants éradiquer l'analphabétisme qui est l'un des grandes freins au développement; sachant par ailleurs qu'un couple instruit soit mieux évaluer les risques et les avantages d'un enfant supplémentaire qui naît une famille.
4. Rendre les méthodes contraceptives accessibles à tous les parents éventuels sans considération de leur statut social (célibataires y compris).  
*Psychique - il un obstacle ?*
5. *Cruciale* Limiter à 4 le nombre maximum d'enfants par famille et promouvoir la santé des mères et des enfant par l'intensification des programmes déjà existants: Programme élargi de vaccination, de lutte contre la diarrhée, de promotion de l'allaitement au sein, de prévention de la malnutrition et de lutte contre les décès en période néo-natale. Ceci aboutira grace à une grande sensibilisation des masses paysannes avec le concours nécessaire de tous les responsables politico-administratifs à tous les niveaux, pour une fréquentation en masse des services de PMI-PF implantés dans la presque totalité des formations socio-sanitaires du pays.
6. Recycler; régulièrement tout le personnel de santé oeuvrant dans les services de PMI - PF afin d'améliorer la qualité des soins dispensés à la population.

Remette à l'ambassadeur Njirumpatse

A classer. Rien ne  
me semble important pour  
alerter le président.

J 5/2/88.

Commentaires sur les recommandations de <sup>Ruvizapaso</sup>

les p. 8 et 10 à l'intention de M Nsengiyumva ①

1. Le recul d'âge au mariage est très importante pour la femme, car l'âge influe beaucoup sur le nombre d'enfants à avoir

L. ONAPO avait d'ailleurs <sup>proposé</sup> ce sujet que l'âge soit reporté à 21 ans pour les 2 sexes

2. L'incorporation de l'éducation sexuelle dans les cours des écoles secondaires et primaires est un fait acquis. L. ONAPO en collaboration avec le Rinepisee ont élaboré un programme d'éducation sexuelle de population, de planification <sup>familiale</sup> et d'interprètes dans les cours d'enseignement. Des enseignants et professeurs et inspecteurs d'école ont été formés à cette fin.

3. Remarque la scolarisation obligatoire ne va pas éradiquer l'analphabétisme il faut plutôt soutenir et encourager les programmes d'alphabétisation fonctionnelle déjà existants.

Commentaire sur la note présentée au  
Ministère ayant rapport avec les  
résolutions du V<sup>e</sup> congrès du N.R.N.D.

Le Service des Affaires Éducationnelles, Culturelles  
et Sociales a élaboré une note au Ministère  
au sujet de l'état d'exécution des résolutions  
du V<sup>e</sup> congrès ordinaire du N.R.N.D.



1650  
500

---





com

4. Les méthodes contraceptives (moyens contraceptifs) sont disponibles mais ne sont pas dispensées au niveau de toutes les formations sanitaires. Certaines formations sanitaires qui relèvent des autorités religieuses ont une certaine méfiance envers certaines méthodes.

5. Limiter le nombre d'enfants à 4 par famille ~~est un objectif~~ chez des jeunes couples reste un souhait de presque tous les couples communaux et préfectoraux et la plupart de ces couples voudraient voir cette idée se concrétiser dans le 4<sup>e</sup> plan économique et socio-culturel.

N.B. Toute la litomé du point-5 est un programme qui existe et le Munisapa<sub>so</sub> est opérationnel en cette matière. Il y a lieu de ne pas en faire une recommandation

Kigali le 5/1/88

Niyonsaba DROCELLA

