

PD-ABC-708

Isrl 71263



Intrah

TRIP REPORT B - #

160-1 and 2

Travelers: Dr. Aliou Boly, INTRAH Francophone
Training and Training Materials Officer
Dr. Manuel Pina, INTRAH Consultant
Dr. Halima Maïdouka, INTRAH Consultant

Country Visited: Côte d'Ivoire

Date of Trip: March 23 - April 8, 1991

Purpose: To prepare for and conduct a National
Family Planning Seminar, in collaboration
with SEATS/WARO and the MOH/SP, April 1-6,
1991, for 32 participants.

Program for International Training in Health

PAC IIb

**University of North Carolina at Chapel Hill
Chapel Hill, North Carolina 27514 USA**

TABLE OF CONTENTS

	<u>PAGE</u>
EXECUTIVE SUMMARY	i
SCHEDULE OF ACTIVITIES	iii
LIST OF ABBREVIATIONS	v
I. PURPOSE OF TRIP	1
II. ACCOMPLISHMENTS	1
III. BACKGROUND	1
IV. DESCRIPTION OF ACTIVITIES	3
V. FINDINGS/CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS	8

APPENDICES

- A. Persons Contacted/Met
- B. List of Participants
- C. Seminar Schedule
- D. List of Seminar Session Facilitators
- E. Seminar Proposal (Goal, Objectives, Background and Rationale, Expected Outcomes and Description of the Activity)
- F. List of Reference and Resource Materials for Participants
- G. Summary of Participant Reaction Forms
- H. Opening Speeches
- I. Closing Speeches
- J. Speakers' Presentations
- K. Subcommittee Workgroup Results
- L. Seminar Definition of the Concept of FP for Côte d'Ivoire
- M. Sample of Invitation Letters from MOH/SP to Participants
- N. Newspaper Articles about the Seminar

EXECUTIVE SUMMARY

From March 23 - April 8, 1991, an INTRAH team (Francophone Training and Training Materials Officer Dr. Aliou Boly and Consultants Dr. Manuel Pina and Dr. Halima Maïdouka) were in Côte d'Ivoire to prepare for and conduct a National Family Planning Seminar, which was funded through a buy-in to INTRAH from REDSO/WCA. The INTRAH team was joined by a SEATS/WARO team (Clinical Training Specialist Dr. Ismael Thioye and Resident Advisor Mr. Tharcisse Mwamba) and two representatives of the Ministry of Health and Social Protection (MOH/SP), Dr. Ibrahim Koné, the FP Coordinator, and Dr. Bernard S. Darret, the Deputy Director of Public Health In Charge of MCH.

The purpose of the Seminar, held from April 1 - 6, was to build awareness of the benefits of family planning from health, social and economic perspectives, and to apply new or strengthened awareness to plans for a national service policy, standards and method protocols to guide service expansion, training, IEC and operations research. Thirty-two participants attended, who were in leadership or policy-making positions in Ivoirian governmental, non-governmental, medical, religious, and legal organizations and agencies. The seminar, organized under the auspices of the MOH/SP, was the first family planning seminar endorsed by the Government of Côte d'Ivoire (GOCI), and was the first demonstration by the MOH/SP of willingness to work toward developing a comprehensive national family planning program.

Major accomplishments of the Seminar were: consensus by participants that the country needed a national FP program and that it should be integrated into the MCH program; national objectives for FP were clarified; a Technical Committee was established to finalize Seminar proceedings and submit them to the Minister of Health and Social

Protection by April 30, 1991, for his review and endorsement.

Participants recommended that: the MOH/SP should create a National Committee responsible for following-up and following through on recommendations endorsed by the Minister; and INTRAH should provide technical assistance to the MOH/SP for development of service guides and guidelines, training of FP service providers and development of a multidisciplinary, national team of trainers.

Briefing and debriefing were held with the MOH/SP and REDSO/WCA.

SCHEDULE OF ACTIVITIES

- March 23** INTRAH Consultant Dr. Halima Maïdouka arrived in Abidjan from Niamey, Niger.
- March 24** INTRAH Francophone Training and Training Materials Officer Dr. Aliou Boly and INTRAH Consultant Dr. Manuel Pina arrived in Abidjan from Lomé, Togo.
- March 25** Drs. Boly and Pina briefed Dr. Maïdouka.
- The INTRAH team briefed with Dr. Bernard S. Darret, Deputy Director of Public Health in Charge of MCH, MOH/SP; Mr. Tharcisse Mwamba, Resident Advisor, SEATS/WARO; and Ms. Carol Diomande, Director, ECOFORM.
- Work session at ECOFORM (Dr. Boly and Dr. Pina).
- March 26** Work session.
- Briefing and work session at the MOH/SP with Côte d'Ivoire Seminar Planning Committee members:
- Dr. Ibrahim Koné, FP Coordinator, MOH/SP
 - Ms. Seki Sira Traore, Director of Social Development, MOH/SP
 - Professor Marcellin Bohoussou, Head of MCH Department, CHU/Cocody
 - Professor Samba Diarra, Chief of OB/GYN Division, CHU/Treichville
 - Dr. Darret
 - Mr. Mwamba
 - Ms. Diomande
- March 27** Briefing at REDSO/WCA with:
- Dr. Charles de Bose, Assistant Director, GDO, and Supervisory HPN Officer
 - Mr. John Paul James, Senior Regional Population Advisor
 - Ms. Nancy Nolan, FP Advisor
 - Dr. Frank Osei Asibey, Child Survival/FP Advisor
 - Dr. Souleymane M. Barry, Regional HIV/AIDS Advisor
 - Mr. S. Modupe Broderick, CCCD Program Specialist
 - Ms. Bineta Ba Diagne, Health Economist

- March 27** Work session at the MOH/SP with Dr. Koné and Dr. Darret (Dr. Boly).
Visit to the Directorate of Social Development, MOH/SP, and UNICEF (Dr. Pina).
- March 28** Site visit to Grand Bassam (INTRAH, SEATS and ECOFORM).
Work session at ECOFORM (Dr. Boly).
- March 29** Met with Dr. Thioye (Dr. Boly).
- April 1-6** Conducted seminar.
- April 6** Debriefed with Dr. Koné and Dr. Darret.
- April 8** Debriefed at REDSO/WCA.
Debriefed at ECOFORM (Dr. Boly).
Dr. Boly and Dr. Pina departed Abidjan for Lomé.
Dr. Maïdouka departed Abidjan for Niamey.

LIST OF ABBREVIATIONS

AIBEF	Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial
CFTP	Centre de Formation aux Techniques du Pétrole
CHU	Centre Hospitalier Universitaire (University Teaching Hospital)
ECOFORM	Etude - Conseil - Formation
GOCI	Government of Côte d'Ivoire
MOH/SP	Ministry of Health and Social Protection
RAPID	Resources for the Awareness of Population Impacts on Development

I. PURPOSE OF TRIP

The purpose of the trip was to conduct a National Family Planning Seminar for 32 governmental, non-governmental, medical and religious policymakers and leaders, April 1-6, in Grand Bassam. The seminar was planned, designed and implemented in collaboration with the MOH/SP and SEATS/WARO, and financed through a REDSO/WCA buy-in to INTRAH.

II. ACCOMPLISHMENTS

- A. Thirty-two governmental, non-governmental, legal, medical and religious leaders were sensitized to and informed about the health, social and economic benefits of FP. They reached a consensus on the need and priority areas for a national FP program to be integrated into the existing MCH program structure.
- B. Seminar participants accepted the WHO definition of the concept of family planning and clarified the main objectives of FP in Côte d'Ivoire (see Appendix L).
- C. A Technical Committee was created to finalize the seminar proceedings by April 15, 1991, and to submit them to the Minister of Health and Social Protection by April 30, 1991, for his review and endorsement.
- D. The seminar, the first of its kind endorsed by the GOCI, was widely covered by the national media, another indication of increasing governmental interest in and support of FP.
- E. A briefing and debriefing were conducted with REDSO/WCA and the MOH/SP.

III. BACKGROUND

During PAC IIa, INTRAH assistance in Côte d'Ivoire was supported by a REDSO/WCA buy-in and was limited to IEC/FP

training activities with the Ministry of Social Affairs and the Ministry of the Promotion of Women, in collaboration with Pathfinder International. Informal contacts were also maintained with AIBEF. During this period, contacts with the Ministry of Health and Population (now the MOH/SP) were impeded by governmental opposition to family planning. In late 1989 and early 1990, political changes in Côte d'Ivoire led to the nomination of Professor Alain Ekra, a strong supporter of family planning, as the Minister of Health and Social Protection, who requested REDSO/WCA support to launch a national family planning program in Côte d'Ivoire. In response, REDSO/WCA is planning to initiate a bilateral MCH/FP project starting in 1991.

In March 1990, at REDSO/WCA's request, INTRAH conducted a comprehensive training needs assessment in Côte d'Ivoire (see Trip Report #B-112-1 and 2). SEATS also conducted a needs assessment in March 1990. The INTRAH and SEATS teams concluded that the many years of governmental opposition to FP had resulted in a serious lack of trained FP personnel and there was a strong need for a national strategy to guide the development and implementation of a FP program.

The INTRAH team recommended that a national seminar or conference be planned and held in order to formulate recommendations for a national FP strategy, and a buy-in was made to INTRAH for that purpose by REDSO/WCA. In July/August 1990, an INTRAH and SEATS team travelled to Côte d'Ivoire to prepare for a National Family Planning Seminar (See Trip Report #B-158-1 and 2). Potential seminar participants were identified, themes and speakers selected for plenary sessions, themes for subcommittee work group identified, seminar dates set, a logistics coordinator identified and a national seminar planning committee established.

In February 1991, a draft proposal for the National Seminar was prepared by INTRAH and finalized in Abidjan with the Ivoirian planning committee during the week of March 24, 1991.

IV. DESCRIPTION OF ACTIVITIES

A. Preparation

Several planning meetings were held in Lomé with Dr. Ismael Thioue, SEATS Clinical Training Specialist, to finalize the seminar agenda which had been drafted with the MOH/SP in July/August 1990 (See Trip Report #B-158-1 and 2).

During the preparation week in Abidjan, a briefing was held with Dr. Halima Maïdouka, INTRAH Consultant and a public health/MCH-FP expert and FP Director at the Ministry of Social Affairs and the Protection of Women in Niger, to brief her on the seminar goals, objectives and methodology, and to discuss and clarify her role during the seminar.

Meetings were conducted with the MOH/SP to clarify expectations and specify roles. A briefing was held with REDSO/WCA to clarify expectations and expected outcomes of the seminar.

Meetings were also held with the Seminar Planning Committee to finalize the seminar schedule and the committee members' roles. Dr. Ibrahim Koné, MOH/SP FP Coordinator, was appointed chairman of the seminar, and was assisted by Dr. Bernard S. Darret, MOH/SP Deputy Director of Public Health In Charge of MCH. For each plenary and small group work session, a chairman and two assistants were appointed (see Appendix D, List of Seminar Session Facilitators).

Reference and reading materials were requested of CAs, and sent by air courier from Chapel Hill and Baltimore and New York to Abidjan (see Appendix F, List of Reference and Resource Materials), which supplemented materials furnished by INTRAH/Lomé.

Meetings with Ms. Carol Diomande, ECOFORM Director, were held to finalize administrative and logistic arrangements.

B. The Seminar

The Seminar began on the evening of April 1, with a reception for the participants, and ended at noon on April 6, 1991. The first 1½ days were devoted to six presentations, which were followed by discussion. The six themes were:

- 1) Family Planning and the Reduction of Maternal and Child Mortality and Morbidity, presented by Professor Marcellin Bohoussou, Head of the MCH Department, CHU/Cocody, and Chairman of the National Association of Safe Motherhood.
- 2) Population and Development, presented by Mr. Albert Flinde, Ministry of Plan.
- 3) The Moral and Ethical Aspects of Family Planning, presented by Mgr. Paul Dakoury, Bishop of Abidjan, and El Hadj Djiriba Cisse from the Islamic congregation.
- 4) The Role of IEC in Family Planning, presented by Ms. Sira Seki Traore, Director of Social Development, MOH/SP.
- 5) Family Planning and the Law, presented by Ms. Camille Hogueie, President of the Court of Appeals.
- 6) Obstacles to Family Planning in Africa in General and in Côte d'Ivoire in Particular, presented by Professor Samba Diarra, Chief of OB/GYN Division, CHU/Treichville, and President of AIBEF.

Subsequently, Mr. Jean Paul Dahily, AIBEF Program Coordinator, gave a RAPID presentation on Côte d'Ivoire (prepared in collaboration with the Futures Group)

which was followed by discussion. Presentations were also made by: REDSO/WCA on A.I.D.'s FP policy and areas of assistance in Côte d'Ivoire; INTRAH on findings and recommendations from the March 1990 TNA and September 1990 clinical inventory and assessment of clinicians' clinical FP and precepting techniques training needs; SEATS on their assistance to AIBEF; and, PCS on their assistance in Côte d'Ivoire.

Six subcommittee groups spent one day exploring the following themes (see Appendix K for the outcomes of each subcommittee group):

- 1) Health and demographic factors relevant to FP in Côte d'Ivoire.
- 2) Economic, social and cultural aspects of FP.
- 3) Training needs of FP service providers and social workers, including needs for service standards, protocols, workplans, and IEC.
- 4) Training needs of FP supervisors and clinic managers.
- 5) Coordination and integration of family planning and maternal and child health.
- 6) Operations research.

Each subcommittee workgroup made specific recommendations which were presented, discussed and amended during plenary sessions.

The chair and reporters of each subcommittee met to compile major recommendations from the subcommittees, which were approved by seminar participants during a plenary session. The recommendations were presented to the public through the media, during the closing ceremony.

In general, participants were very active, involved and interested. Issues related to the moral and ethical

aspects of family planning (abortion, legal issues, the link between economic growth and population growth) were highly debated. The participatory approach used during the seminar promoted effective exchanges of points of view.

C. **Venue**

The seminar was held at the Centre de Formation aux Techniques du Pétrole (CFTP) in Grand Bassam. The center's conference room was spacious and well-equipped with facilities for showing slides, transparencies and films, and had six classrooms for subcommittee groups, each equipped with flipchart stands and markers. The center was very appropriate for the seminar.

D. **Facilitators and Resource Persons**

The chairman of the seminar, Dr. Koné, and his assistant, Dr. Darret, co-facilitated the seminar with assistance from INTRAH Francophone Training and Training Materials Officer Dr. Aliou Boly and INTRAH Consultants Dr. Manuel Pina and Dr. Halima Maïdouka. Sessions were planned and prepared with Drs. Koné and Darret. Dr. Maïdouka's and the SEATS Resident Advisor's contributions, which were based on field experiences, were very much appreciated by the participants.

E. **Evaluation**

The Seminar was evaluated in three ways: summaries of major points were made at the conclusion of each session; process reviews were conducted at the end of each day; and, evaluation forms (a modified version of the INTRAH participant reaction form) were administered to participants. Twenty-five of 32 participants

submitted completed forms, which revealed the following:

- 23 of 25 participants, 92%, felt the seminar goal and objectives had been achieved;
- 20, or 80%, thought that the topic of obstacles to FP in Côte d'Ivoire and the implications for FP services had been sufficiently analyzed, and 92% thought the proposed solutions to the problem were appropriate;
- 10, or 40%, thought the topic of coordination between the public and private sectors was not discussed fully (enough);
- 22, or 88%, were personally convinced of the necessity to extend FP services throughout the country;
- 18, or 72%, found the reference and resource materials distributed and used during the seminar very helpful. (Many of these materials were furnished by CAs). Two of the respondents would have preferred to receive the materials prior to the meeting; and
- 23, or 92%, said the seminar was facilitated in a manner which allowed them to participate actively.

For a complete summary of participants' responses, see Appendix G.

F. Problems Encountered

The seminar ran smoothly, with few problems. For example, one box of seminar reference materials sent by air courier from Family Health International did not arrive in time for the seminar.

G. Trainers' Debriefing

INTRAH and SEATS debriefed with REDSO/WCA on Monday April 8, 1991. The debriefing focused on whether REDSO/WCA should modify the bilateral project paper in light of the seminar results. Of great interest to REDSO was whether roles between the public and the private sector (namely AIBEF) had been clearly defined

during the seminar and whether AIBEF had been recognized as the leading institution (as assumed by REDSO in the bilateral) for FP service delivery. REDSO/WCA was informed that this conclusion had not been made during the seminar, but that the roles of public and private sectors had been acknowledged.

H. **Media Coverage**

The seminar was covered in the daily, national press and on radio and TV. The latter organized special debates on family planning.

V. **FINDINGS/CONCLUSIONS, AND RECOMMENDATIONS**

A. **General Findings/Conclusions**

1. The Minister of Health and Social Protection made clear the GOCI's commitment to an integrated MCH/FP program, and highlighted the advantages of FP for social and economic development.
2. Seminar participants represented Côte d'Ivoire's governmental, non-governmental, legal and religious groups/organizations.
3. The participatory approach used during the seminar supported active involvement of all participants.
4. The private sector role in a national FP program was recognized by all participants.
5. REDSO/WCA clarified A.I.D.'s FP assistance priorities and policies and was represented at the seminar opening and closure.
6. Wide coverage of the seminar by the national media (TV, radio, Fraternite Matin and Ivoire Soir) (all government-controlled) heightened the public's awareness of family planning and reinforced the government's new and supportive position regarding FP.
7. The seminar venue identified by ECOFORM was very appropriate. ECOFORM managed the logistics (secretariat services, meals, etc.) professionally, which contributed to the smooth seminar implementation.

8. All seminar opinion leaders approved the principle of a national family planning program; however, some of them (for example, certain religious representatives) disagreed with inclusion of certain kinds of contraceptives.

General Recommendations

1. The MOH/SP should create a national committee to follow through with the seminar recommendations, see B., following.
2. INTRAH should provide technical assistance to the MOH/SP for the development of MCH/FP service policy, service standards, and protocols documents, and training of FP service providers and supervisors, in accordance with the recommendations of the seminar.
3. INTRAH should provide technical assistance to the MOH/SP for the development of a national training team, as recommended during the seminar.

B. Findings/Conclusions and Recommendations Formulated by Seminar Participants (translated from French)

"Considering:

1. The high rate of maternal, infant and child morbidity and mortality;
2. That high fertility and high-risk pregnancies are harmful to the health of women;
3. The high number and severe consequences of clandestine abortions;
4. That maternal and child health and family planning have a common goal - that is, to reduce maternal, infant and child morbidity and mortality;
5. That integration of FP into MCH activities does not take into account adolescents, women of reproductive age and men in general who do not frequent MCH centers;
6. The dominant role of education and morality in 'man's' behavior;
7. The absence of an explicit population policy in Côte d'Ivoire;

8. The diversity of the socio-professional groups involved in family planning and the complexity of their roles and tasks;
9. The inadequacies noted in the supervision and evaluation of existing programs;
10. The importance of baseline data in the development, implementation, follow-up and evaluation of MCH/FP programs;

Seminar Participants Recommend That:

1. An explicit population policy including a national FP program should be defined.
2. Family life education should be developed.
3. Moral aspects of FP should be considered in all FP education programs.
4. The legal marital age for young girls should be respected.
5. The legal texts governing abortion should be revised and adapted to reflect current realities.
6. FP should be integrated into MCH activities.
7. Pilot FP clinics should be established in each administrative region and in large urban centers.
8. A national coordinating committee for MCH/FP activities should be created under the direction of the Ministry of Health and Social Protection.
9. MCH/FP service policy, standards and protocols should be prepared.
10. A multidisciplinary group of trainers at the national level should be established.
11. FP should be integrated into the pre-service training of MCH/FP personnel.
12. Systems necessary to assure effective supervision and evaluation of MCH/FP programs should be established.
13. A data collection and reporting system in the MCH/FP service sites should be established.
14. A structure responsible for operations research in family planning should be established.

15. A national IEC/FP strategy should be established.
16. FP should be integrated into programs of the mass-media.

The seminarists are pleased to support these recommendations without hesitation and encourage the government to effectively implement them."

Prepared in Grand-Bassam
April 6, 1991
The Seminarists

APPENDIX A

Persons Contacted/Met

APPENDIX A

Persons Contacted/Met

REDSO/WCA

Mr. Frederic GILBERT, Director
Mr. David MUTCHLER, Assistant Director
Dr. Charles DE BOSE, Assistant Director, GDO, and
Supervisory HPN Officer
Mr. John Paul JAMES, Senior Regional Population Advisor
Ms. Nancy NOLAN, FP Advisor
Dr. Frank Osei ASIBEY, Child Survival/FP Advisor
Dr. Souleymane M. BARRY, Regional HIV/AIDS Advisor
Mr. S. Modupe BRODERICK, CCCD Program Specialist
Ms. Bineta BA DIAGNE, Health Economist

Ministry of Health and Social Protection

Dr. Ibrahim KONÉ, FP Coordinator
Dr. Bernard S. DARRET, Deputy Director of Public Health In
Charge of MCH
Ms. Seki Sira TRAORE, Director of Social Development
Professor Marcellin BOHOUSSOU, Head of MCH Department,
CHU/Cocody, and Chairman of the National Association of
Safe Motherhood

AIBEF

Professor Samba DIARRA, President, and Chief of OB/GYN
Division, CHU/Treichville
Ms. Yvette KOUE-LOU, Executive Director
Ms. Marie Annick DJIKALOU, Program Manager
Mr. Jean Paul DAHILY, Program Coordinator

SEATS/WARO

Mr. Tharcisse MWAMBA, Resident Advisor
Dr. Ismael THIOYE, Clinical Training Specialist
Mr. Franklin CLIFTON, Management Information Specialist

PCS

Mr. Opia MENSAH, Senior Program Officer

ECOFORM

Ms. Carol DIOMANDE, Director

Ms. Pamela ITZAK, Assistant

Others

Mr. Albert FLINDE, Ministry of Plan

Mgr. Paul DAKOURY, Bishop of Abidjan

El Hadj Djiriba CISSE, Islamic Congregation

Ms. Camille HOGUIE, President, Court of Appeals

APPENDIX B

List of Participants

ANNEXE B

**LISTE DES PARTICIPANTS AU SEMINAIRE NATIONAL
SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE
DU 2 AU 6 AVRIL 1991**

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE

PROFESSEURS

- | | | |
|----|---------------------|-------------------------|
| 1. | Samba DIARRA | (AIBEF) |
| 2. | BOHOUSSOU Marcellin | (Maternité Sans Risque) |
| 3. | Welffens EKRA | (Maternité Sans Risque) |

MONSIEUR

- | | | |
|----|----------------------|--------|
| 4. | GUEHI GOZO Ferdinand | (MSPS) |
|----|----------------------|--------|

MESDAMES

- | | | |
|----|------------------|--------|
| 5. | Seki Sira TRAORE | (MSPS) |
| 6. | LATTOH Yvonne | (MSPS) |

DOCTEURS

- | | | |
|-----|-----------------------|--------|
| 7. | NIANGUE Joseph | (MSPS) |
| 8. | YAO Félicien | (MSPS) |
| 9. | TOURE Amara | (MSPS) |
| 10. | Mema KAMARA BANBADJAN | (MSPS) |
| 11. | DARRET SEHERI Bernard | (MSPS) |
| 12. | KONE Ibrahim | (MSPS) |

**MINISTERE DELEGUE AUPRES DU PREMIER MINISTRE POUR L'ECONOMIE,
LES FINANCES, LE COMMERCE ET LE PLAN**

- | | |
|-----|------------------------|
| 13. | Monsieur FLINDE Albert |
|-----|------------------------|

MINISTERE DE LA DEFENSE

- | | |
|-----|--|
| 14. | Médecin Capitaine GEOCHO née Akissi KOUAME |
|-----|--|

MINISTERE DE LA JUSTICE

- | | |
|-----|--------------------------|
| 15. | Président HOGUIE Camille |
|-----|--------------------------|

MINISTERE DE LA COMMUNICATION

- 16. Monsieur Michel KOFFI DJEME (Télévision)
- 17. Monsieur MOGNON Abiali (Fraternité Matin)
- 18. Madame OBROU Brigitte (Radio)

MINISTERE DE LA PROMOTION FEMININE

- 19. Monsieur KOUA EHOUNOU Albert
- 20. Madame KONE Djenaba

ASSEMBLEE NATIONALE

- 21. Dr GUEYE MASSA, Député
- 22. Monsieur KALE SOPOUDE, ancien Député, Conseiller
Président de l'Assemblée
Nationale

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

- 23. YAE Delphine

EGLISE CATHOLIQUE

- 24. Monseigneur Paul DACOURY TABLEY

CONGREGATION MUSULMANE

- 25. EL HADJ DJIRIBA Cissé, Représentant de l'IMAM de la
Rivière

SYNDICAT NATIONAL DES SAGES FEMMES

- 26. Madame ADE Marie-Claire

ASSOCIATION IVOIRIENNE POUR LE BIEN-ETRE FAMILIAL

- 27. Madame KOUE LOU Yvette
- 28. Monsieur Jean Paul DAHILY
- 29. Madame KOUAME KAN Philomène

SYNDICAT NATIONAL DU PERSONNEL TECHNIQUE DE LA SANTE

- 30. Madame KAMATE Mariam

PROVIFA

31. Monsieur KOUKOUA Etienne, Président

SEATS

32. Monsieur MWAMBA Tharcisse
33. Docteur Ismaël THIOYE

PCS

34. Monsieur Opia MENSAH

INTRAH

35. Docteur Aliou BOLY
36. Docteur Manuel PINA
37. Docteur Halima MAIDOUKA

APPENDIX C

Seminar Schedule

ANNEXE C

SEMINAIRE NATIONAL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

PROGRAMME

Lundi 1 avril

16h00 Réunion du Comité d'Organisation
17h00 Arrivée des Participants
19h00 Réunion d'Information et Réception
à la Cantine
20h00 Dîner

Mardi 2 avril

7h00 Petit Déjeuner
7h45 Rassemblement des Participants
à la Salle de Réception
8h00 Accueil des Invités
8h15 Accueil des Ministres
8h30 Cérémonie d'Ouverture
9h15 Raftaichissement
10h00 Introduction/Attentes/Normes Dr. Koné
Salle de Conférence Dr. Darret
Dr. Boly
10h45 Buts et Objectifs
11h15 "PF et la Réduction de la Mortalité et la
Morbidité de la Mère et de l'Enfant"
Prof. Bohoussou
12h00 "Population et Développement" M. Flindé
13h00 Déjeuner
14h30 Aspect Moral et Ethique de la PF Mgr Dacoury
El Hadj Tidiane Ba
16h00 "Planification Familiale et la Loi" Pr. Hoguié
16h45 Pause Café
17h00 "Le Rôle de l'IEC dans la Planification Familiale"
Madame Seki
17h45 Evaluation Journalière Dr. Boly
Dr. Darret
Dr. Koné
20h00 Dîner

Mercredi 3 avril

7h15	Petit Déjeuner	
8h00	Introduction	
8h15	"Obstacles à la Planification Familiale en Afrique en Général et en Côte d'Ivoire en Particulier"	Prof. Diarra
9h00	Présentation de l'USAID INTRAH, SEATS, PCS	M. Gilbert
9h50	Organisation des Groupes de Travail	Dr. Kone Dr. Darret Dr. Boly
10h10	Pause Café	
10h30	Travail en Petits Groupes	
13h00	Déjeuner	
14h30	Travail en Petits Groupes	
16h00	Pause Café	
16h15	Travail en Petits Groupes	
17h15	Evaluation Journalière - Salle de Conférence	
20h00	Dîner	

Jeudi 4 avril

7h15	Petit Déjeuner	
8h00	Introduction - Salle de Conférence	
	Présentation et Discussion des Résultats des Sous-Comités:	
8h15	Groupe 1 - Facteurs Sanitaires et Démographiques Relatifs à la Planification Familiale	
9h00	Groupe 2 - Aspects Economiques, Sociaux et Culturels de la Planification Familiale	
9h45	Groupe 3 - Besoins en Formation des Prestataires de Services de Planification Familiale, et des Agents de Santé	
10h30	Pause Café	
11h00	Groupe 4 - Besoins en Formation des Superviseurs et Directeurs des Cliniques	
13h00	Déjeuner	

14h30 Groupe 5 - Coordination et Intégration de la
Planification Familiale et la Santé Maternelle et
Infantile

15h15 Groupe 6 - Recherches Opérationnelles

16h00 Pause Café

16h15 Récapitulation des Thèmes Développés

16h45 Révision du Programme et Identification des
Travaux en Suspens

17h45 Evaluation Journalière

20h00 Dîner

Vendredi 5 avril

7h15 Petit Déjeuner

8h00 Introduction

8h10 Création du Comité Technique National

8h30 Travaux en Petits Groupes - Développement du
Projet d'Extension des Services de Planification
Familiale pour le Comité Technique National

10h30 Pause Café

11h00 Reprise des Travaux en Petits Groupes

13h00 Déjeuner

14h30 Suite des Travaux en Petits Groupes

16h15 Pause Café

16h30 Reprise des Travaux en Petits Groupes

17h45 Evaluation Journalière

20h00 Dîner

Samedi 6 avril

7h15	Petit Déjeuner
8h00	Introduction
8h10	Présentation des Résultats des Travaux par les Membres du Comité Technique National
10h45	Rassemblement des Participants dans la Salle de Réception et Accueil des Invités
11h00	Cérémonie de Clôture
12h00	Rafraichissement
	Départ des Invités et des Participants

CALENDRIER JOURNALIER DES ACTIVITES

JOUR 1

SESSION # 1

THEME	OBJECTIFS	METHODOLOGIE	QUI & QUOI	DUREE
Ouverture officielle ; brève présentation des buts et objectifs du séminaire.	Ouvrir officiellement le séminaire ; donner un bref aperçu des raisons du séminaire.	Discours par les Représentants du GOCI.	Ministre de la Santé ou Représentant. * Discours	60 mn 8:00-9:00
Introduction Attentes Normes	Briser la glace et établir l'ambiance participative et utiliser les techniques participatives.	Demander aux participants de se présenter : noms, profession intérêts en PF. Leur demander d'y écrire leurs attentes de la semaine. Leur demander de les partager. Quelles normes au cours de la semaine doivent guider le groupe. Commencer en donnant une ou deux normes.	Dr. DARRET KONE et BOLY * Flip chart * Badge (avec logo INTRAH) * Classeurs des participants	45 mn 9:00-9:45

NB: HORAIRES MODIFIES.

22

CALENDRIER JOURNALIER DES ACTIVITES

JOUR 1

SESSION # 2 & 3

THEME	OBJECTIFS	METHODOLOGIE	QUI & QUOI	DUREE
Buts et objectifs du séminaire	Informers les participants sur le but et les objectifs du séminaire suivant leurs attentes.	Demander aux participants de se référer aux buts et objectifs du séminaire dans les classeurs et les comparer à leurs attentes.	Dr DARRET et BOLY * Classeurs	45 mn 9:45-10:30
Pause café				
PF et la réduction de la mortalité et de la morbidité de la Mère et de l'Enfant	Discuter des avantages de la PF dans la baisse de la mortalité maternelle et infantile.	Présentation suivie de discussions.	Pr. BOHOUSSOU Flip chart	45 mn 11:00-12:00
Population et Développement	Etablir le lien entre une bonne politique en matière de population et les processus de développement.	Présentation de l'intervenant suivie de discussions.	M. FLINDE * Flip chart	45 mn 12:00-13:00

CALENDRIER JOURNALIER DES ACTIVITES

JOUR 1

SESSION # 4 à 7

THEME	OBJECTIFS	METHODOLOGIE	QUI & QUOI	DUREE
L'aspect moral et éthique de la PF	Présenter les points de vue religieux et culturel sur la PF. Identifier et discuter quelques questions morales.	Présentation par des animateurs suivie de discussions.	Mgr. DAKOURY ou AGRE et El Hadj BAH	45 mn 14:30-15:30
Planification familiale et la Loi	Partager les lois déjà existantes sur la PF et leur implication en faveur des programmes de PF.	Présentation par un animateur suivie de discussion.	TBD du MJ ou de la Faculté de Droit	45 mn 3:30-4:15
Pause café				15 mn 4:15-4:30
Le rôle de l'IEC dans la PF.	Discuter de l'importance de l'IEC dans un programme PF, commencer à identifier les acteurs clés en IEC.	Présentation par un animateur suivie d'une discussion.	TBD du MSP/SP + PCS ?	45 mn 4:30-5:15

THEME	OBJECTIFS	METHODOLOGIE	QUI & QUOI	DUREE
Evaluation journalière	Echanger des points de vue sur la pertinence du contenu et la méthode utilisée au cours de la journée. Identifier des problèmes, réalisations.	Demander aux participants, comment s'est déroulée la journée, ce qui va bien, ce qui devra être amélioré ; Quelles sont les réalisations de la journée, les énumérer.	BOLY * Flip chart	20 mn

CALENDRIER JOURNALIER DES ACTIVITES

JOUR 2

SESSION # 1 à 6

THEME	OBJECTIFS	METHODOLOGIE	QUI & QUOI	DUREE
Introduction				10 mn 8:00-8:15
Obstacle à la PF en Afrique en général, en CI en particulier.	Evaluer la situation des programmes PF en Afrique, cas de la Côte d'Ivoire.	Présentation d'un animateur suivie de discussion de groupe.	Pr. DIARRA * Flip chart	45 mn 8:15-9:00
Présentation de REDSO, INTRAH, SEATS et PCS.	Partager les résultats des recensements des besoins.	Présentation de REDSO + différentes AC.	Représentant de REDSO + AC	50 mn 9:00-9:50
Organisation de petits travaux de groupe.	Former 6 sous-comités pour traiter les 6 thèmes déjà identifiés.	Création de 6 groupes de travail ayant des directives claires sur ce qui leur est demandé.	Dr BARRET et BOLY * Liste des personnes et directives sur le flip chart	20 mn 9:50-10:10
Travail en petits groupes	Proposer des résultats escomptés et être prêts pour les présenter au groupe entier.	Chaque groupe devra avoir un facilitateur et un rapporteur, clarifier les objectifs et les résultats escomptés de chacun.	Facilitateur de chaque groupe + facilitateur du séminaire * Flip chart + markers	3 heures 10:10-13:10

THEME	OBJECTIFS	METHODOLOGIE	QUI & QUOI	DUREE
Suite des travaux de groupe.				14:30-17:00
Evaluation de la journée	Echanger des points de vue sur la pertinence du contenu et la méthode utilisée au cours de la journée et identifier les problèmes et réalisations.	Demander aux participants comment s'est déroulée la journée, ce qui va bien, besoins à améliorer, quelles sont les réalisations de la journée, les énumérer.	BOLY * Flip chart	20 mn 17:00-17:20

CALENDRIER JOURNALIER DES ACTIVITES

JOUR 3

SESSION # 1 à 8

THEME	OBJECTIFS	METHODOLOGIE	QUI & QUOI	DUREE
Introduction				15 mn 8:00-8:15
Santé et facteurs démographiques relatifs à la PF.	Présenter et discuter les résultats du sous-comité.	Le rapporteur du groupe présente les résultats du groupe.	Le rapporteur du groupe et autres membres du groupe.	45 mn 8:15-9:00
Aspects économiques, sociaux et culturels de la PF	Présenter et discuter les résultats du sous groupe.	Le rapporteur du groupe présente les résultats du groupe.	Le rapporteur du groupe et autres membres du groupe.	45 mn 9:00-9:45
Besoins en formation des prestataires de service de PF + agents de santé y compris les standards et protocoles et plans de travail + IEC pour les agents de santé.	Présenter et discuter les résultats du sous groupe.	Le rapporteur du groupe présente les résultats du groupe (des AC, NA).	le rapporteur du groupe et autres membres	45 mn 9:45-10:30
Pause café				10:30-11:00
Besoins en formation en PF des superviseurs et responsables cliniques.	Présenter et discuter les résultats du sous comité.	Le rapporteur du groupe présente les résultats du groupe (des AC, AN)	le rapporteur du groupe et autres membres du groupe	45 mn 11:00-11:45

THEME	OBJECTIFS	METHODOLOGIE	QUI & QUOI	DUREE
Coordination et intégration de la PF et SMI.	Présenter et discuter les résultats du sous comité.	le rapporteur du groupe présente les résultats du groupe.	le rapporteur du groupe et autres membres du groupe.	45 mn 14:30-15:15
Recherches opérationnelles	Présenter et discuter des thèmes sur des organisations travaillant sur la recherche opérationnelle.	le rapporteur du groupe présente les résultats du groupe.	le rapporteur du groupe et autres membres du groupe.	45 mn 15:15-16:00
Pause café				16:00-16:15
Point du travail en sous-groupes : récapitulation des thèmes développés au cours de la journée	Résumer les points importants de la journée.	Les facilitateurs ont mis l'accent sur les points forts et la contribution de la journée.	les facilitateurs du séminaire.	30 mn 16:15-16:45
Travaux en suspens	Reviser les activités de la semaine et achever les questions en suspens.	Revoir le calendrier et faire ressortir les résultats.	Dr DARRET	55 mn 16:45-17:50
Evaluation de la journée	Echanger des points de vue sur la pertinence du contenu et la méthode utilisée dans la journée, problèmes et réalisations.	Demander aux participants : comment s'est déroulée la journée, ce qui va bien et les besoins à améliorer, quelles sont les réalisations de la journée les énumérer.	BOLY * Flip chart	20 mn 17:50-18:10

CALENDRIER JOURNALIER DES ACTIVITES

JOUR 4

SESSION # 1 à 3

THEME	OBJECTIFS	METHODOLOGIE	QUI & QUOI	DUREE
Introduction				10 mn 8:00-8:10
Création du comité national chargé de développer une stratégie pour l'expansion des services de PF.	Créer le comité national en vue d'élaborer une stratégie pour l'expansion des services de PF.	Liste des membres potentiels selon l'historique.	Dr. KONE, DARRET, Pr. DIARRA	20 mn 8:10-8:30
Début des travaux du comité national en sous groupes, utilisant les personnes ressources existantes.	Etablir un projet pour le comité national y compris les buts, objectifs, résultats escomptés, plan d'action et coût.	Travaux en plénière et sessions en petits groupes.	Dr. DARRET Pr. DIARRA Pr. Welfence EKRA	4 heures 8:30-12:30
Suite des travaux du comité national en sous groupes.				3 heures 14:30-17:30

A.C.

CALENDRIER JOURNALIER DES ACTIVITES

JOUR 5

SESSION # 1 et 2

THEME	OBJECTIFS	METHODOLOGIE	QUI & QUOI	DUREE
Introduction				10 mn 8:00-8:10
Présentation des résultats du comité national.	Partager les réalisations du comité national.	Les membres du comité national présentent leurs réalisations et les étapes suivantes.	Membres du comité national	3 heures 8:10-11:10
Clôture du séminaire	Clôturer le séminaire.	Discours du Ministre de la Santé ou représentant.		11:10-12:30

APPENDIX D

List of Seminar Session Facilitators

Séminaire National sur la Planification Familiale

Liste des Responsables

Comité d'Organisation

Professeur Samba Diarra
Professeur Marcellin Bohoussou
Dr. Koné Ibrahim
Dr. Darret S. Bernard
Mme Seki Sira Traoré
Dr. Aliou Boly (INTRAH)
Dr. Manuel Pina (INTRAH)
Dr. Halima Maidouka (INTRAH)
Dr. Thioye Ismael (SEATS)
Mr. Mwamba Muteba Tharcisse (SEATS)

Présidence du Séminaire

Président : Dr. Koné Ibrahim
Rapporteurs: Dr. Darret Bernard
 Dr. Manuel Pina
Secrétaire : Mme Latoh Yvonne

Thème I Mardi à 11h15

Conférencier : Professeur Bohoussou
Président : Professeur Diarra
Rapporteurs : Madame Kouamé Kan
 Madame Adé Marie Claire

Thème II Mardi à 12h00

Conférencier : Monsieur Flindé Albert
Président : Professeur Malan Kassi Léopold
Rapporteurs : Dr. Niangue Joseph
 : Mr. Dahily Paul

Thème III Mardi à 14h30

Conférenciers: Mgr. Dacoury et El Hadj Tidiane Bah
Président : Président Hoguié Camille
Rapporteurs : Professeur Welffens Ekra
 Docteur Toure Amara

Thème IV Mardi à 16h00

Conférencier : Président Hoguié Camille
Président : Professeur Bohoussou
Rapporteurs : Medecin Capitaine Gbocho
 Monsieur Mema Soumahoro

Thème V Mardi à 17h00

Conférencier : Madame Seki Sira Traoré
Président : Monsieur Kalé Sopoudé
Rapporteurs : Madame Koué Lou Yvette
 : Docteur Yao Felicien

Thème VI Mercredi à 8h15

Conférencier : Professeur Samba Diarra
Président : Madame Yae Delphine
Rapporteurs : Monsieur Michel Koffi Djémé
 : Docteur Mema Karamoko Babadjan

APPENDIX E

**Seminar Proposal
(Goal, Objectives, Background and Rationale,
Expected Outcomes and Description of the Activity)**

SEMINAIRE NATIONAL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

I- BUT DU SEMINAIRE

Le but du séminaire consiste à :

- développer une prise de conscience des bienfaits de la planification familiale en matière de santé, à des fins sanitaires, sociales et économiques pour la famille et pour le pays ;
- élaborer un plan d'établissement d'une politique des services, d'extension des services, de formation, d'IEC, de recherches opérationnelles et développement de document de politique, standards et protocoles de service.

II- OBJECTIFS DU SEMINAIRE

Les objectifs du séminaire sont de :

- définir le concept de planification familiale en Côte d'Ivoire, et identifier l'impact de la planification familiale sur la santé maternelle et infantile et sur les facteurs de développement tels que la démographie, l'économie, et autres ;
- définir et discuter les aspects moraux, éthiques et légaux de la planification familiale en Côte d'Ivoire ;
- définir et discuter les obstacles à la planification familiale en Afrique en général et en Côte d'Ivoire en particulier en tenant compte des implications pour l'IEC, les services et la formation ;
- identifier et discuter les besoins en coordination des efforts entre les unités du secteur public et du secteur privé, et identifier ce que veut dire l'intégration des services de SMI, PF et IEC ainsi que les moyens par lesquels cette intégration peut être faite ;
- établir le mandat et les modalités de création d'une Commission Nationale chargée de l'extension de la planification familiale dans le pays ;
- documenter les travaux et recommandations du séminaire, particulièrement les décisions prises et les propositions d'action faites.

III- HISTORIQUE ET RAISON D'ETRE

Jusqu'à présent, la position pro-nataliste du Gouvernement de la Côte d'Ivoire a sérieusement limité les services de planification. Les changements politiques survenus dans le pays

entre 1988 et 1989 ont entraîné un changement à la tête du MHP/PP et la volonté d'intégrer les services de planification familiale dans les cliniques et hôpitaux publics.

Par conséquent, les médecins ivoiriens ont créé une Association Nationale pour la Maternité sans Risque qui inclut l'espacement des naissances dans leurs programmes d'éducation et des services de PF.

Cependant, beaucoup d'initiatives restent à prendre dans les secteurs publics et privés avant que les services de planification soient disponibles, accessibles et acceptés par la population de la Côte d'Ivoire.

Dans le cadre de ces initiatives, REDSO/WCA prépare un projet bilatéral. INTRAH et BEATS ont mené des recensements des besoins qui ont révélé la nécessité d'extension des services et des besoins en formation.

Les deux organisations ont recommandé qu'avant d'améliorer et de vulgariser les services de planification, il faudrait informer les autorités gouvernementales, religieuses et autres leaders d'opinion, des avantages de la planification familiale, de l'importance des services de planification familiale pour les couples ivoiriens, et du changement de position du Gouvernement concernant l'espacement des naissances. Cette recommandation acceptée par le Ministère de la Santé et REDSO/WCA va permettre l'organisation d'un séminaire de "Sensibilisation" financé par REDSO/WCA et facilité par INTRAH et BEATS.

La proposition qui suit, décrit les plans du séminaire qui se tiendra du 2 - 6 Avril 1991 à Grand-Bassam. Un comité d'organisation ivoirien s'est chargé de la conception du programme du séminaire avec le soutien technique d'INTRAH et de BEATS.

IV- RESULTATS ESPRÉS

1- Une prise de conscience accrue des avantages de la planification familiale et la compréhension du changement de la position et des intentions du Gouvernement de la Côte d'Ivoire en faveur de la promotion et de l'extension des services de planification familiale.

2- La création d'une structure chargée d'élaborer un programme d'extension des services de planification familiale en accord avec le but et les objectifs cités plus haut. Ce programme comportera les aspects de coordination des efforts du secteur public et du secteur privé, l'intégration des services de MHI/PP, le rôle de l'IEC, la nécessité de formation et de supervision, les recherches opérationnelles potentielles, les objectifs visés pour la diminution du taux démographique, de mortalité et de morbidité, les recommandations pour des changements législatifs éventuels, et les rôles des différents prestataires de services des secteurs sanitaires, sociaux et autres.

3- Un document résumant toutes les activités du séminaire, y compris les recommandations des groupes de travail.

V- DESCRIPTION DE L'ACTIVITE

A- Thèmes et Sujets du Séminaire

Les thèmes et conférenciers suivants ont été identifiés par le Comité d'Organisation:

1- La Planification Familiale et la réduction de la mortalité materno-infantile. Conférencier : Professeur Marcellin BOHOUSSOU, Chef du Département de la Mère et de l'Enfant, CHU de Cocody et Président de l'Association Nationale pour la Maternité Sans Risque.

2- Population et Développement. Conférencier : Mr. Albert FLINDE, Ministère du Plan.

3- Les aspects éthiques et moraux de la Planification Familiale. Conférenciers : Mgr. DACOURY, Evêque d'Abidjan et El Hadj Tidiane Ba, de la Congrégation Islamique.

4- Le rôle de l'IEC dans la planification familiale. Conférencier : Mme SEKI SIRA TRAORE, Directrice du Développement Social (MSPS).

5- La Planification Familiale et les aspects juridiques. Conférencier : Président Camille HOGUIE, Ministère de la Justice

6- Obstacles à la Planification Familiale en Afrique en général et en Côte d'Ivoire en particulier. Conférencier : Pr. Samba DIARRA, Responsable du Département Gynéco-Obstétrique au CHU/Treichville, et Président de l'AIBEF.

Les thèmes suivants ont été retenus pour les travaux en commissions au cours du séminaire :

1- Les facteurs sanitaires et démographiques applicables à la planification familiale en Côte d'Ivoire.

2- Les aspects économiques, sociaux et culturels de la PF.

3- Les besoins en formation des prestataires de services de PF et des assistants sociaux, y compris les standards, protocoles et plans de travail ainsi que l'IEC.

4- Les besoins en formation des Superviseurs et Directeurs de cliniques.

5- Coordination/intégration de la planification et la santé maternelle et infantile.

6- Recherches opérationnelles.

B- Structure du Séminaire

Les cinq jours du séminaire sont répartis comme suit :

Deux jours pour les conférences/présentations données par d'éminents conférenciers, et trois jours pour les travaux en commission.

Chaque présentation sera suivie de longues discussions de groupes. Une commission technique dont les membres seront identifiés pendant le séminaire rassemblera les résultats des discussions dans un document qui servira de référence. Pour plus de détails, voir le calendrier journalier des activités.

C- Facilitateurs

Les travaux du séminaire seront coordonnés par un comité composé des membres d'INTRAH, SEATS, MSP/PB et AIBEF.

D- Participants

Ce séminaire verra la participation de 35 personnes dont des représentants des différents Ministères et Institutions du Gouvernement de la Côte d'Ivoire, des Congrégations religieuses, des différentes associations, de l'Assemblée Nationale et de la presse nationale.

E- LIEU

Grand Bassam au Centre De Formation aux Techniques du Pétrole (CFTP)

VI- EVALUATION

1- Chaque participant remplira la fiche d'appréciation des participants pour évaluer le séminaire.

2- La revue journalière du processus sera menée au cours du séminaire afin de donner aux participants et aux facilitateurs l'occasion d'échanger des points de vue sur la pertinence du contenu et des méthodes, et d'identifier les problèmes et les réalisations.

Les réalisations du séminaire seront vérifiées régulièrement tout en suivant le calendrier des activités afin de respecter les buts et objectifs fixés.

COTE D'IVOIRE PROPOSAL

TITLE:	NATIONAL FAMILY PLANNING SEMINAR
ORGANIZATION:	MINISTRY OF PUBLIC HEALTH AND SOCIAL PROTECTION
COST:	\$ 63,192
SUBMISSION DATE:	FEBRUARY 21, 1991
DATES:	APRIL 2-6, 1991
VENUE:	GPAND BASSAM, COTE D'IVOIRE
TOTAL NO OF PARTICIPANTS.	35
COST PER PARTICIPANTS:	\$ 1,805
COST PER PARTICIPANT: DAY	\$ 361

I. Background and rationale

Until recently, the GOCI's pronatalist position severely limited family planning services provision. During the period, 1988 and 1989, political change in the country led to a change of leadership in the Ministry of Health and willingness to integrate family planning services into public sector clinics and hospitals. In response, Ivorian physicians formed a National Association for Safe Motherhood, which includes child spacing among educational and service delivery mandates. However, many more public and private sector initiatives must be taken before family planning services are available, accessible and acceptable to the people of Cote d'Ivoire.

As one of these initiatives, REDSO/WCA intends to launch a bilateral project. In preparation, INTRAH and SEATS conducted needs assessments, which revealed the potential for expanded services and many training needs. Both organizations recommended that before the family planning service network was improved and expanded, government, religious and other leaders should be informed about the benefits of family planning and the importance of this service to Ivorian couples, as well as the changed position of the government with respect to child spacing. This recommendation led to assent by the Ministry of Health and REDSO/WCA to hold a "sensitization" seminar, to be funded by a buy-in to INTRAH from REDSO/WCA.

The proposal which follows describes the plans for the seminar to be held from April 2-6, 1991 in Grand Bassam. The design and content of the seminar are guided by an Ivorian planning committee, which is technically supported by INTRAH and SEATS.

II. Seminar Goal

To build awareness of the benefits of family planning to the health, social and economic goals of the family and the country and apply the awareness to plans for a service policy, standards, method protocols, expansion of services, training, IEC and operations research.

III. Seminar Objectives

- 1 Define the concept of family planning in Côte d'Ivoire, and identify the impact of family planning on maternal and child health, and demographic, economic and other development indices.**
- 2. Define and discuss moral, ethical and legal aspects of family planning in Cote d'Ivoire.**

3. Define and discuss obstacles to family planning in Africa in general, and in Côte d'Ivoire in particular, with a view to IEC, service, and training implications.
4. Identify and discuss needs for coordination of efforts between and among public and private sector entities, and identify what is meant by integration of FP and MCH IEC and services, as well as how coordination and integration can be achieved.
5. Establish a mandate for and membership of a National Committee responsible for the expansion of family planning within the country.
6. Document the seminar and the work and recommendations of seminar working groups as a record of positions taken and proposals for action that were made.

10. Expected Outcomes

1. Increased awareness of the benefits of family planning and understanding of the changed GOCI position and intentions with respect to family planning service expansion.
2. Establishment of a National Committee to plan for family planning service expansion, to include a strategy for service expansion along with a goal and objectives that will incorporate aspects of coordination of public and private sector efforts, the integration of FP and MCH services, the role of IEC, requirements for training and supervision, operations research potential, proposed demographic and mortality and morbidity reduction targets, recommendations for legislative changes (if any), and the roles of various service providers from health, social and other sectors.
3. A record of the proceedings of the seminar, including the recommendations of working groups.

B. Description of the activity

A. Topics and themes of the seminar

The following topics and speakers were identified by the organizing committee (see Trip Report B 158-1 & 2) :

1. Family planning and the reduction of maternal and child mortality: Speaker: Professor Marcellin BOHOUSSOU, head of OB/GYN, CHU Cocody and Chairman of National Association of Safe Motherhood.
2. Population and Development, Speaker: Mr. Albert FINDE, Ministry of Plan.
3. The moral and ethical aspects of Family planning: Speakers: Mgr. Dakoury, Bishop of Abidjan; El Hadj TIDIAM Bâh from the Islamic congregation and a representative from the protestant church.
4. The role of IEC in Family planning: Speaker : a representative from the Ministry of Public Health and Social Protection.
5. Family planning and the law: speaker: a representative from Abidjan School of Law or the Ministry of Justice.
6. Obstacles to Family planning in Africa in general and in Côte d'Ivoire in particular: Speaker : Pr. Samba DIARRA, head of OB/GYN at CHU/Treichville, and President of AIBEF.

The following six themes were identified for subcommittee work groups during the seminar:

1. Health and demographic factors relevant to FP in Côte d'Ivoire.
2. Economic, social and cultural aspects of FP.
3. Training needs of FP service providers and social workers, including standards, protocols and workplans and IEC.
4. Training needs of FP supervisors and clinic managers.
5. Coordination/integration of Family planning and maternal and child health.

B. Structure of Seminar

The five day seminar is divided into 2 days of lecture/presentation given by the identified speakers, and 3 days of subcommittee workgroups.

Each presentation will be followed by a large group panel discussions. A technical committee whose members will be identified during the preparation week will pull together the results of the discussions and prepare them to serve as a resource document issued from the seminar. For more details see daily schedule of activities.

C. Facilitators

The seminar will be facilitated by a committee consisting of INTRAH, SEATS, MOPH/SP and AIBEF.

D. Participants

There will be approximately 35 seminar participants. Participants will include representatives of different GOCI Ministries and institutions, religious congregations, different associations, National Assembly, and the national press.

E. Venue

The seminar is scheduled to take place in Grand Bassam.

DI. Evaluation

1. Each participant will complete an INTRAH biodata form.
2. Daily process reviews will be conducted during the seminar to provide both participants and facilitators with opportunities to exchange views on the relevancy of content and methods, and to identify problems and accomplishments.
Seminar accomplishments will also be regularly checked against schedule to ascertain adherence to established purposes and objectives.
3. Modified participant reaction forms will be used to assess the effectiveness of the seminar.

APPENDIX F

List of Reference and Resource Materials for Participants

ANNEXE F

- PLANIFICATION FAMILIALE : Méthode et Pratique pour l'Afrique
- ALLAITEMENT MATERNEL ET CONTRACEPTION : TIP INTRAH
- LE PLANNING FAMILIAL : Son effet sur la santé de la Femme et de l'Enfant : par Deborah MAINE, (Columbia University)
- ESPACEMENT DES NAISSANCES ET LA SURVIE DES ENFANTS : par Deborah MAINE (Columbia University)
- SANTE PRODUCTIVE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : Les questions et les choix : FHI
- ESPACER LES NAISSANCES POUR QUE LES ENFANTS VIVENT : (Columbia University)
- POLITIQUE DEMOGRAPHIQUE : Un manuel pour les planificateurs et les responsables des politiques (Columbia University)
- POCHETTES PCS : Nos 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.
- LES SERVICES DE PF : Options pour l'Afrique : (Impact Project)
- L'INTRODUCTION DU PLANNING FAMILIAL AU SEIN DE LA POPULATION, UNE CONFERENCE SUR LES DISTRIBUTIONS AXEES SUR LA COMMUNAUTE ET AUTRES SYSTEMES DE PRESTATION EN AFRIQUE : (Impact Project)
- TOUS POUR LA SANTE : "SAVOIR POUR SAUVER" : (UNICEF)
- TOUS POUR LA SANTE : "LE DEFI DE LA COMMUNICATION" : (UNICEF)
- LA SUPERVISION QUANTITATIVE EN PF : (TIP INTRAH)
- GLOSSAIRE DES TERMES DE PF : (INTRAH)
- CALENDRIER 1990 : INTRAH.

POPULATION REPORTS :

- Série J, N°29 : L'Influence des programmes de PF sur la fécondité.
- Série J, N°31 : La Recherche opérationnelle : Leçons à tirer sur le plan des orientations et des programmes.
- Série J, N°33 : L'Homme dans les programmes de Planning Familial - Nouvelles orientations.
- Série J, N°37 : Les Pharmaciens et le Planning Familial.
- Série L, N°7 : Protection de la vie des Mères : La Santé Maternelle dans la Communauté.

APPENDIX G

Summary of Participant Reaction Forms

ANNEXE G

SEMINAIRE NATIONAL SUR LA PF EN COTE D'IVOIRE

RESUME : QUESTIONNAIRE D'APPRECIATION POUR LES SEMINARISTES :

Ce questionnaire a pour but de solliciter les réactions des séminaristes sur la façon dont le séminaire a été organisé et sur l'atteinte des objectifs..

Veillez cocher votre réaction et faire des commentaires (si nécessaire). Ce questionnaire est anonyme.

1. a. Selon vous, les aspects moraux, éthiques et légaux de la PF en Côte d'Ivoire ont-ils été suffisamment analysés ?

Oui: **24**

Non: **1**

Indécis

Commentaires : _____

- b. Les problèmes et solutions liés à ces 3 aspects, ont-ils été clairement définis ?

Oui: **22**

Non: **1**

Indécis: **2**

Commentaires : _____

2. Selon vous, le concept et les bienfaits de la PF tel que définis dans ce séminaire reflètent-ils les réalités socio-culturelles de la Côte d'Ivoire ?

Oui: **23**

Non: **1**

Indécis

SANS REPONSE: **1**

Commentaires : _____

3. a. Les obstacles de la PF en Côte d'Ivoire et l'implication de ces obstacles pour les services de planification familiale ont-ils été suffisamment analysés?

Oui: **20**

Non: **1**

Indécis: **4**

Commentaires : _____

- b. Des solutions appropriées à ses obstacles ont-elles été proposées ?

Oui: **23**

Non: **1**

Indécis: **2**

Commentaires : _____

5/

4. Les discussions portant sur la coordination des efforts entre les secteurs public et privé dans le domaine de la planification familiale, ont-elles permis d'identifier concrètement les modalités de collaboration entre ces 2 secteurs ?

Oui : 10 Non : 10 Indécis : 2 SANS REPONSE : 3

Commentaires : _____

5. Etes-vous satisfait de la définition de l'intégration des services de SMI/PF ainsi que de l'approche proposée pour arriver à cette intégration ?

Oui : 20 Non : 1 Indécis : 4 SANS REPONSE : 1

Commentaires : _____

6. A l'issue de ce séminaire, êtes-vous personnellement convaincu de la nécessité d'étendre les services de PF en Côte d'Ivoire ?

Oui : 22 Non : 1 Indécis : 1 SANS REPONSE : 1

Commentaires : _____

7. Le séminaire a-t-il été animé de façon à vous permettre d'apporter votre pleine participation ?

Oui : 23 Non : 1 Indécis : 1

Commentaires : _____

8. Les matériels distribués pendant le séminaire (brochures, films, polycopés...) ont-ils été utiles pour vous ?

Oui: 18

Non: 2

Indécis: 3 SANS REPONSE

Commentaires : _____

9. L'organisation matérielle (durée des travaux en rapport avec le contenu, pause-café, logement, repas, lieu...) était-elle convenable ?

Oui: 18

Non: 3

Indécis: 2 SANS REPONSE

Commentaires : _____

10. Après ce séminaire, partagerez-vous les informations reçues avec les autres qui n'ont pas eu l'occasion de participer ?

Non: 1

Pourquoi ?

Oui: 23

Comment ?

Je ne sais pas

SANS REPONSE : 1

24

11. Le but du séminaire était de développer et renforcer la prise de conscience et la compréhension des séminaristes sur les avantages de la planification familiale et sur la position du gouvernement de la Côte d'Ivoire vis à vis de la planification familiale et ses intentions quant à l'expansion des services de PF. A votre avis, est-ce que ce but a été atteint ?

OUI : 23

NON : 1

SANS REPONSE : 1

Expliquez votre réponse s'il vous plait.

12. Autres commentaires ?

APPENDIX H
Opening Speeches

SEMINAIRE NATIONAL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE
DU 2 AU 6 AVRIL 1991 AU CFTP A GRAND BASSAM

CEREMONIE D'OUVERTURE

7H45 Rassemblement des Participants
8h00 Accueil des Invités
8h15 Accueil des Ministres
8h30 Ouverture
Maître de Cérémonie, Dr. Darret S. Bernard
- Allocution Introductive, Dr. Koné Ibrahim
- Allocution du Directeur de l'USAID/REDSO
Monsieur Frederick Gilbert
- Allocution de Monsieur le Ministre de la Santé
Publique et de la Protection Sociale
9h15 Rafrâichissement

ALLOCUTION DU DOCTEUR KONE
2 AVRIL 1991

- Monsieur le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale
- Excellence Monsieur l'Ambassadeur des Etats-Unis en Côte d'Ivoire,
- Mesdames et Messieurs les représentants des Organisations internationales en Côte d'Ivoire,
- Monsieur le Sous-Préfet de Grand-Bassam,
- Monsieur le Député de Grand-Bassam,
- Monsieur le Maire de Grand-Bassam,
- Mesdames et Messieurs les invités
- Mesdames et Messieurs. "

C'est pour moi un insigne honneur de prendre la parole ce matin, au nom de tous les participants au séminaire national sur la Planification Familiale, pour vous souhaiter la bienvenue au centre de Formation aux Techniques du Pétrole de Grand-Bassam.

Monsieur le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, sachant votre aversion pour les discours, je m'abstiendrai d'en faire ce matin.

Néanmoins, permettez-moi d'adresser un mot de remerciements à toutes ces hautes personnalités qui, malgré les lourdes responsabilités qu'elles assument, ont décidé de faire un long déplacement pour venir jusqu'à nous, ici, pour nous apporter leur encouragement et leur soutien.

Je voudrais tout d'abord Monsieur le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale commencer par vous, car sans votre courage personnel, ce séminaire n'aurait pas vu le jour. Et notre pays aurait attendu encore de nombreuses années avant de s'engager dans une politique hardie pour la survie de la mère et de l'enfant. Je puis vous assurer que votre présence ce matin constitue un véritable stimulant pour tous les participants à ce séminaire

Monsieur le Directeur de l'USAID Etats-Unis, depuis la prise de position du Ministre de la Santé sur la Planification Familiale, les encouragements et le soutien de votre gouvernement ne lui ont pas fait défaut, ce séminaire se tient aujourd'hui grâce à un financement de votre gouvernement. Soyez en sincèrement remercié.

43

Mesdames et Messieurs les Représentants des organisations Internationales, Mesdames et Messieurs les invités, votre présence ce matin nous réconforte et nous vous prions d'accepter nos sincères remerciements.

Monsieur le Sous-Préfet, Monsieur le Député, Monsieur le Maire de Grand-Bassam, vous avez accepté avec bonne grâce de nous offrir l'hospitalité dans ce cadre agréable, propice au travail et à la réflexion. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Mesdames et Messieurs, le séminaire qui nous réunit ce matin regroupe pratiquement toutes les sensibilités nationales ; en effet, huit Ministres y sont représentés.

L'Assemblée Nationale, le Conseil Economique et Social, des Organisations Non Gouvernementales, ainsi que des syndicats y ont délégué des représentants. Des hauts dignitaires religieux nous ont fait l'honneur de participer à ce séminaire.

Sont présents à ce séminaire, des médecins et des paramédicaux, des économistes, des démographes, des juristes, des spécialistes des questions sociales et des activités de planification familiale.

Je citerai tout spécialement les experts des organisations non gouvernementales INTRAH et SEATS qui sont venus spécialement de l'étranger pour nous apporter leur concours et leur expérience dans l'organisation de ce séminaire dont l'importance pour l'avenir de la Planification Familiale en Côte d'Ivoire n'échappe à personne.

Tous ces spécialistes ont réfléchi pendant 5 jours sur tous les aspects devant permettre de définir une politique nationale de Planification Familiale cohérente, efficace qui soit acceptée par la très grande majorité de nos concitoyens.

Je vous remercie !

DOCTEUR KONE

ALLOCUTION DE MONSIEUR LE
DIRECTEUR DE L'USAID
2 AVRIL 1991

- Monsieur le Ministre de la Santé et de la Population,
- Monsieur le Président de l'AIBEF,
- Monsieur et Mesdames les représentants des organisations,
- Monsieur le Député de Grand-Bassam,
- Monsieur le Maire de Grand-Bassam,
- Honorables invités,
- Mesdames et Messieurs.

C'est pour moi un immense plaisir de prendre la parole à l'ouverture de ce séminaire national sur la Planification Familiale.

La plupart d'entre vous ici présents aujourd'hui, sont des pionniers et des Leaders des efforts effectués en matière de planification familiale dans votre pays. Depuis le temps que je travaille en Afrique, j'ai pu constater combien les problèmes de développement, non seulement ceux de santé maternelle et infantile, peuvent provenir du taux de croissance élevé de la population. Ce constat, j'en suis sûr, vous en êtes parfaitement conscients. J'ai aussi vu naître et se développer des programmes de planification familiale, dont plusieurs ont été subventionnés par l'USAID.

Je voudrais présenter à ceux qui ne sont pas encore familiarisés avec nos programmes, la politique de l'AID en matière de population. La politique de l'AID en ce qui concerne la population est la suivante :

Premièrement, nous souhaitons accroître la liberté des individus dans le choix du nombre de leurs enfants ainsi que de l'espacement entre ceux-ci et deuxièmement, nous souhaitons également encourager des taux de croissance démographique compatibles avec les taux de croissance économique et de la productivité. Les deux parties de cet objectif sont réciproques.

La capacité de déterminer librement le nombre d'enfants que l'on désire et l'espacement entre ceux-ci offre à l'individu la possibilité de mieux bénéficier des avantages qui lui sont offerts pour améliorer ses aptitudes. La recherche d'emploi et l'augmentation de ses revenus, et ainsi, contribuer au développement de la nation.

L'assistance de l'AID en matière de population est bâtie sur les prémisses suivantes :

1°)- Les individus et les couples doivent être capables de décider librement de la taille de leurs familles ;

2°) Les individus des pays en voie de développement apparaissent avoir besoin et désirent des programmes de planification familiale volontaire ;

3°)- Un développement économique soutenu, une vie décente pour les citoyens des pays en voie de développement, tout cela ne pourra être atteint que si le taux démographique est compatible avec le progrès économique.

4°)- La maximisation de l'impact des ressources affectées au développement nécessitera la coordination entre les politiques et programmes en faveur de l'éducation et l'emploi d'une part, en particulier des femmes, et les services de planification familiale modernes, d'autre part.

Il est conforme à la stratégie et aux intérêts humanitaires des Etats-Unis d'aider les pays en voie de développement à atteindre un développement économique et d'encourager leurs efforts à accéder à une vie meilleure pour eux-mêmes et pour leurs enfants ;

6°)- Enfin, les Etats-Unis possède des ressources importantes en matière d'assistance au développement international.

L'assistance de l'AID aux programmes de planification familiale est basée sur deux principes fondamentaux : le volontarisme et le choix délibéré. En effet, l'AID ne subventionne pas de programmes où il apparaît que les individus sont contraints à pratiquer la planification familiale ou à accepter quelque méthode de contraception particulière que ce soit. Par ailleurs, les programmes assistés par l'AID doivent offrir aux populations à cible une information sur l'efficacité et les risques des principales méthodes de planification familiale. L'AID soutient la prestation des services planification familiale dans le contexte médical et culturel de chaque pays.

Dans cette optique, nous fournissons une assistance à plusieurs pays pour la formation, l'équipement, le matériel et les coûts de fonctionnement des programmes de planification familiale, pour faciliter l'accès des individus aux services de planification, et de ce fait accroître la liberté de choix et l'accès à la planification familiale. En soutenant les activités de planification familiale, nous soutenons les activités de sante maternelle et infantile, dont la planification forme une partie intégrante. Nous soutenons plusieurs programmes importants dans la région, au Sénégal, au Mali, Au Ghana, au Burkina Faso, au Zaïre, et au Togo pour ne citer que quelques uns. Mis à part ces programmes bilatéraux, l'AID subventionne plusieurs autres programmes par l'intermédiaire de son bureau central de population à Washington, programmes dont plusieurs bien connus de vous, tels que ceux offerts par nos amis de l'INTRAH, de SEATS et JOHNS HOPKINS ici présents.

L'expérience des programmes assistés par l'AID a montré que, bien que des progrès considérables ont été accomplis, l'accès à des services de planification familiale de qualité, reste encore inaccessible à la majeure partie de la population, celle qui en a le plus besoin, celle qui ne peut se rendre chez un médecin privé de la ville pour obtenir les services qu'elle désire.

J'espère vivement que pendant votre court séjour ici, vous contribuerez à trouver des solutions à certains des problèmes qui empêchent d'accéder à un service de planification familiale de qualité raison pour laquelle nous sommes ici réunis aujourd'hui.

Une fois encore, je vous félicite pour le travail que vous allez accomplir pour promouvoir la planification familiale et la santé maternelle et infantile dans votre pays.

Je réitère notre engagement au développement, et continue de garantir notre soutien à cette cause, celle de faire de la planification familiale un libre choix et une disponibilité pour tous.

Je vous remercie tous d'avoir accepté de participer à cet événement et d'y avoir apporté votre soutien.

Je vous souhaite une fois encore, la bienvenue, bonne continuation dans votre travail et plein succès à la conférence.

Merci !

62

ALLOCUTION DE MONSIEUR LE MINISTRE
DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE
A LA SEANCE D'OUVERTURE DU SEMINAIRE NATIONAL
SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE EN COTE D'IVOIRE
CFTP-GRAND BASSAM DU 2 AU 6 AVRIL 1991

- Mesdames et Messieurs les Représentants des Organisations Internationales,
- Mesdames et Messieurs les Représentants des Organisations Non Gouvernementales,
- Mesdames et Messieurs les invités,
- Mesdames et Messieurs les Séminaristes.

Chaque minute qui s'écoule dans le monde, une femme meurt au cours d'une grossesse ou d'un accouchement. Et quand une mère meurt, la famille perd son principal soutien. Ces dernières années, l'attention internationale s'est portée sur les niveaux de mortalité maternelle qui restent tragiquement élevés dans bon nombre de pays.

Sur le continent Africain, le risque de mortalité pour une femme au cours de son existence du fait de la grossesse est de 1 sur 19, contre 1 sur 2 089 dans les pays développés. Quant aux taux de mortalité infantile, il est de 106 pour 1 000 naissances contre 13 pour 1 000 dans les pays développés.

C'est dire que parmi les problèmes de santé les plus préoccupants de l'Afrique en cette fin de siècle figure en bonne place celui de la surmortalité maternelle et infantile.

C'est au Docteur MAHLER, alors Directeur Général de l'OMS, que revient le mérite d'avoir attiré en 1981, l'attention de la communauté internationale sur l'énorme décalage existant entre les pays développés et les pays sous-développés en matière de santé de la reproduction.

La prise de conscience du phénomène, conduit à l'organisation de deux conférences internationales sur le continent Africain, sous l'égide de la Banque Mondiale : la première à NAIROBI en février 1987 pour les pays Africains anglophones, et la deuxième à NIAMEY, deux ans plus tard en 1989, pour les Francophones et Lusophones.

Les communications faites à ces conférences confirment l'incidence particulière des caractéristiques procréatives sur la santé maternelle et infantile en Afrique :

- grossesse avant 18 ans ;
- grossesse après 37 ans ;
- intervalle inter-génésique inférieur à 2 ans.
- parité supérieure à 6

Ces 4 facteurs sont tenus pour responsables d'environ 30 % de la mortalité maternelle et infantile.

Dès lors, toute stratégie de promotion de la santé maternelle et infantile dans nos pays, doit obligatoirement comporter une composante de minimisation des risques liés aux facteurs sus-cités. Seule la Planification Familiale, qu'elle soit naturelle ou artificielle, permet d'assurer une telle minimisation. C'est la raison pour laquelle, ils nous paraît impératif d'intégrer la Planification Familiale aux prestations de Santé Maternelle et Infantile.

En aidant les femmes à éviter une grossesse non désirée ou mal calculée, la Planification Familiale joue un rôle décisif en prévenant la mortalité et la morbidité maternelles. Elle peut aussi améliorer considérablement la santé et le bien-être des mères et leur donner la possibilité de mieux s'occuper de leurs enfants.

La crise économique grave et persistante dont nous subissons aujourd'hui les effets pervers, relève de causes diverses dont une part revient à l'accroissement rapide de nos populations.

La planification de la famille peut contribuer à ralentir les taux d'accroissement de la population. Ainsi le Gouvernement pourrait dégager les ressources nécessaires à l'amélioration de nombreux services dont principalement les soins de santé.

Et dans cette perspective, il nous faut :

- 1- déterminer les modalités de cette intégration ;
- 2- définir les objectifs des messages propres à assurer l'efficacité de l'information, la sensibilisation, et l'éducation à développer ;
- 3- identifier les obstacles à cette efficacité.

Mesdames et Messieurs cela est vrai que le succès de la Planification Familiale est le mieux assuré lorsqu'elle bénéficie du soutien intégral et actif des pouvoirs publics et lorsqu'elle est intégrée aux activités de tous les autres secteurs vitaux de développement national.

Telle nous paraît être la mission assignée à ce séminaire. Dont les travaux - j'en suis convaincu - aboutiront à des recommandations pertinentes, permettant de sauver davantage de mères et d'enfants de Côte d'Ivoire.

Je vous remercie.

PROFESSEUR ALAIN EKRA

64

- Messieurs les Ministres,
- Messieurs les Chefs Religieux,
- Monsieur le Sous-Préfet,
- Monsieur le Député,
- Chers Séminaristes,
- Mesdames et Messieurs,

Permettez moi tout d'abord, de vous souhaiter la bienvenue à Grand-Bassam à l'occasion de la tenue du séminaire sur la planification familiale.

En choisissant encore une fois la commune que j'ai l'honneur de diriger pour accueillir ce séminaire, après celui sur le SIDA, vous démontrez une fois de plus, Monsieur le Ministre, l'intérêt que vous portez à notre charmante cité : Grand-Bassam.

Aussi, voudrais-je au nom de toute la population Bassamoise, au nom de ses élus, et en mon nom personnel, vous remercier d'avoir choisi, non seulement notre cité, mais aussi et surtout ce cadre enchanteur qu'est le CFTP. Cette école de la SIR qui présente toutes les commodités pour un travail enrichissant, est une fierté pour la ville de Grand-Bassam.

Les problèmes liés à la planification familiale, dans les pays en voie de développement sont multiples et complexes.

De la résolution de tous ces problèmes, à savoir : les espacements de naissances, la mortalité infantile, les risques d'accouchement dépendent de la santé de la mère et de la survie de l'enfant. C'est pourquoi, je voudrais vous féliciter, Monsieur le Ministre, du choix de ce thème.

Mesdames et Messieurs les séminaristes, toutes les familles de Côte d'Ivoire attendent beaucoup des résultats qui sortiront de vos travaux, car ils permettront sans nul doute, d'aider nos épouses et nos soeurs à mieux comprendre la nécessité de la planification familiale.

Je ne saurai terminer cette brève allocution sans exprimer mes remerciements à Monsieur le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, pour tout ce qu'il ne cesse de faire pour la promotion de la Santé dans notre Pays.

Je vous remercie !

MONSIEUR LE MAIRE DE GRAND-BASSAM
ABLE FREDERIC

APPENDIX I

Closing Speeches

ANNEXE I

SEMINAIRE NATIONAL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU 2 AU 6 AVRIL 1991 AU CFTP A GRAND BASSAM

CEREMONIE DE CLOTURE

- 10H45 Rassemblement des participants dans la salle de
réception et accueil des invités
- 11h00 Clôture
Maître de cérémonie, **Dr. DARRET S. Bernard**
- Allocution Introductive du **Dr. KONE Ibrahim**
- Recommandations des Séminaristes,
Dr. NIANGUE Joseph
- Motion de Remerciement
- Allocution du Représentant du Ministre de la Santé
et de la Protection Sociale
- 11h45 Rafraîchissement

**ALLOCATION DU DOCTEUR KONE
CLOTURE DU SEMINAIRE NATIONAL
SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE
6 AVRIL 1991 AU CFTP A GRAND-BASSAM**

Monsieur le Représentant de Monsieur le Ministre de la Santé
et de la protection sociale

Monsieur le Représentant de l'Ambassadeur des Etats-Unis en Côte
d'Ivoire

Mesdames et Messieurs les Représentants des organisations
internationales en Côte d'Ivoire

Monsieur le Sous-Prefet de Grand-Bassam

Monsieur le Député de Grand-Bassam

Monsieur le Maire de la ville de Grand-Bassam

Mesdames et Messieurs les Invités

Mesdames et Messieurs les Séminaristes

Nous voici au terme des travaux du 1er séminaire national
sur la planification familiale en Côte d'Ivoire. Depuis cinq
jours une équipe pluridisciplinaire s'est penchée sur tous les
aspects de la planification familiale et a procédé à une analyse
approfondie et exhaustive.

Le séminaire s'est déroulé en deux phases :

La première phase qui s'est déroulée du mardi 2 avril au
mercredi 3 avril a été réservée à la présentation des 6
comunications suivantes par des conférenciers en plénière :

- 1- planification familiale et la réduction de la
mortalité et de la morbidité de la mère et de
l'enfant.
- 2- population et développement
- 3- aspect moral et éthique de la planification familiale
- 4- planification familiale et la loi
- 5- le rôle de l'information de l'éducation et de la
communication dans la planification familiale
- 6- obstacle à la planification familiale en Afrique en
général et en Côte d'Ivoire en particulier

Chaque exposé a été suivi de débats. Le très haut niveau de compétence de tous les conférenciers a fourni l'occasion de discussion et d'échange de vues auxquels tous les séminaristes ont participé activement et positivement ; ces débats ont été particulièrement enrichissants et instructifs pour la suite des travaux.

A partir du mercredi après midi les séminaristes ont été invités à réfléchir sur les 6 thèmes suivants :

- 1- facteurs sanitaires et démographiques relatifs à la planification familiale
- 2- Aspects économiques, sociaux et culturels de la planification familiale
- 3- besoins en formation des prestataires de services de planification et des agents chargés de l'information, éducation et communication
- 4- besoins en formation des superviseurs et directeurs des cliniques
- 5- coordination et intégration de la planification familiale et la santé maternelle et infantile
- 6- recherches opérationnelles.

Six groupes de travail ont donc été constitués et ont travaillé sans relâche jusqu'au vendredi matin. A l'issue des travaux, les conclusions de chaque groupe ont été discutées et adoptées en plénière.

Les recommandations qui vous seront lues dans quelques instants constituent la synthèse de l'ensemble des travaux.

C'est l'occasion ici, Monsieur le Représentant de Monsieur le Ministre de la santé et de la protection sociale, de vous souligner que le choix des participants à ce séminaire a été particulièrement heureux. En effet tous les participants sans exception ont apporté le meilleur d'eux-même, activement, avec compétence, sérieux et surtout avec un enthousiasme qui ne s'est jamais démenti du débat à la fin des travaux. L'ambiance de ce séminaire a été vraiment extraordinaire, malgré les longues heures de travail quotien.

Monsieur le Représentant de Monsieur le Ministre de la Santé et de la protection sociale, les travaux de ce 1er séminaire national seraient incomplets si les séminaristes ne proposaient pas à côté de la définition de la planification familiale donnée par un groupe d'experts de l'O.M.S. le concept de la planification familiale en Côte d'Ivoire.

Voici la définition donnée par le groupe d'experts de l'OMS.
"la planification familiale est une certaine manière de penser et de vivre adoptée volontairement par les individus et les couples sur la base de connaissances, d'attitudes et de décisions prises en connaissance de cause, afin de promouvoir la santé et le bien-être du groupe familial et de contribuer ainsi au développement du pays.

Nous proposons les objectifs de planification familiale suivants en Côte d'Ivoire :

- 1- promouvoir la santé de la mère et de l'enfant par :
 - a)- la prévention des grossesses à risques
 - b)- l'espacement des naissances
- 2- prévenir la stérilité par le dépistage et le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST) et de l'infécondité.
- 3- contribuer au développement économique et social par la régulation des naissances.

Je vous remercie.

ALLOCATION DE MONSIEUR LE REPRESENTANT
DU MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE
6 AVRIL 1991
CLOTURE DU SEMINAIRE NATIONAL
SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

Monsieur le Sous-Préfet
Monsieur le Maire de Grand-Bassam
Monsieur le Président du Séminaire
Monsieur L'Ambassadeur des Etats-Unis d'Amérique
Monsieur les Ambassadeurs
Monsieur les Experts
Mesdames et Messieurs les séminaristes.

Vous avez passé 5 jours dans ce Centre de Formation aux Techniques du Pétrole (CFTP) bien propice pour les réflexions de ce genre.

Nous venons de suivre avec intérêt le compte-rendu de vos travaux lu par le Président du séminaire, Docteur KONE IBRAHIM. Vos recommandations suggèrent une politique de planification familiale intégrée aux réalités africaines et en particulier à celle de notre pays.

En votre qualité d'experts vous recommandez la planification familiale en tant que facteur de lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

Au nom du Ministre de la Santé et de la protection sociale, le Professeur ALAIN EKRA, je vous dis merci pour vos réflexions qui complètent les préoccupations du gouvernement de la Côte d'Ivoire.

Merci, Monsieur Frédéric Gilbert, Directeur de l'Agence Internationale pour le Développement, pour vos engagements à financer les projets suivants :

- la planification familiale
- la lutte contre le SIDA
- la Santé Maternelle et Infantile.

Vous allez contribuer aussi à l'amélioration du bien-être de la population ivoirienne.

Merci, le FUNUAP (Fonds des Nations Unies pour la Population) pour votre participation au projet de Maternité Sans Risque dont la convention a été signée par la protection sociale.

Merci, à tous les Représentants des Ambassades, des organisations internationales d'avoir accepté de suivre et de participer à ces travaux qui prennent fin ce matin.

Merci au gouvernement américain pour le financement sans lequel ce séminaire n'aurait pu avoir lieu.

- Monsieur le Maire) de grand-Bassam
- Messieurs les Elus)

vous avez toute notre gratitude pour votre présence effective.

Et enfin, merci à tous les participants, à tous les conférenciers pour leurs différentes interventions qui résumés en recommandations sur la planification familiale dont l'application peut contribuer à la mise en place d'une politique de protection sociale maternelle et infantile dans notre pays.

Je souhaite à toutes et à tous un bon retour dans leurs pays et dans leurs foyers respectifs.

Au nom du Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, je déclare clos le 1^{er} séminaire national sur la Planification Familiale.

APPENDIX J

Speakers' Presentations

UNIVERSITE NATIONALE
DE COTE D'IVOIRE

FACULTE DE MEDECINE D'ABIDJAN
B.P. V 166 ABIDJAN

Professeur K. BOHOUSSOU Marcelin
Chef de Service

Tél. : 43-90-24
Ligne directe 44-16-07

CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE COCODY

SERVICE DE CLINIQUE GYNECOLOGIQUE
ET OBSTETRICALE

Professor Marcellin Bohoussou

SEMINAIRE NATIONAL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE
2 AU 6 AVRIL 1991 A BASSAM

LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LA REDUCTION
DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE

I N T R O D U C T I O N

Définie comme l'espacement des naissances, la planification familiale était connue dans les sociétés traditionnelles africaines.

Elle permettait d'éviter les grossesses à risques et les grossesses non désirées.

Récemment, l'importance de la planification familiale dans l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant, a été scientifiquement et statistiquement démontrée par les données sur la mortalité maternelle et infantile.

L'IMPLICATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE SUR LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE

Cette intervention a été faite le mardi 2 avril 1991 par le Professeur BOHOUSSOU K. Marcellin, chef de service de gynéco-obsétrique du CHU de Cocody.

Le bureau de séance était composé du professeur SAMBA DIARRA comme président et de Mesdames KOUAME KAN, Philomène et ADE Marie-Claire comme rapporteurs.

Pour le conférencier, la Planification Familiale doit être vue sous l'angle de l'espacement des naissances et de la prise en compte des problèmes de stérilité.

De nombreuses conférences internationales ont montré l'ampleur des décès de femmes et d'enfants et interpellé l'opinion publique.

Il ressort de ces rencontres que les taux de mortalité les plus élevés se situent en Afrique : 150 000 décès maternels par an lorsque les pays développés n'accusent que 6 000.

Les causes de décès sont nombreuses et l'on peut citer les plus fréquentes :

- les hémorragies;
- les accouchements difficiles
- la toxémie gravidique
- et les avortements.

A ces causes, il faut ajouter les facteurs qui influencent la santé de la mère :

- facteurs biologiques (âge, parité, intervalle intergénéral)
- facteurs écologiques
- facteurs socio-économiques (absence d'éducation, insuffisance des structures sanitaires)
- facteurs culturels (tabous, excision).

Tous ces facteurs aggravent le pronostic et le risque de mourir pour la mère est plus grand et compromet la vie de l'enfant.

L'analyse de la mortalité infantile fait ressortir des taux très élevés en Afrique.

En Côte d'Ivoire, on note 139 ‰ d'enfants de moins de 5 ans lorsque la Suède n'enregistre que 20 ‰.

Les diarrhées occupent la première place et surviennent lors des sevrages précoces.

Les décès sont également favorisés par un intervalle intergénéral inférieur à 1 an.

Face à ces décès maternels et infantiles, l'UNICEF se fixe comme objectifs :

- de réduire la mortalité maternelle de 50 %
- et de réduire la mortalité infantile du 1/3, par la pratique de la planification familiale.

Et la stratégie pour y parvenir c'est d'éviter les grossesses à risques, les grossesses non-désirées et les avortements provoqués.

Toute grossesse comporte des risques. A partir de la 5^e et 6^e gestation, la femme doit faire l'objet d'une surveillance particulière.

Aussi la planification familiale apparaît donc comme un facteur important de réduction de la mortalité foeto-maternelle.

Elle se doit d'être adaptée aux valeurs socio-culturelles de notre pays en tenant compte de toutes les dimensions d'éducation, de santé, de promotion de la femme et de l'éthique morale.

Des débats enrichissants ont suivi l'exposé.

I LA MORTALITE MATERNELLE

1) DEFINITION

La mortalité maternelle se définit comme étant le décès d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la délivrance, qu'elle qu'en soit la durée ou la localisation (FIGO).

Il existe d'autres définitions.

La mortalité maternelle s'exprime par rapport à 100.000 naissances vivantes.

La mortalité et la morbidité maternelle, sont une tragédie non seulement pour les jeunes femmes, mais également pour la famille ; en effet la mort d'une mère prive toute la famille de ses soins.

Malheureusement la mortalité maternelle a été longtemps négligé dans les programmes de développement des pays en développement parce qu'elle n'a jamais été prise en compte dans les politiques de développement de nos pays.

7

2) HISTORIQUE

C'est à la suite :

1°/ Des Conférences Internationales sur la population de 1970 à BUCAREST et de 1984 à Mexico.

2°/ Des Conférences de 1975, 1980 et 1985 de la décennie de Nations Unies pour la femme que l'Organisation Mondiale de la Santé a commencé à se préoccuper davantage de ce problème de la mortalité maternelle.

En novembre 1985 l'OMS organise une réunion Inter-régionale sur la prévention de la mortalité maternelle. Au cours de cette réunion, les Experts ont évalué l'ampleur du problème de la mortalité maternelle. Les causes et les circonstances entourant la mortalité et la morbidité maternelles.

L'aboutissement de tout ce processus a été la Conférence sur la Maternité sans Risques à Nairobi en février 1987 qui avait pour objectif dira le Docteur Nafis SADIK Directeur exécutif du FNUAE "non seulement d'attirer l'attention sur la mortalité maternelle mais surtout d'inciter à une action immédiate et concertée au niveau national et international, afin de mettre un terme à la tragédie".

En octobre 1987 à Nairobi (Kenya), la Conférence Internationale sur la contribution de la planification familiale à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants.

Enfin plus près de nous la Conférence régionale sur la maternité sans Risques pour l'Afrique Francophone ou Sud du Sahara à Niamey (Niger) du 30 janvier au 3 février 1989.

3) L'AMPLEUR DU PROBLEME

Environ 200 millions de femmes sont enceintes chaque année dans le monde. (15).

500.000 mourront pendant la grossesse, l'accouchement ou des suites de l'accouchement (1).

Ce qui représente un décès par minute.

Ces morts se répartissent de façon inégale dans chaque région du monde (Tableau 4).

99 % de ces morts ont lieu dans les pays en développement.

L'Afrique avec ses 640 décès pour 100.000 naissances, se classe au premier rang dans cette tragédie.

Pris individuellement aucun pays d'Afrique n'a de chiffres nationaux du taux de la mortalité maternelle.

Partout ce sont des statistiques hospitalières données par les Centres de référence où se traitent les grandes complications de la grossesse.

Ces chiffres varient de 600 à plus de 2000.

A l'analyse tous ces chiffres sont biaisés ; c'est pourquoi nous avons entrepris une enquête à l'échelon de la ville d'Abidjan le taux de mortalité maternelle pour la ville d'Abidjan est de pour 100.000 naissances.

La maternité comporte des risques dans tous les pays du monde en effet la grossesse réalise d'importants ajustements physiologiques de tous les systèmes ; transformant la femme enceinte en une autre espèce plus vulnérable (TCHOBROUTSKY (47)).

Les risques de la grossesse varient d'un pays à l'autre mais aussi d'une femme à l'autre.

La mortalité maternelle est influencée par :

des paramètres écologiques et des paramètres biologiques (9).

a) - Les paramètres écologiques

Ce sont le status socio-économique, les prédispositions génétiques (la petite taille), l'éducation, le développement des services sociaux et sanitaires.

b) - Les paramètres biologiques

Nous en sommes responsables : le plus important est le niveau de la fécondité.

L'incidence de la mortalité et de la morbidité maternelles, est influencée par la structure de la fécondité.

A un taux élevé de fécondité, correspond un taux élevé de mortalité.

Malheureusement l'Afrique est la région du monde où le taux de fécondité reste le plus élevé.

L'indice synthétique de la fécondité en Afrique reste au dessus de 6 contre 1,8 pour les pays d'Europe (Tableau 1).

4) LES CAUSES DE LA MORTALITE MATERNELLE

Les principales causes cliniques ou directes des décès maternels sont :

- 1 - L'hémorragie
- 2 - La dystocie
- 3 - L'infection
- 4 - La toxémie
- 5 - L'avortement

Dans toutes les statistiques, les hémorragies demeurent la principale cause du décès maternel.

En Côte d'Ivoire, elles représentent 52,5 % des causes de décès maternel au CHU de Cocody.

Toutes les complications sont favorisées par certains facteurs comme l'âge, la parité et l'intervalle intergénéral.

a) - L'âge

Il existe dans toutes les statistiques une corrélation étroite entre l'âge de la mère et le taux de mortalité maternelle.

Les très jeunes mères âgées de moins de 18 ans et les mères âgées de plus de 35 ans, sont celles qui courent le plus de risques (Tableaux 8 et 9).

C'est la femme âgée de 20 à 30 ans qui court le moins de risques de mourir en couches.

b) - La parité

Le nombre élevé de grossesses exerce un effet délétère sur la santé de la mère (Tableau 6).

Le risque est plus grand pour la première grossesse. Il est relativement faible pour la 2^e, 3^e et 4^e naissance.

Il redevient plus grand à partir de la 5^e grossesse. C'est la loi de la dystocie progressive des obstétriciens.

L'opinion publique croit le contraire et pense que les grandes multipares accouchent plus facilement.

Enfin il faut rappeler l'effet nocif et cumulatif de l'âge et de la parité.

c) - L'intervalle intergénérisique

Tout comme l'âge et la parité l'intervalle intergénérisique est un élément important du pronostic.

Dans les sociétés traditionnelles africaines, la séparation temporaire de l'accouchée qui rejoint le domicile de ses parents, aide le couple à résoudre son problème de contraception.

Un intervalle intergénésiqne inférieur à 2 ans est de mauvais pronostic

d) - Les grossesses non désirées

Les grossesses non désirées dans le mariage ou hors du mariage, posent de nombreux problèmes dont le plus sérieux demeure l'avortement provoqué.

Le plus souvent la femme cherche à se débarrasser de sa grossesse.

L'avortement est un acte courant dans le monde. 20 % à 30 % des grossesses se terminent par un avortement provoqué ; près de 150.000 avortements sont pratiqués chaque jour ce qui fait 50 à 60 millions par an ; 33 millions sont pratiqués légalement (6) ; le reste de façon clandestine (). Il en résulte que 200.000 femmes meurent des suites de ces avortements clandestins réalisés dans des conditions précaires d'hygiène.

II - LA MORTALITE INFANTILE

Selon les estimations, il naît 128 millions d'enfants par an dans le monde ; près de 14 millions d'entre eux mourront (Tableau 3).

10 millions avant 1 an

4 millions avant 5 ans.

Le taux de mortalité infantile est l'indicateur pour évaluer l'ampleur du problème.

1) - DEFINITION

Le taux de mortalité infantile indique le nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes au cours de l'année.

A quelque exception près le taux de mortalité infantile dans les pays Africains au Sud du Sahara est supérieur à 100 %.

En Côte d'Ivoire, il est de 102 %.

En Europe Occidentale, il est en moyenne de 10 %.

2) - CAUSES DE LA MORTALITE INFANTILE

Les principales causes de la mortalité infantile sont dominées par la diarrhée et les affections aiguës des voies respiratoires souvent aggravées par la malnutrition (Tableau 7).

51

Les paramètres biologiques qui affectent la santé de la mère, sont les mêmes qui affectent l'enfant ; ce sont :

a) - L'âge

Différentes études dont celles R.R. Puffer et C.V. SERRANO cités par DEBORAH Maine montrent que le taux de mortalité infantile est très élevé lorsque la mère à moins de 20 ans et plus de 35 ans annexe (Tableau 5).

Le taux de mortalité infantile est le plus bas lorsque la mère a entre 25 ans et 30 ans d'âge.

b) - La parité

Le taux de mortalité périnatale augmente avec l'ordre des naissances. (Tableau 7).

Des études de YERUSHANY J. et coll et SHAPIRO S. et coll cités par DEBORAH Maine

c) - Intervalle intergénésiq

Lorsque les grossesses sont trop rapprochées, il y a une probabilité accrue pour que cette grossesse se termine par une fausse couche ou que l'enfant né vivant, soit un prématuré ou un hypotrophe.

Le sevrage précoce du nourrisson est responsable de malnutrition très souvent mortelle.

L'intervalle intergénésiq le plus favorable est de 2 ans (Tableau 10).



d) - Les grossesses non désirées

Elles évoluent inexorablement vers l'infanticide l'abandon de l'enfant ; autant de circonstances qui vont assombrir le pronostic du produit de conception.

Comme la mortalité maternelle, la mortalité infantile et la fécondité ont des relations réciproque (8).

Ainsi le risque de maladie et de mortalité maternelle et infantile sont plus élevés dans les cas des grossesses à risques.

- 1 - Grossesses avant 18 ans
- 2 - Grossesses après 35 ans
- 3 - Grossesses après 4 naissances
- 4 - Grossesses à moins de 2 ans d'intervalle
- 5 - Grossesses non désirées.

III - STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE

1) - LA MORTALITE MATERNELLE

Si rien n'est fait, il pourrait avoir 600.000 décès en l'an 2000 (6).

Pour un centre de référence comme le CHU de Cocody la mortalité maternelle a été multiple depuis 1980, alors que l'objectif de la lutte est de réduire la mortalité maternelle de 50 % d'ici l'an 2000.

2) - LA MORTALITE INFANTILE

Le plan d'action de la déclaration en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant dans les années 90 "vise à réduire d'un tiers le taux de mortalité des moins de 5 ans enregistrés en 1990 ou à les amener au niveau de 70 ‰, naissances vivantes ou de réduire de moitié les taux de mortalité selon que l'un ou l'autre de ces résultats apparaît plus favorable" (5).

Connaissant les relations mutuelles qui existent entre la fécondité, la mortalité maternelle et infantile, on pourrait réduire de façon significative la mortalité maternelle et infantile en développant la planification familiale (3,6 , 14).

IV - LA PLANIFICATION FAMILIALE

La planification familiale : c'est l'ensemble des mesures que prend un couple pour espacer, voire limiter le nombre de naissances.

Elle permet de moduler le taux de fécondité. Ainsi compris la planification familiale inclut la lutte contre la stérilité.

La planification familiale est connue dans nos sociétés traditionnelles.

La planification familiale en évitant les grossesses, à risques ou non désirées, sauve des vies.

1°/ en retardant la première grossesse.

2°/ en espaçant les grossesses.

Avec la planification familiale, les décès maternels pourraient être réduits d'un quart voire de moitié (6).

Avec la planification familiale, nous faisons la prévention des avortements provoqués.

Avec la planification familiale 5,6 millions d'enfants auraient pu être sauvés (6).

La planification familiale apparait comme le premier maillon de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile pour être acceptable et acceptée. Elle doit s'adapter aux conditions socio-culturelles des populations.

B I B L I O G R A P H I E

1 - BARBARA H. et ANTHONY R.

Programme pour la Maternité sans Risques
Programme d'action - Document Banque Mondiale

2 - Conférence Regionale sur la Maternité sans Risques
pour l'Afrique Francophone au Sude du Sahara Niamey
République du Niger 30 janvier au 3 février 1989.

3 - Contribution de la Planification Familiale à l'amélioration
de la santé des femmes et des enfants.
Rapport Conférence Internationale Nairobi octobre
1987

4 - DEBORAH Maine

Le planning familial et son effet sur la santé
de la femme et de l'enfant.
Centre pour la population et la santé familiale
Université de Colombia - New York 1981

5 - GRANT J.P.

Situation des enfants dans le monde 1991
UNICEF, palais des Nations Genève.

- 6 - Investir dans les femmes : objectif des années 90 Document FNUAP.
- 7 - MAGGIE BLACK
Contribution de la planification familiale à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants 5 octobre 1987 NAIROBI Kenya de la Conférence.
- 8 - N. ZITA KIKHELA D.
Technique de collecte et d'analyse de données sur mortalité périnatale à KINHASA, Zaïre.
Etude sur la mortalité et la santé infantile
CRDI OTTAWA 1988.
- 9 - Population report serie J. n° 27 avril 1985
Le planning familial améliore la santé de la mère et de l'enfant.
- 10 - Population report serie J. n° 27 avril 1987
La santé et la planning familial.
- 11 - Population report serie L, n° 7 septembre 1988
Protection de la vie des mères : la santé maternelle dans la communauté.

- 12 - Prévenir la mort tragique de la mère
Conférence Internationale sur la Maternité sans
Risques NAIROBI (Kenya) février 1987.
- 13 - Réduction de la mortalité maternelle dans les pays
en développement.
Séminaire, Centre International de l'Enfance Chateau
De Longchamp PARIS 3 - 7 octobre 1988.
- 14 - SAVOIR POUR SAUVER
Document UNICEF, OMS, UNESCO
- 15 - Relever le Défi démographique
Document FNUAP 1990.
- 16 - Soins de Santé en matière de sante de la reproduction
en Afrique au sud du sahara
Fédération report :
Compte rendu d'une Conférence FREETOWN (Sierra
Leone) 5 - 8 octobre 1984.
- 17 - TCHOBROUTSKY C.
Modification physiologique de l'organisme gravide
Une physiologique de la grossesse.
Edition MASSON 1988 Paris.

EXPOSE A FAIRE AU SEMINAIRE NATIONAL SUR LA
PLANIFICATION FAMILIALE. MARDI 02 AVRIL 1991 A BASSAM

THEME: "POPULATION ET DEVELOPPEMENT"

Introduction

Le Plan d'Action Mondiale sorti de la première Conférence Mondiale sur la Population qui s'est tenue à BUCAREST en 1974 a reconnu que *"la population et le développement sont étroitement liés: les mesures démographiques devraient être intégrées à des plans et programmes généraux de développement économique et social et ce souci d'intégration devrait se retrouver dans les objectifs, les instruments et les organismes nationaux de planification"*.

Depuis cette conférence, les Gouvernements Africains prennent de plus en plus conscience des problèmes de population. Si en Afrique, avant la première conférence trois pays Africains seulement (Ghana, Kenya, Ile Maurice) avaient une politique de population, à la deuxième Conférence Mondiale sur la Population à Mexico en 1984, soit dix ans après, on en comptait quinze qui avaient défini une politique explicite et globale en la matière. Certains de ces pays ont assigné des objectifs chiffrés à leur politique tandis que d'autres considèrent que l'objectif d'une telle politique est d'assurer le bien-être des familles.

A la conférence de Mexico, les principes et objectifs du Plan d'Action Mondiale de 1974 ont été réaffirmés. En outre, cette conférence a confirmé que *"l'objectif principal du développement social, économique et humain, dans le cadre duquel s'inscrivent les buts et les politiques de population, consiste à améliorer les niveaux de vie et la qualité de la vie des populations"*.

L'évolution de la mise en oeuvre des politiques de population en Afrique montre que la plupart des pays concernés n'ont pas encore atteint les résultats escomptés. Parmi les obstacles majeurs qui entravent le succès de ces politiques, voire même ceux qui n'ont pas permis de faire adopter les politiques par l'ensemble des pays, on note que:

- les relations entre population et développement sont complexes tant au niveau conceptuel qu'au plan pratique;
- les mesures définies ne sont pas appliquées vigoureusement;
- les valeurs culturelles (mariage précoce, désir d'avoir une descendance élevée etc...) n'ont pas changé ou changent très lentement;
- l'accès des couples aux méthodes modernes de contraception est limité. Ce qui retarde les progrès des actions menées.

Avant la troisième conférence sur ce thème, un forum international s'est tenu en Novembre 1989 à AMSTERDAM, auquel il convient de signaler que Docteur KONE Ibrahim et moi-même avons pris part; les participants à ce forum ont insisté sur "la responsabilité des générations actuelles envers celles à naître, en particulier en ce qui concerne la population, domaine où les actions et les décisions d'une génération déterminent dans une large mesure la composition démographique des générations futures et par conséquent, la nature du monde et de la société dans laquelle devront vivre des millions d'être humains encore à naître"; ils ont, d'autre part, reconnu (de nouveau) "les liens inextricables existant entre la population, les ressources et l'environnement" avant de souligner leur "volonté d'instaurer une relation viable entre la population, les ressources et le développement".

La Côte d'Ivoire, qui figure parmi les pays africains qui n'ont pas encore adopté une politique explicite de population a engagé, depuis quelques temps, des réflexions pour combler ce vide; et le séminaire de BASSAM en constitue, me semble-t-il, une étape déterminante.

Il nous a été demandé, dans ce cadre, d'introduire les débats sur les relations entre Population et Développement. Nous le ferons à travers un exposé en quatre temps:

- une brève description des indicateurs de développement;
- une présentation des indicateurs démographiques qui sera mise à profit pour présenter les caractéristiques démographiques de la Côte d'Ivoire;
- une discussion succincte de ces indicateurs;
- une introduction à la problématique population et Développement.

I-DES INDICATEURS DU DEVELOPPEMENT

Il se dégage du rappel des extraits des Plans d'Action et des Résolutions des conférences et forums sur la population, que les liens entre le facteur démographique et le processus de développement sont au coeur de la problématique de la recherche du mieux-être des citoyens.

Ces extraits suggèrent d'ailleurs, que le développement se définit comme étant fondamentalement par et pour les êtres humains et concerne entre autres problèmes la satisfaction des besoins humains, l'autosuffisance, l'encouragement de la participation populaire à la vie économique, l'utilisation judicieuse et frugale des ressources naturelles et de l'environnement.

Au cours de ces dernières décennies, il est devenu plus en plus nécessaire de mettre au point un système d'indicateurs fournissant une idée du progrès réalisé dans la recherche du développement, en mettant l'accent sur sa dimension sociale. Ces indicateurs se penchent sur les aspects mesurables du bien être social et des niveaux de vie:

21

- ils doivent quantifier les divers aspects des changements structurels, par exemple liens entre PIB et emploi, structure de classe et relations à la propriété;
- ils ne doivent pas se contenter de surveiller les progrès uniquement en termes de production ou d'objectifs finaux mais également en terme d'instrants ou de moyens (en d'autres termes: la croissance industrielle, par exemple, ne peut être encouragée aux dépens de l'environnement ou au prix de la pollution des eaux.

La littérature économique suggère que le progrès économique qui génère le développement se définit comme une croissance des ressources disponibles plus que proportionnelle à celle de la population. Il est exprimé par des "moyennes significatives" corrigées par une analyse des structures de la consommation et de la production. Trois moyennes sont traditionnellement utilisées dans cette perspective:

- le revenu national réel moyen par tête d'habitant, c'est-à-dire le total des salaires, profits et revenus du capital à prix constant, rapporté au chiffre de la population (globale ou catégorielle: par exemple population active);
- le produit réel moyen par tête d'habitant, c'est-à-dire le rapport entre le produit national brut et la population (globale ou catégorielle: par exemple population active);
- la consommation réelle moyenne par tête d'habitant.

A ces indicateurs économiques de résultat, il convient d'ajouter ceux qui mesurent l'évolution de la structure économique; c'est le cas de la répartition sectorielle de la population active. Ainsi, Colin CLARK, économiste américain, dans "The Conditions of Economic Progress" écrit dans les années 50, estime que "le progrès économique se caractérise par un déplacement progressif de la population active de l'agriculture vers le secteur de l'industrie et le secteur des services". Enfin, une troisième série d'indicateurs qui, eux, mettent en évidence les gains réels de bien-être individuel ou collectif, doit être ajoutée à cet examen des indicateurs de développement. C'est le cas des indicateurs:

- de l'état de santé: espérance de vie à la naissance, taux de mortalité générale ou catégorielle;
- du niveau d'instruction: taux de scolarisation, taux d'analphabétisme;
- du niveau alimentaire et nutritionnel: ration journalière.

Tous ces indicateurs, qui s'apprécient aussi bien en terme de niveau que d'évolution dans le temps, mesurent donc le progrès relatif et/ou absolu réalisé par chaque pays ou groupe de pays. C'est l'utilisation de ces indicateurs qui permet, entre autres, de dire si un pays est ou n'est pas développé, qui est à la base de la classification des pays en: "

- pays à faible revenu (PNB par habitant inférieur à 480 dollars par an en 1987);
- pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure (PNB par habitant compris entre 500 et 2000 dollars);
- pays à revenu intermédiaire, tranche supérieure (PNB par

99

habitant compris entre 2000 et 6000 dollars);
 -pays développés à revenu élevé ou pays industrialisés (PNB par habitant supérieur à 6000 dollars)

Pour sa part, Raymond BARRE, économiste et homme politique Français, estime que les caractéristiques du sous-développement sont:

- faible revenu national par tête et par an;
- niveau dérisoire des indicateurs les plus caractéristiques de l'activité économique moderne: production d'électricité, consommation de pétrole et d'acier, importance du réseau routier;
- sous-alimentation au sens moderne du terme, c'est-à-dire insuffisance de la ration journalière (inférieure à 2800 calories);
- taux élevé de mortalité, notamment la mortalité infantile;
- large proportion d'analphabètes et d'illettrés au sein de la population.

II-DES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES

Les caractéristiques démographiques d'un pays comprennent essentiellement la taille, le taux de croissance et la répartition de la population. Ces facteurs sont déterminés principalement par le rapport entre les taux des naissances et des décès, et par celui des migrations. Une approche plus fine, dans la perspective de déceler les problèmes de population fait distinguer:

- la structure: par sexe, par âge (ou par tranche d'âges), par nationalité, par catégories socio-professionnelles;
- la répartition spatiale: par zones géographiques caractéristiques (savane/forêt dans le cas de la Côte d'Ivoire), par région (régions physiques ou régions administratives), par milieu d'habitat (urbain/rural);
- les mouvements de la population: fécondité, mortalité, migrations (internes et internationales).

TABLEAU 0: TAILLE DE LA POPULATION ET CROISSANCE POUR LE MONDE, LES REGIONS INDUSTRIALISEES ET EN DEVELOPPEMENT 1950-2100

Population/Taux	1950	2000	2025
Monde	2516 (1,79)	6122 (1,38)	8206 (0,96)
Régions Industrialisées	832 (1,28)	1277 0,45)	1396 (0,29)
Régions en développement	1684 (2,04)	4845 (1,62)	6809 (1,10)
% de la population dans les régions industrialisées	33,1	20,9	17,0

Source: Bureau International du Travail

(Fertilité et développement: une introduction à la théorie, à la recherche et à la politique)

Nous allons illustrer par un exemple concret le type d'analyse faisable avec ces indicateurs démographiques à partir des données relatives à la Côte d'Ivoire, à travers l'analyse de la taille et de la structure de la population (A), de la fécondité (B), de la mortalité (C) et des migrations (D).

A- Etat et Structure de la Population

A1 EVOLUTION ET STRUCTURE

Les résultats provisoires issus de l'exploitation manuelle des cahiers de districts du Recensement Général de la Population et de l'Habitat réalisé du 1er au 31 Mars 1988 situent la population de la Côte d'Ivoire à 10.812.800 habitants contre 6.709.600 habitants en 1975 soit un taux d'accroissement annuel moyen de 3,7% sur la période 1975-1988 et une densité moyenne de 34 habitants/km² en 1988 contre 21 en 1975. La croissance démographique de la Côte d'Ivoire est exceptionnelle comme l'indique le tableau 1.

TABLEAU 1 : EVOLUTION DE LA POPULATION DE LA CÔTE D'IVOIRE DE 1920 A 1988

(RESULTATS D'ENQUETES ET DE RECENSEMENTS)

Dates	Population
1920*	1.540.000
1930*	1.750.000
1940*	1.980.000
1950*	2.170.000
1958**	3.200.000
1962-1963**	3.700.000
1965**	4.000.000
1975 (R G P)***	6.709.600
1978 (E P R)**	7.540.000
1988 (R G P H)***(Provisoires)	10.812.800

* Recensements Administratifs réévalués

** Résultats d'Enquêtes

*** Recensements Démographiques

Source: "Population de Côte d'Ivoire- Analyse des données démographiques disponibles" Direction de la Statistique, 1984

De 1920 à 1955 la population a doublé une première fois en 35 ans environ. De 1955 à 1975 est intervenu le deuxième doublement en une vingtaine d'années; on pense que le troisième doublement interviendra 19 ans après le second, soit vers 1994.

Ainsi donc, le trait marquant de cette population est son dynamisme accentué depuis les années 1960 qui se traduit

par un taux d'accroissement naturel de 3,1 % par an, parmi les plus élevés d'Afrique, auquel s'ajoute un apport migratoire important bien qu'on observe un ralentissement du phénomène depuis le début des années 1980. De ce fait la Côte d'Ivoire est un pays au peuplement récent; l'essentiel de ce peuplement se fait encore aujourd'hui et se poursuivra.

A2 STRUCTURE PAR SEXE ET PAR AGE

On dispose d'une série de données sur l'évolution de la structure de la population ivoirienne issue de plusieurs sources, la plus complète étant le Recensement Général de 1975, l'exploitation du RGPH 88 étant en cours (Tableau 2).

TABEAU 2: QUELQUES INDICATEURS DE STRUCTURE
DE LA POPULATION IVOIRIENNE

Sources	Enquête 57/58	Enquête 62-64	R.G.P 1975	E.P.R 78/79	R.G.P.H 1988
Indicateurs (1)					
Pop.Tot	3272	4.000	6.710	7.540	10.813
Dens./km ²	10	12,5	21	23	34
%Ivoirien	-	83	75	78	-
%Pop Urb.	6	25	32	36	39,1
%Pop-15an	43	46	45	46	-
%15-59a	54	50	52	50	-
%60 et +	3	4	3	4	-
Rap.Mascu	103	101	107	99	104

(1) Population Totale en milliers d'habitants

Source: "Les Actes du Séminaire National su Population et Développement" Commission Economique pour l'Afrique, Abidjan 1982

La Côte d'Ivoire, à l'instar de la plupart des pays africains, a une population jeune. En 1978, les personnes âgées de moins de quinze ans représentaient 46% de la population totale contre 4% pour les personnes âgées de 60 ans et plus. Cette situation confère à la pyramide des âges, les caractéristiques suivantes:

- une base large, signe d'une forte fécondité;
- une allure effilée, signe d'une mortalité précoce;
- à partir de 1975, un renflement de la pyramide dans les tranches d'âges des jeunes adultes, en particulier chez les hommes, conséquence d'une immigration massive des jeunes travailleurs.

**TABLEAU 3: POPULATION PAR SEXE ET AGE SELON
LE MILIEU GEOGRAPHIQUE - RGP 1975**

Milieu	Rural		Urbain		Abidjan	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Age						
0-4	439726	431559	106328	101999	90829	87581
5-9	403618	368831	87108	86888	54891	60616
10-14	253577	205745	75329	64716	35635	45739
15-19	166626	194259	82849	69129	52599	62295
20-24	161913	181475	65561	57266	80518	59620
25-29	164755	197137	58655	53479	69905	44443
30-34	139729	156733	42717	35647	45738	25882
35-39	130595	132882	36431	28632	35470	18169
40-44	113789	101974	27337	18316	22998	10756
45-49	97890	80594	20621	12909	14727	6554
50-54	76852	62583	13402	8698	7814	3810
55-59	59089	40777	9231	5683	4298	2125
60-64	42986	34808	6463	4538	2433	1442
65-69	25222	19993	3647	2531	1172	815
70-74	17885	17151	2354	1975	650	551
75-79	7150	6876	906	836	251	190
80-84	5234	6985	550	628	129	119
85 +	7562	8745	738	960	247	206
Total	4563307		1195077		951216	

Source: "Population de Côte d'Ivoire- Analyse des données démographiques disponibles" Direction de la Statistique, 1984

**TABLEAU 4: POPULATION PAR SEXE ET AGE SELON
LE MILIEU GEOGRAPHIQUE - EPR 1978**

Milieu	Rural		Urbain		Abidjan	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Age						
0-4	486223	482517	144978	144408	126904	124549
5-9	413225	383536	107348	110214	75186	83411
10-14	264199	227010	88185	84178	49996	72308
15-19	151863	198900	81238	84634	62338	87119
20-24	148336	170663	70464	71499	86731	80544
25-29	140956	175911	71584	60278	82461	56074
30-34	116212	151126	49925	41191	55532	37881
35-39	125523	144265	42301	34197	43069	26280
40-44	112544	115327	31429	24519	29849	15189
45-49	107754	110603	24725	18490	20861	10701
50-54	82725	87413	14860	13580	11645	6619
55-59	75211	75748	12510	9771	6030	3931
60-64	46510	45764	6828	6675	3386	3199

Milieu	Rural		Urbain		Abidjan	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Age						
65-69	34208	36166	6116	4532	1618	1437
70-74	18147	20210	2744	2557	1039	883
75-79	12746	13856	1405	1865	700	634
80-84	3681	5763	351	763	146	172
85 +	6001	8262	608	939	234	411
Total	4799104		1471889		1269067	

Source: "Population de Côte d'Ivoire- Analyse des données démographiques disponibles" Direction de la Statistique, 1984

TABLEAU 5: POPULATION TOTALE PAR SEXE ET AGE SELON LE MILIEU GEOGRAPHIQUE -RGP 1975 ET EPR 1978

Age	1975			1978		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0-4	636882	621139	1258021	758105	751474	1509579
5-9	545617	516335	1061952	595759	577161	1172920
10-14	364541	316200	680741	402380	383496	785876
15-19	302074	325683	627757	295439	370653	666092
20-24	307992	298361	606353	305531	322706	628237
25-29	293315	295059	588374	295001	292263	587264
30-34	228184	218262	446446	221669	230198	451867
35-39	202496	179683	362179	210893	204742	415635
40-44	164144	131046	295190	173822	155035	328857
45-49	133238	100057	233295	153340	139794	293134
50-54	98068	75091	173159	109230	107612	216842
55-59	72618	48585	121203	93751	89450	183201
60-64	51884	40788	92672	56751	55638	112362
65-69	30041	23339	53380	41942	42135	84077
70-74	20889	19677	40566	21930	23650	45580
75-79	8307	7902	16209	14851	16355	31206
80-84	5913	7732	13645	4178	6698	10876
85 +	8547	9911	18458	6843	9612	16455
Total	3474750	3234850	6709600	3761388	3778672	7540060

Source: "Population de Côte d'Ivoire- Analyse des données démographiques disponibles" Direction de la Statistique, 1984

Du fait de l'influence de l'immigration, le rapport de masculinité dans la population totale (nombre d'hommes pour cent femmes) demeure supérieur à 100 de 1960 à 1988: 101 en 1962-64, 107 en 1975, et 104 en 1988.

En s'intéressant à la population étrangère, on remarque qu'il y avait une grande disparité entre les sexes parmi les étrangers recensés en 1975 avec un rapport de masculinité de 145 hommes pour cent femmes. Ce rapport variait de 67,8 chez les Ghanéens à 299 chez les Nigériens.

En 1978, le rapport de masculinité de la population étrangère a été estimé à 128. Il y aurait donc eu entre 1975 et 1978 une tendance au rééquilibrage des sexes.

La structure par âge de la population étrangère présente une surreprésentation des jeunes de 20 à 29 ans qui constituent pour la plupart des pays d'émigration une forte proportion de leurs ressortissants; d'une manière générale on observe une prédominance du groupe d'âge 15-59 ans. La classe 60 ans et plus est généralement faible. Ainsi l'immigration en Côte d'Ivoire est en grande partie celle de personnes actives.

B- Nuptialité et Fécondité

B1 NUPTIALITE

L'examen de la situation matrimoniale selon l'âge et le sexe fait apparaître les caractéristiques suivantes :

- le pourcentage de célibat définitif est faible (8,3 pour cent pour les 2 sexes); la courbe des proportions de célibataires par âge décroît plus vite chez les femmes que chez les hommes;
- le mariage est précoce chez les filles ; 48 pour cent d'entre elles sont déjà mariées à 15-19 ans alors que cette proportion n'est atteinte chez les hommes qu'entre 25 et 30 ans. La courbe de la proportion des femmes mariées atteint son maximum (84 pour cent) à 35 ans - alors que le maximum de celle des hommes se situe autour de 50 ans;
- la proportion des veuves augmente très vite à partir de 50 ans. Ce phénomène est dû à l'écart d'âge entre les conjoints et au fait qu'en mourant un polygame laisse plusieurs veuves. La proportion des divorcés est plus forte chez les femmes (3,1 pour cent) que chez les hommes (1,7 pour cent). Cette situation est due en partie au fait qu'un homme polygame qui se sépare de l'une de ses épouses reste toujours mariée ;
- il y a une forte proportion de monogames (75 pour cent), mais on compte dans l'ensemble 130 épouses pour 100 hommes mariés. La polygamie concerne davantage les vieilles générations que les jeunes. Elle est plus intense en campagne que dans la ville où elle est même un peu plus tardive. En effet à 40 ans, on compte 20 pour cent de polygames parmi les mariés résidant en ville contre 24 pour cent en milieu rural.

B2 FECONDITE

Le taux brut de natalité était estimé à 49,5 pour mille en 1965. En 1978 on l'estimait à 48 pour mille.

A Abidjan, la capitale économique du pays, il semble que la fécondité ait augmenté entre 1962-1963 et 1978, la fécondité cumulée à 50 ans étant passée de 5,3 à 5,6 enfants par femme (Tableau 6). Une telle conclusion appelle cependant quelques réserves, étant donné les limites des indices utilisés et leur fiabilité relative. En effet, certains facteurs conjoncturels peuvent affecter la fécondité du moment (que mesurent les taux par âge et l'indice synthétique de fécondité) sans que globalement, le comportement procréateur des femmes en soit modifié.

Dans l'hypothèse où les erreurs de sondage propres aux enquêtes de 1962-1965 et de 1978-1979 affectent également Abidjan et le milieu rural, on constate qu'aux deux dates, la fécondité est toujours plus faible à Abidjan qu'en milieu rural. Compte tenu de l'importance croissante de la ville d'Abidjan dans la population totale de la Côte d'Ivoire, entre 1963 et 1978, on peut supposer que le faible niveau de la fécondité observé à Abidjan a largement influencé à la baisse, le niveau de la fécondité dans l'ensemble du pays.

**TABLEAU 6 : TAUX DE FECONDITE PAR GROUPE D'AGES ET
FECONDITE CUMULEE A 50 ANS - MILIEU RURAL ET ABIDJAN :
1962-1964 ET 1978-1979 POUR 1000 FEMMES A CHAQUE AGE**

Groupe	1962 -1964		1978- 1979	
	Rural	Abidjan	Rural	Abidjan
12-14	-	-	27	14
15-19	192	206	240	187
20-24	288	230	318	247
25-29	263	215	290	246
30-34	226	196	222	197
35-39	158	125	162	134
40-44	102	67	92	66
45-49	44	29	37	25
Fécondité Cumu. lée à 50 ans	6,4	5,3	6,9	5,6

Source: ASSOUPBE Kacou "Les Sources de données démographiques en Côte d'Ivoire", Abidjan 1987

La fécondité reste très élevée en Côte d'Ivoire, tant en milieu rural qu'en milieu urbain. La descendance finale (fécondité cumulée à 50 ans) est environ de sept enfants par femme pour le milieu rural et six pour le milieu urbain. Pour l'ensemble du pays, elle est de 6,5 enfants.

L'enquête à passages répétés de 1978-1979 a permis de constater que l'âge moyen à la maternité se situe à 28 ans et que la fécondité atteint son maximum chez les femmes de 20 à 24 ans. On a aussi noté qu'en raison de sa structure plus jeune, la population féminine africaine non-ivoirienne a une fécondité légèrement supérieure à celle des Ivoiriennes. La descendance finale de la population féminine africaine est de 6,75 enfants par femme contre 6,47 enfants pour la population ivoirienne.

TABLEAU 7: DESCENDANCE FINALE EN 1963 ET 1978/1979

Indice	Urbain	Rural	Ensem Abidjan		Sources
Descend Finale 1	6,00	7,00	6,50	5,60	EPR 78
Descend.Finale 2	-	6,40	-	5,30	1963
Popul.Ivoirienne	6,30	6,80	6,47	5,31	EPR 78/79
Popul.Non Ivoir.	6,73	7,38	6,75	5,98	EPR 78/79
Age Moyen Matern.	27,83	28,12	28,16	28,08	EPR 78

Source: ASSOUKPE Kacou "Les Sources de données démographiques en Côte d'Ivoire", Abidjan 1987

On remarque à travers le tableau 7, une fécondité plus tardive en milieu rural qu'en milieu urbain. A Abidjan également la fécondité est sensiblement moins précoce qu'ailleurs.

C- Mortalité

Par manque de série complète pouvant permettre de suivre l'évolution de la mortalité en Côte d'Ivoire, ce phénomène est très mal connu. Toutefois, les quelques estimations existantes entre 1958 et 1980 montrent une baisse du phénomène aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, à la suite d'une forte réduction de la mortalité infantile dont le niveau reste, néanmoins, encore élevé.

Cette baisse de la mortalité est due en grande partie à l'amélioration des conditions sanitaires au niveau de tout le pays. La conséquence est le recul très sensible des maladies endémiques qui affectaient la population et plus particulièrement les enfants. Elle s'est traduite par un gain rapide de l'espérance de vie à la naissance de plus de 10 ans entre 1965 et 1979.

Le tableau 8 rend compte de l'évolution de la mortalité en Côte d'Ivoire de 1958 à 1980.

TABLEAU 8: EVOLUTION DES INDICES DE MORTALITÉ DE 1958 A 1980 (ENSEMBLE DU PAYS)

	1958	1965	1978/79
Taux Brut Mortalité	30‰	28‰	17‰
Taux Mortalité Infantile	-	190	103
Espérance Vie à Naissance	33 ans	35-40ans	48,5 ans

Source: "Population de Côte d'Ivoire- Analyse des données démographiques disponibles" Direction de la Statistique, Abidjan 1984

102

Il apparaît donc que la Côte d'Ivoire a connu ces dernières années une baisse extrêmement importante de la mortalité, et que cette baisse a essentiellement profité aux nouveaux-nés (mortalité infantile), et dans une moindre mesure aux enfants âgés de 1 à 5 ans. Cette baisse s'est produite sur l'ensemble du territoire, mais a été beaucoup plus forte à Abidjan qui jouit d'une infrastructure sanitaire et d'un environnement (conditions de vie, hygiène) beaucoup plus favorable que le reste du pays (Tableau 9).

**TABEAU 9: TAUX DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE
SELON LE MILIEU DE RESIDENCE (POUR 1000)**

Milieu Résidence	1965	1975	1978/79	1980
Rural 1q0	200	-	115	-
Rural 4q1	-	-	93	-
Urbain 1q0	-	-	-	-
Urbain 4q1	-	-	-	-
Abidjan 1q0	175	59	65	34
Abidjan 4q1	-	53	50	25

Source: ASSOUKPE Kacou "Les Sources de données démographiques en Côte d'Ivoire", Abidjan 1987

D- Migration et Répartition Spatiale de la Population.

D1 LES MIGRATIONS ANCIENNES

Avant l'occupation française vers la fin du 19ème siècle, le territoire de la Côte d'Ivoire était déjà le théâtre de bien de mouvements de population ; ainsi on note l'invasion de la Région du Sud-Est par les AKAN venus du Ghana, du Nord et du Nord-Est par le groupe Voltaïque, du Nord-Ouest et de l'Ouest par le groupe KROU venu du Libéria. Par ailleurs on note à l'intérieur du pays, des flux et reflux de population résultant de différentes batailles entre ethnies et villages.

Ces populations vont se stabiliser progressivement et déjà en 1917, l'Administration coloniale estimait la population ivoirienne à 1 521 500 habitants.

**TABEAU 10: POPULATION IVOIRIENNE PAR
GROUPE ETHNIQUE EN 1917**

Groupe Ethnique	Effectif
Mandé du Nord	285.000
Mandé du Sud	178.000
Krou	250.000
Voltaïques	294.000
Akan	514.000
Total	1.521.000

Source: "Les Actes du Séminaire National sur Population et Développement" Commission Economique pour l'Afrique, 1982

Après l'occupation française, la France appliqua dans le territoire, comme partout ailleurs dans ses colonies le pacte colonial qui fixait à chaque colonie ce qu'elle devait produire. Ainsi le café et le cacao furent les principaux produits assignés à la Côte d'Ivoire. Cependant pour combler le déficit de main-d'oeuvre dans les régions forestières productrices, on se mit à recruter des hommes dans les pays voisins (Haute Volta, actuellement Burkina-Faso, Mali) pour compléter les mouvements migratoires internes des régions de Savane vers les zones de forêt. On estime à 420.000 personnes, le nombre de Burkinabés recrutés dans les plantations européennes entre 1933 et 1946.

Ces recrutements se sont poursuivis au lendemain de la suppression des travaux forcés, mais cette fois-ci basés sur le volontariat.

Ainsi, le mouvement s'est individualisé et la possibilité de décider librement du lieu de travail et de partir avec la famille a eu une influence sur le volume des mouvements et sur leur durée.

En 1958, on comptait 36 000 individus nés au Burkina-Faso actuel, et vivant dans les zones rurales ivoiriennes.

Les individus allaient vendre leur force de travail dans les chantiers, ce qui dénotait d'un besoin nouveau dans la société. Ce besoin allait engendrer ainsi un nouveau type de migrant, le migrant économique.

D2 MIGRATIONS RECENTES

D2-1 Migrations internes

D'après les résultats du recensement de 1975 sur 6,7 millions d'habitants, seulement 3,5 millions soit 52,8% étaient nés dans la localité où ils résidaient au moment du recensement. Parmi les personnes qui ne résidaient pas à leur lieu de naissance 66% avaient effectué leur mouvement à l'intérieur du pays contre 44% venus de l'étranger.

La migration inter-régionale s'effectue d'une manière générale dans le sens Nord-Sud, autrement dit des régions de savane vers les régions de forêt.

Au recensement de 1975, on a observé qu'en dehors des régions forestières du Sud, du Sud-Ouest et du centre Ouest, les autres régions avaient enregistré plus de sorties de population que d'entrées, autrement dit des pertes de population dues à la migration interne (Tableau 11).

**TABLEAU 11 : MIGRATION INTERNE SUR LA DUREE
DE VIE PAR REGION FRAR EN 1975**

Régions	Entrées	Sorties	Solde
Centre	120.231	270.260	-150.029
Centre-Ouest	164.855	91.824	+73.031
EST	10.698	19.566	-8.868
Nord	26.890	101.474	-74.584
Sud	255.812	95.227	+160.585
Sud-Ouest	64.094	14.974	+49.120
Ouest	30.226	79.481	-49.255
Total	672.806	672.806	0

Source: "Les Actes du Séminaire National sur Population et Développement" Commission Economique pour l'Afrique, Abidjan 1982

Entre 1975 et 1978, il y a eu une forte mobilité de personnes présentes au recensement de 1975 et encore en vie au moment de l'Enquête à Passages Répétés de 1978. Ces personnes se sont dirigées essentiellement vers Abidjan et vers la zone forestière rurale (Tableau 12).

Il faut noter qu'on a observé que les villes de l'intérieur servent essentiellement d'étapes migratoires à des individus dont la destination finale est la capitale économique, Abidjan. L'attraction qu'exerce cette ville sur les populations de l'intérieur pose déjà le problème de la décentralisation des activités économiques, culturelles et même administratives.

Enfin, on doit signaler que l'exode rural n'est pas la seule composante du mouvement migratoire interne: les données du tableau 12 montrent en effet que les zones forestières rurales sont l'une des destinations privilégiées des migrants internes en quête de terres pour les cultures de rente (café, cacao, hévéa, palmier à huile..).

**TABLEAU 12 : BILAN DES MIGRATIONS INTERNES SUR LA
PERIODE 1975-1978. PERSONNES NEES AVANT LE RGP DE 1975**

Strates	Entrants	Sortants	Migration Nette
Abidjan	168.991	104.458	+ 64.533
Forêt Urbaine	127.439	231.433	-103.994
Savane Urbaine	82.899	110.772	- 27.613
Forêt Rurale	211.959	132.112	+ 79.847
Savane Rurale	86.781	99.494	- 12.713
Total	678.069	678.069	0

Source: "Les Actes du Séminaire National sur Population et Développement" Commission Economique pour l'Afrique, Abidjan 1982

105

D2-2 Migrations internationales

L'immigration de la main-d'oeuvre étrangère s'est intensifiée en Côte d'Ivoire après l'indépendance. C'est ainsi qu'évalués à quelques milliers vers 1960, les résidents étrangers atteignaient l'effectif de 1.474.464 personnes en 1975 soit 22 % de la population totale à cette période. En 1978 ils étaient estimés à 1.694.359 soit un taux d'accroissement annuel moyen de 4,74% sur la période 1975-1978.

La Côte d'Ivoire est ainsi le premier pays d'immigration en Afrique de l'Ouest aussi bien par l'effectif des étrangers résidents que par leur proportion par rapport à la population totale du pays.

En 1975, 97,5% des résidents étrangers en Côte d'Ivoire étaient des Africains dont 52,5% de Voltaïques (actuellement Burkinabé) 23,9% de Maliens, 6,7% de Ghanéens.

Parmi les non-africains, on comptait surtout des Français (27 567 personnes) et des Libanais (5 223 personnes).

En 1975, les étrangers résidant en Côte d'Ivoire se répartissaient presque à égalité entre la ville et la campagne (50,7% de citadins contre 49,3% de ruraux). Leur répartition régionale était inégale car la seule région du Sud regroupait plus de la moitié des immigrants qui constituaient la grande majorité des ouvriers dans les plantations et les usines.

En 1978 on estimait à 55,4% la proportion des citadins parmi les étrangers contre 30,8% chez les ivoiriens.

L'accroissement de la proportion des citadins parmi les étrangers est dû à la fois à l'abandon de la campagne par certains anciens immigrés et à la tendance chez les nouveaux immigrés à se diriger vers les centres urbains.

**TABEAU 13: REPARTITION DES ETRANGERS ET
DES IVOIRIENS PAR MILIEU D'HABITAT
EN 1975 ET EN 1978**

Milieu d'Habitat	1975		1978	
	Etrangers	Ivoiriens	Etrangers	Ivoiriens
Rural Eff	747.481	3.799.179	756.398	4.042.009
%	50,7	73,0	44,6	69,6
Urbai Eff	726.988	1.404.401	937.961	1.802.715
%	49,3	27,0	55,4	30,8
Total Eff	1.474.469	5.203.580	1.694.359	5.844.724
%	100	100	100	100

Source: "Les Actes du Séminaire National sur Population et Développement" Commission Economique pour l'Afrique, 1982

L'agglomération d'Abidjan comptait 381.638 étrangers en 1975 soit 40% de la population de cette ville. En 1978 ce nombre était passé à 484 749 soit un taux d'accroissement annuel moyen de 8,3% par an sur la période 1975-1978.

La population étrangère s'est accrue en moyenne de 4,7% entre 1975 et 1978 alors que le taux d'accroissement annuel moyen de la population ivoirienne n'était que de 3,95% sur la même période.

Il convient de noter cependant que la population étrangère s'est accrue beaucoup plus sous l'effet de la reproduction naturelle que sous l'effet de l'immigration proprement dite. En effet on a enregistré 166 107 étrangers nés en Côte d'Ivoire entre 1975 et 1978 contre 53.783 immigrants durant la même période.

III-DISCUSSION DES INDICATEURS

Les indicateurs quantitatifs n'expliquent pas tout car ils peuvent ne pas faire apparaître les aspects qualitatifs. Si, par exemple, les effectifs scolaires se sont grandement améliorés au fil des ans, qui sont les enfants non encore scolarisés et quel est le type d'éducation (qualité) qui est offert?

Les indicateurs sont liés entre eux de plusieurs façons, et se modifient les uns les autres d'une manière qui n'est pas entièrement explicable. Dans la détermination de ces indicateurs, des différences apparaissent pour les mêmes catégories; par exemple, la durée de vie dans un modèle est une fonction de la disponibilité de produits d'alimentation; dans un autre modèle, elle est une fonction du revenu par ménage et dans un troisième modèle, elle est une fonction du taux de scolarité, du taux de natalité et de l'importance de la population agricole.

Un nombre considérable d'indicateurs par ailleurs très utilisés sont en fait des instruments inappropriés à l'étude comparative. Prenons le taux de scolarisation du cycle primaire tant que rapport des effectifs des écoles primaires et de la population en âge d'aller à l'école primaire. Cet indicateur a deux faiblesses fondamentales:

-tout d'abord, la durée de la scolarisation primaire varie considérablement selon les pays, allant de 3 à 10 ans. Une durée courte a tendance à faire augmenter l'indice des effectifs du primaire et une durée plus longue le fait plutôt diminuer (en partie à cause des taux d'abandon des enfants les plus âgés). Les taux d'inscription ont tendance à baisser si on accroît la durée de scolarisation primaire et à augmenter si on la diminue;

-en second lieu, le taux d'inscription dans le primaire est un taux brut qui relie le nombre d'enfants, quel que soit leur âge, inscrits à l'école primaire au groupe d'âge scolarisable officiel. Nombre d'enfants inscrits peuvent n'avoir pas atteint, ou avoir dépassé, l'âge officiel soit

parce qu'ils ont commencé en retard, ou trop tôt, soit parce qu'ils redoubent ou encore parce qu'ils sont plus âgés et suivent les cours d'alphabétisation de base. Le taux net est le pourcentage d'enfants inscrits ayant véritablement l'âge de l'école primaire. Au fur et à mesure que se développent les systèmes d'enseignement, les différences s'estompent entre les taux bruts et nets.

Le pourcentage de la population en zone urbaines est un indicateur inapproprié aux comparaisons entre pays étant donné qu'il n'existe pas de définition internationalement reconnue du terme "urbain".

Les statistiques sur la mortalité infantile sont également très criticables. Non seulement parce que les enquêtés n'ont pas répondu aux questions correctement (ou qu'on ne leur a pas posé les bonnes questions) ou qu'ils n'ont pas déclaré les décès d'enfants, mais également parce que le décès d'un nourrisson est, du point de vue statistique, "un événement rare", extrêmement variable, qui requiert des enquêtes sur de vastes échantillons.

De même, les statistiques sur l'alphabétisation doivent être comparées avec précaution dans la mesure où il existe des définitions diverses du concept d'alphabétisation. Pouvoir lire et écrire est le test le plus évident d'alphabétisme mais on utilise parfois uniquement l'aspect "lecture" ou l'aspect "écriture". Les données sur l'alphabétisation ne sont en général disponibles qu'après les recensements décennaux, ce qui rend difficile la mise à jour des informations à plus court terme.

TABLEAU : QUELQUES INDICATEURS DE DEVELOPPEMENT PAR GROUPE DE PAYS (MOYENNE)

Catégorie de pays selon la tranche de revenu	PNB/Habit. (1)	Espérance de Vie	TBM (2)	Taux de Scolarisation (primaire)
Faible	280	54	13	76
Intermédiaire Inf.	1200	64	8	104
Intermédiaire Sup.	2710	67	8	104
Elevé	14400	76	9	105
Ensemble des pays	3010	65	14	103
Côte d'Ivoire	740	52	15	78
Ethiopie	130	47	18	36

(1): exprimé en dollar US de 1987

(2): TBM= Taux brut de mortalité

Source: Banque Mondiale

(Rapport sur le Développement dans le Monde, 1989: données de l'année 1987)

IV-POPULATION ET DEVELOPPEMENT: UNE PROBLEMATIQUE A ELUCIDER

Il est incontestable que la population représente un des éléments à prendre en considération dans le processus de développement. Comme l'a indiqué la Banque Mondiale dans son rapport sur le développement dans le monde en 1984, "le taux de croissance et la pyramide des âges posent des problèmes particulièrement difficiles dans les secteurs-clés du développement, notamment l'emploi, l'éducation, la santé, l'agriculture et l'urbanisation". S'il importe de ne pas oublier que la population n'est pas le seul élément qui influe sur le développement, il est impératif de rappeler que les plans et les politiques de développement doivent nécessairement tenir compte de la dynamique de la population et de la manière dont elle affecte chaque secteur de la société.

Dans une étude prospective à long terme, et intitulé "l'Afrique subsaharienne: de la crise à une croissance durable" de Novembre 1989, cette institution, analysant les facteurs du déclin économique, renvoie dos à dos, les tenants des deux thèses contrastées suivantes:

- d'une part, ceux qui pensent que la sécheresse, la faiblesse des cours mondiaux des produits de base, la fluctuation des taux d'intérêt, l'insuffisance de l'aide etc... sont les causes fondamentales du retard actuel de notre continent;
- d'autre part, ceux qui estiment que les politiques mises en oeuvre, et en particulier la mauvaise gestion des ressources publiques, et un système d'incitation inapproprié sont à mettre au banc des accusés.

Deux causes y ont été, en effet, retenues: les facteurs externes tels que les termes de l'échange, et les facteurs structurels parmi lesquels on classe notamment la croissance démographique. Concernant le second aspect, il y a lieu de signaler que c'est à travers l'analyse des conséquences de l'accroissement rapide de la population sur les variables significatives du niveau de développement qu'il est possible de l'étayer.

On peut envisager de concevoir cette analyse à deux niveaux:

- Conséquences pour la famille, en terme d'influence des grossesses multiples sur la santé de la mère et des enfants (objet des exposés de MM. les Professeurs BOHOUSSOU et DIARRA);
- Conséquences pour la collectivité: l'accroissement de la population a des répercussions sur l'agriculture les ressources naturelles, l'emploi, les salaires et la fourniture des services de santé et d'éducation.

L'exemple du continent africain peut illustrer le raisonnement sur ce second point. L'Afrique a le taux brut de natalité le plus élevé de tous les continents et l'espérance de vie la plus basse.

En moyenne, la population scolarisée (en dessous de 15 ans) représente de 45 à 50 % de la population totale, soit des charges de famille importantes.

L'Afrique a été gouvernée par un système socio-économique de transition présentant toute une gamme de problèmes de structure: analphabétisme et survivance de concepts inadaptés due aux problèmes de dépendance culturelle. "Nous produisons ce que nous ne consommons pas et nous consommons ce que nous ne produisons pas" dit-on.

De 1970 à 1982, le PIB de la zone subsaharienne a progressé de 3% par an, au même rythme que la population (2,9%). Compte tenu de la détérioration des termes de l'échange, cette partie du continent a vu le niveau de vie de ses habitants baisser (et donc son développement a stagné, si ce n'est retardé). Parallèlement, dans les autres parties du monde ayant les mêmes caractéristiques économiques (Asie du Sud, Amérique du Sud), le revenu par tête s'est amélioré parce que le taux de croissance démographique a été plus modéré.

Bien sûr, une croissance démographique rapide n'est pas nécessairement un obstacle rédhibitoire à la hausse des revenus par habitant. Dans certains cas, l'accroissement de la population peut même contribuer au développement. Mais, dans la plupart des cas, et surtout s'il est rapide, il peut freiner l'élévation du revenu par habitant.

Le raisonnement classique qui consiste à affirmer que la croissance économique par habitant est d'autant plus réduite que la croissance de la population est rapide est fondé sur une constatation simple: si les ressources sont fixes et que la main d'oeuvre augmente, il restera moins de ressources disponibles pour les générations nouvelles; elles produiront donc moins par personne et le rendement du travail diminuera. A priori toutefois, ce raisonnement ne s'applique pas à l'Afrique où il existe apparemment de vastes superficies de terres encore inexploitées, qui pourraient faire vivre une population plus nombreuse sans que les rendements décroissent. La théorie des rendements décroissants et de l'accentuation de la pénurie des ressources fixes ne semble pas non plus avoir été confirmée de façon décisive ailleurs. Depuis le XVIIIème siècle, qui a marqué le début de l'expansion économique moderne en Europe, l'accroissement de la population s'est en fait accompagné d'une augmentation constante de la productivité du travail et partant d'une expansion économique, même dans les pays où la terre paraissait relativement rare. En fait, la plupart des pays ont pu étendre, dans une certaine mesure, les terres cultivables au cours de deux derniers siècles et, chose plus importante, d'autres facteurs ont suffisamment changé pour prévenir la diminution des rendements:

- premièrement, la technologie a progressé;
- deuxièmement, la dotation en ressources naturelles n'est

pas limitée. Si l'on constate çà et là certaines pénuries de ressources ou de matières premières, on en a aussi découvert d'autres;

-troisièmement, les investissements en capital humain que représente l'amélioration de la santé, de la nutrition, de l'éducation et de la formation se sont révélés d'une importance cruciale pour augmenter la productivité du travail. De nombreux faits concourent à prouver qu'une main d'oeuvre plus instruite contribue de manière significative à accroître le revenu par habitant. Les soins de santé représentent aussi un investissement précieux sur le plan humain. L'amélioration de la santé réduit non seulement les risques de décès, mais aussi les maladies débilitantes qui peuvent diminuer la productivité physique et les possibilités d'apprentissage;

-quatrièmement, les économies d'échelle réalisées par certains pays dans les domaines de la production et de la consommation sont imputables à l'accroissement de la population.

En bref, le revenu réel moyen peut augmenter même si la population s'accroît. Tant que l'augmentation des ressources supplémentaires sera supérieure à celle de la population active, la main d'oeuvre sera relativement rare, ce qui provoquera une hausse des salaires et entraînera une amélioration de niveau de vie. L'Amérique a connu un essor économique prodigieux au XIXème siècle lorsque les Européens, souvent sous l'effet de la pression démographique existant dans leurs propres pays, ont émigré pour s'installer dans l'Ouest des Etat-Unis. Les pays peuplés d'Europe et d'Asie ont prospéré malgré la faiblesse de leurs ressources naturelles en se dotant d'une main d'oeuvre qualifiée et en développant les techniques des secteurs industriel et tertiaire.

Comment se fait-il, dans ces conditions, que l'accroissement de la population constitue un problème en Afrique?

Tout d'abord, les terres qui restent inexploitées en Afrique ne peuvent procurer des revenus à une population plus nombreuse que si les nouveaux apports en main d'oeuvre sont complétés par de nouveaux investissements: routes, semences, lutte contre les maladies, irrigation, etc...

En troisième lieu, les conditions étaient telles au départ que les ajustements qu'implique un accroissement rapide de la population sont particulièrement difficiles. La situation dans laquelle se trouvaient les nations africaines lors de leur accession à l'indépendance n'était pas de nature à faciliter

une rapide accumulation de ressources supplémentaires et l'utilisation efficace des ressources disponibles (pauvreté, avec le faible niveau d'éducation et de santé que cela implique, infrastructure rudimentaire et faiblesse des ressources humaines disponibles pour la recherche agricole, la vulgarisation et la création d'entreprises). Ces difficultés initiales ont été exacerbées par des politiques inadéquates: taux de change surévalués qui ont découragé les exportations, protection d'industries domestiques inefficaces, lourde taxation des cultures vivrières et des cultures d'exportation, et stratégies de développement et d'investissement essentiellement axés sur les villes au détriment des campagnes.

Si l'on peut, de toutes les façons être d'accord que seule de croissance peut permettre l'évolution favorable du niveau de vie, il y a lieu d'ajouter que cette croissance doit être soutenue et équitable: soutenue, parce qu'il s'agit d'en préserver les fondements, et notamment la capacité productive de l'environnement; équitable, dans la mesure où l'équité est un gage de stabilité aussi bien politique que sociale, non pas qu'il soit nécessaire de distribuer équitablement, mais qu'il soit admis et garanti l'accès aux moyens de production et que la pauvreté des plus démunis soit soulagée.

Dans un nombre de pays africains l'élévation du niveau de vie des zones rurales est désormais l'une des préoccupations des hommes politiques, des planificateurs et des responsables politiques. C'est donc dans un certain sens quand les activités de subsistance sont remplacées par une production spécialisée et que les commerçants (homme et femmes) apparaissent dans les villages que l'on peut parler de développement réel.

D'une certaine manière, des difficultés conceptuelles ont souvent entouré le débat sur les liens entre population et développement, en terme de:

- causes, comme l'attestent les développements qui précèdent;
- politiques à mettre en oeuvre pour atteindre des objectifs en matière de conditions de vie;
- indicateurs en matière de démographie et de développement (comment mesurer les changements);
- disponibilité ou manque d'information en vue d'assurer la transition entre conceptualisation et planification.

- éléments d'une perspective à l'horizon 2010 : scénarios contrastés.

Les hypothèses retenues pour la présente projection démographique portent sur l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'Espérance de vie à la naissance (EV) et le solde Migratoire International (SMI).

En 1985, année dont les informations ont servi de base à cette simulation, l'ISF était estimé à 6,50 enfants par femme, et l'espérance de vie à la naissance évaluée à 53 ans tandis que le solde migratoire net était évaluée à plus 63,941.

Bien que l'on puisse raisonnablement penser à une amélioration des conditions sanitaires qui réduirait le niveau de la mortalité, on s'accorde sur une constance de l'accroissement naturel sur la période 1980-1990, suivi d'un fléchissement graduel jusqu'à l'an 2010.

Au niveau de la migration, il est difficile actuellement de dire quelle est l'hypothèse la plus probable sur son évolution, compte tenu des très fortes variations conjoncturelles qui caractérisent ce phénomène. On pense cependant que le taux de migration nette, après avoir été supérieur à 1 % par an dans les années 1970 (le taux de migration calculé à l'Enquête à Passages Répétés de 1978 était de 1,3 %), et s'être ensuite rapidement contracté au début des années 1980 à la suite des difficultés conjoncturelles que connaît l'économie, se situe actuellement autour de 0,6 %.

Avec ces hypothèses de croissance, l'est imation de la population ivoirienne donne : 12 000 000 en 1990 et 23 000 000 en 2010 selon l'hypothèse A, contre respectivement 12 000 000 et 19 000 000 dans l'hypothèse B (voir annexe).

(Hypoth basse = 19 Millions en 2010, haut = 23 Millions).

Ces deux évolutions contrastées ne doivent être analysées que par rapport à leur traduction en terme de gain ou de perte de bien-être des individus et de la collectivité.

On peut, à partir de quelques illustrations simples, situer l'impact de chacune d'elles sur la demande des secteurs. Celles-ci confirment que la problématique de la population renvoie plus à l'amélioration des conditions de vie des hommes et des femmes, qu'à l'appréciation du niveau ou du rythme de l'évolution démographique.

1°)- Santé

D'une hypothèse à l'autre, la demande des services de santé diffère : les naissances totales passent de 450 mille à 893 mille (A) ou 550 mille (B); les effectifs des population à risques (femmes et enfants) est évalué à 9 millions (A) ou 7 millions. parallèlement, le rapport d'enfants à charge s'améliore, passant de 0,86-0,90 (A) à 0,86-0,62 (B).

Afin de maintenir la couverture sanitaire de la population au niveau actuel, les efforts supplémentaires à faire à la fin de la période de projection porteront sur :

- l'équivalent du triple (A) ou du double (B) du nombre actuel de centres de santé à construire ;

- la formation et l'engagement effectif de 1300 à 1600 médecins, et de 8 à 9 mille infirmiers ;

- une allocation de ressources financières équivalente à 3 fois (A) ou 2 fois (B) celles que supporte la collectivité actuellement.

A ces efforts, il y a lieu d'ajouter ceux qu'il faudrait déployer si l'on veut améliorer la couverture sanitaire de la population : par exemple la réduction de la population par médecin, par infirmier ou par lit d'hospitalisation.

2°)- Urbanisation

Quelle que soit l'hypothèse retenue, on s'attend à une population urbaine dans 20 ans du même ordre de grandeur que le niveau actuel de la population totale du pays : entre 11,8 (B) et 14 (A) millions. Sur la base d'un maintien de la composition des ménages à 8 personnes et 3,5 par pièce comme c'est le cas actuellement, cela se traduira par un effort de construction de près de 3 millions d'habitations dans le meilleur cas en 20 ans.

En l'absence de ces réalisations, et dans la mesure où aucune action ne peut infléchir le phénomène d'urbanisation, les chances d'une "bidonvillisation" des cités ivoiriennes sont grandes. A ces investissements principaux, il faudrait aussi ajouter ceux, non moins indispensables en voirie.

3°)- Migration Interne

L'inversion du double mouvement identifié plus haut (savane, forêt, et campagne-villes) passe notamment par :

- la mise en oeuvre d'une politique de régionalisation basée sur l'exploitation des potentialités économiques de chaque région y compris la reconversion des "zones sinistrées" ;

- l'utilisation efficiente des outils d'incitation dont disposent les pouvoirs publics comme le code des investissements et les chambres des métiers ;

- la promotion des activités agricoles et agro-industrielles

- l'amélioration du cadre de vie et des conditions d'existence en milieu rural.

MONSIEUR FLINDE ALBERT

114

POPULATION ET DEVELOPPEMENT
CONFERENCIER : MONSIEUR FLINDE ALBERT
2 AVRIL 1991

RAPPORTEUR : - Docteur NIANGUE JOSEPH

L'exposé qui a commencé à 12 h 20 mn a pris fin à 12 h 46 mn pour se poursuivre jusqu'à 13 h 20 mn pour les débats.

Notre conférencier a commencé son exposé par des références à des conférences comme celle tenue à BUCHAREST en 1974 qui a reconnu que "la population et le développement sont étroitement liés puis à celle de MEXICO en 1984 où les principes et objectifs du plan d'action mondiale de 1974 ont été réaffirmés. Enfin 1989 la conférence d'AMSTERDAM et du Niger qui devront servir de véritables déclics.

Ensuite le conférencier a développé quatre points qu'il a estimé primordiaux :

a) Indicateur de développement où 3 moyennes sont traditionnellement utilisées :

- le revenu national réel moyen par tête d'habitant
- la consommation réelle moyenne par tête d'habitant

b)- Indicateur démographiques :

- la taille
- le taux de croissance
- la répartition de la population
- la structure de la population
- la répartition spatiale
- les mouvements de la population

c)- La discussion des indicateurs.

- Les voir par rapports à l'évolution dans le temps

d)- La problématique de la population et du développement.

- Le développement qui est par exemple pour les hommes a une dimension démographique.

- La réflexion doit aboutir à l'ajustement, c'est-à-dire que les ressources puissent permettre de faire face aux dépenses.

Ensuite devait suivre un débat fort enrichissant :

- Le 1er intervenant est le Professeur SAMBA DIARRA qui porte à la connaissance du conférencier que la mortalité d'avant un âge inférieur à 5 ans est appelée mortalité juvénile puis il enchaîne avec un extrait du plan perspective 2 000 du Ministre du Plan DIAWARA d'alors mettant l'accent sur une procréation à outrance pour contre-balancer la forte immigration.

Le conférencier réplique pour dire qu'une réflexion profonde n'avait pas été faite auparavant. Au niveau du "Plan 1985" ce sont des positions qui évoluent dans le temps. Nous serons bientôt 20 millions d'habitants divisés par 322 000 km² ; c'est faible mais par rapport aux besoins de cette population cela pose problème. En Côte d'Ivoire, le taux de scolarité réel est de 55 %, cela pose le problème d'écoles, d'instituteurs. La réflexion perspective 2010 va au delà de 2000.

Pour Monseigneur DACOURY, perspective 2000 était le plan DIAWARA, cela par rapport aux ressources bien garnies de l'époque. Au moment où l'on avait de l'argent, il aurait fallu prévoir ce dont disposer pour nourrir ces gens là. Il y a le problème de répartition des biens. Ceux qui en ont plus doivent en donner à ceux qui en ont moins.

Professeur SAMBA : "J'ai projeté ce transparent seulement pour souligner le manque de réflexion au niveau de cette phase. J'ai eu un papier du Ministre du Plan qui dit qu'il faut 30 Millions de logements d'ici 2015, deux fois plus de médecins et d'Infirmiers pour contenir la situation. Je suis d'avis qu'il faut un ajustement.

Président HOGUIE Camille : Je demande si dans l'élaboration des projets communautaires 90-95, la tranche de la population des jeunes handicapés psychiques et moteurs est prise en compte ? Sont-ils prévus dans les différents projets ?

Madame DALLO : félicite le conférencier pour son exposé. Il souligne le problème du fait que nous ne pouvons nous développer sans tenir compte de la population.

Pour le conférencier : la population croit, la tendance économique baisse, les problèmes macro sont tellement importants que rentrer dans les détails des handicapés posent des problèmes. Il n'y a pas d'école, d'instituteurs. Un instituteur coûte aussi cher qu'un sous-Préfet.

Président HOGUIE : il y a injustice car le handicapé est exclu de notre société.

Le conférencier devait conclure en disant que les problèmes de santé et d'éducation sont énormes. Il y a toujours à prioritiser. nous plaindrons tous mais cela est difficile.

REFLEXION SUR LE PLANNING FAMILIAL

Il y a longtemps que je désirais participer à des réflexions sur le planning familial dans le cadre des activités de l'A.I.B.E.F. Aujourd'hui c'est chose faite. C'est pourquoi, au début de mon intervention, je tiens à remercier tout particulièrement les Responsables de cette Association qui me font l'honneur et l'amitié en m'invitant, non seulement à cette présente rencontre mais aussi à y prendre publiquement la parole.

Je tâcherai de ne pas décevoir la confiance de mes amis en disant sincèrement ce que je pense, motivé par des raisons que je crois objectives. Sincérité et objectivité, telles sont les références dont je voudrais me recommander, étant donné que je ne prétends pas être ici le porte-parole officiel d'un groupement ou d'un mouvement. Je désire seulement observer le fait du planning familial et réfléchir avec mon simple bon sens, en laissant aux spécialistes de la démographie et de la médecine de fonder scientifiquement certaines de mes intuitions d'ordre moral. Car ce sera surtout ce domaine moral qui fera l'objet de nos réflexions. Nous l'exploiterons en répondant tour à tour aux trois questions suivantes :..

- 1/ Pourquoi un regard moral sur le planning familial ?
- 2/ Comment se fait le planning familial ?
- 3/ Peut-il y avoir un planning familial moral ?

I- POURQUOI UN REGARD MORAL SUR LE PLANNING FAMILIAL ?

Dans un document de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale, intitulé : Priorité de l'I.P.P.F en matière de politique et de programme pour la prochaine décennie, il est écrit au chapitre "Les Politiques de l'I.P.P.F." "l'I.P.P.F affirme :

- 1- Le droit fondamental de tout individu et de tout couple à être maître de sa propre fécondité et à disposer des connaissances et des moyens de le faire. Ce droit fondamental est l'aspect humain de son action.
- 2- L'accès à une parenté planifiée et responsable est l'assurance d'une meilleure santé physique et mentale des individus, des couples et des familles, et par extension du bien-être des communautés. C'est l'aspect santé de son action.
- 3- Un juste équilibre entre la population mondiale, les ressources naturelles et la productivité est une condition indispensable au bonheur humain, à la prospérité et à la paix (Acte constitutif de l'I.P.P.F. P 1). C'est l'aspect démographique et écologique de son action." (op cité pp.1 et 2). „

L'I.P.P.F étant la plus grande organisation de planning familiale, on peut dire que ses orientations fondamentales font référence en la matière ; aussi peut-on déjà signaler ici dans ses affirmations de politiques générales, l'absence d'une mention explicite de l'aspect moral de la planification familiale.

Mais nous devons signaler que dans le prospectus de présentation de l'A.I.B.E.F. on dit clairement : "l'A.I.B.E.F. a pour objectifs :

- de créer les conditions nécessaires au développement économique, social et culturel de la population ivoirienne.
- de créer les conditions propres à la sauvegarde de la santé physique, mentale et moral de la famille.
- d'amener les parents, si besoin est ou s'ils le désirent, à planifier la naissance de leurs enfants pour pouvoir assurer à ceux-ci de bonnes conditions d'existence et procurer à tous les membres un bien-être tant physique que moral.

Nous constatons ici que le vide moral, laissé par l'Association-mère, est heureusement comblé par l'Association-fille. Et c'est cet aspect moral introduit par l'A.I.B.E.F. que nous voudrions fonder.

Le fondement du planning familial est assurément l'homme. Quand "L'I.P.P.F. affirme le droit fondamental de tout individu et de tout couple à être maître de sa propre fécondité et à disposer des connaissances et des moyens de le faire", c'est bien de l'homme qu'il s'agit, de l'individu humain, du couple humain. Par ailleurs, c'est encore l'homme qui est appelé à exercer cette activité de planification familiale, une activité hautement humaine. Elle est faite par l'homme, sur l'homme et pour l'homme. C'est là que je situe "l'aspect humain" du planning familial qu'il nous faudra essayer de comprendre un peu plus en profondeur en nous posant la triple question sur l'homme : sa nature, sa finalité, sa conduite.

a)- **Nature** . Quelque chose ne peut être humain que s'il correspond réellement à la nature de l'homme. Quelle est cette nature de l'homme ? Selon la définition courante, "l'homme est un animal raisonnable". Les deux termes d'animal et de raisonnable, sont également important, car ils désignent les éléments constitutifs de l'homme : l'homme n'est pas que "animal", il n'est pas que "raison"; il est les deux à la fois; sans l'un ou l'autre il n'est pas.

De plus, ces deux éléments ne font pas de l'homme un composé disparate, un mélange, une juxtaposition mais une unité indissociable, de première main, une donnée de la nature, caractérisée par sa simplicité. Le fait d'être animal raisonnable est propre à l'homme, et à lui seul dans l'ordre des êtres : il n'est, ni ange ni bête, il est animal raisonnable.

b)- **Sa finalité.** Chaque être ou chaque nature a une orientation qui lui est innée, propre, c'est sa finalité. Puisque l'homme, selon sa nature dépasse les animaux de la hauteur de sa raison ou de son esprit, sa finalité sera spirituelle. Et comme la raison ou l'esprit est indestructible, cela veut dire que l'homme qui en jouit a aussi une orientation, une destinée immortelle. Les signes de cette immortalité, l'homme les manifeste ici et maintenant par sa capacité de jouir des valeurs immortelles que sont la connaissance, l'amour, la justice, etc. Autant de valeurs spirituelles qui confèrent à l'homme cette dignité unique, qui fait qu'il ne sera jamais traité comme un objet, mais un sujet, qui mérite respect, admiration, affection pour lui-même. Car dans l'ordre des êtres créés, la vie humaine est assurément ce qu'il y a de plus précieux et à laquelle doivent être ordonnés tous les autres.

c)- **Sa conduite.** Si l'homme mérite respect à cause de l'esprit qui l'anime, il faudra qu'il commence par se respecter lui-même en agissant concrètement en conformité avec la raison, l'esprit. L'orientation spirituelle de l'homme exige que dans sa vie, comme dans chacune de ses actions, l'animal soit guidé par la raison, que le corps soit soumis à l'esprit. C'est cela en fait la morale. En effet, l'agir humain doit être éclairé par l'intelligence, sous-tendu par la liberté et la volonté, stimulé par une générosité sans cesse inventive à la recherche du vrai bonheur. Ainsi, s'il veut vivre conformément à sa nature et à sa finalité, toutes deux d'ordre spirituel, l'homme ne peut faire l'économie de la morale dans sa conduite personnelle et communautaire.

II- COMMENT SE FAIT LE PLANNING FAMILIAL ?

Le planning familial, comme nous l'avons déjà dit est une activité éminemment humaine, puisque c'est le cadre que l'homme se donne pour rationaliser sa progéniture, sa population en fonction des capacités dont il dispose pour garantir et promouvoir le bonheur de tous. A cause de l'intelligence de l'homme, le principe même du planning familial me semble évident, car en une matière aussi importante l'homme est obligé d'agir avec le maximum de réflexion. Mais l'ambiguïté ici, se situerait plutôt au niveau des modalités, de la réalisation effective de cette planification, autrement dit il y a, par exemple, le planning familial n'hésitant pas à violer la nature et la morale humaine et le planning familial respectant la nature ou la morale humaine.

a)- **N'hésitant pas à violer la nature et la morale**

La simple observation montre que, pour limiter la progéniture d'une famille, ou la population d'une nation, à travers le temps et l'espace, on n'a pas hésité à recourir aux méthodes comme l'infanticide, l'avortement, la contraception. Dans ces trois cas on viole effectivement la nature et donc la

morale humaine. On n'a pas besoin de démontrer qu'il y a destruction d'une vie humaine dans l'infanticide comme dans l'avortement. La contraception, où la chose semble plus subtile, retiendra donc davantage notre attention. Ici, il suffit d'ailleurs d'un peu d'attention pour comprendre que déjà l'étymologie même du terme "contraception" donne le ton de la violence que suppose le "non contre-accueil" des méthodes précisément "anticonceptionnelles". En effet, la contraception ressemble beaucoup à un dispositif que l'on met en place pour empêcher que n'entre ou ne s'installe dans notre maison l'étranger que nous avons invité. Ainsi, dans la contraception on pose physiquement les actes qu'il faut pour faire venir l'enfant et on le refuse tout aussi physiquement, avec violence.

Cette intervention physique ou chimique, anticonceptionnelle est contre la nature, c'est pourquoi elle est aussi contre la morale ; c'est-à-dire contre l'orientation normale de la conduite humaine. La contraception, comme méthode anticonceptionnelle va à contre-courant du mouvement de la vie humaine ; elle est un mal come le vol, le mensonge. D'ailleurs à la regarder de près la contraception ne contient que mensonge et frustration, tant pour les personnes que pour la société humaine tout entière. C'est pourquoi, si "la contraception est le premier moyen de prévention des grossesses non désirables" cela n'est pas reluisant pour l'humanité, car si cette contraception est scientifiquement plus raffinée que l'avortement, elle reste du même ordre physique, or l'homme n'est pas que physique, animal, il est aussi spirituel, moral.

b)- Respectant la nature et la morale.

Nous avons déjà reconnu comme normal le principe du planning familial. C'est pourquoi si la planification familiale en elle-même est bonne parce qu'elle correspond à une nécessité de la nature intelligente de l'homme, il doit bien y avoir une façon de la réaliser qui respecte la nature et la morale de l'homme.

La planification familiale que nous avons qualifiée d'activité éminemment humaine ne peut être réalisée sans référence aux valeurs spirituelles et morales à travers lesquelles, dans l'homme, l'esprit ou la raison exerce la maîtrise sur l'animal. Ces valeurs : ce sont l'intelligence, la liberté, la maîtrise de soi, la responsabilité, la générosité. par son intelligence, l'homme ira au-delà des apparences pour savoir distinguer plaisir et joie, en dépassant librement celui-là, pour rechercher avec responsabilité celle-ci. Ainsi, dans le domaine de la planification familiale, la première étape résiderait d'abord et avant tout dans la plénitude de la personne humaine, qui se manifeste dans la maîtrise de soi, dans le contrôle de son esprit sur les poussées instructives de l'animal qu'il est aussi. A partir du moment où, grâce à ses potentialités spirituelles et

morales, l'homme est maître de lui-même, il comprend que le sexe est fait pour lui et non lui pour le sexe ; et alors au lieu de mettre le tout au service de la partie, il devient possible d'agencer la partie en fonction du tout. Concrètement, avec une telle conception de l'homme, on essaiera de voir et de chercher comment exercer l'activité sexuelle sans nuire à la vie humaine.

On trouvera. A part l'effort de maîtrise personnelle, qui relève de l'incontournable morale, on a même déjà trouvé certaines méthodes concrètes qui respectent et la nature et la morale. Ce sont ces méthodes d'auto-observation, dite MAO dont d'autres vous parleront avec plus de compétence. Ces méthodes respectent la vie et partant la morale, c'est pourquoi nous les citons, même si, pour l'heure le consensus n'est pas encore acquis sur leur efficacité. Mais on pourrait aussi dire qu'elles sont évidentes et nombreuses les nuisances dangereuses des contraceptifs mécaniques et chimiques. Par ailleurs s'agissant des méthodes qui respectent et la nature et la morale, ajoutons que l'intelligence ou la science n'a pas encore dit son dernier mot. Toutefois, quel que soit le degré atteint par la recherche scientifique dans le domaine des MAO, il va sans dire qu'elles seront toujours ancrées dans la morale, la maîtrise de soi ; et c'est là leur difficulté majeure.

III- PEUT-IL Y AVOIR UN PLANNING FAMILIAL MORAL ?

En réfléchissant sur ces deux voies de planification familiale, on éprouve de réelles difficultés, des craintes mais aussi de l'espoir.

a)- Difficultés

Si l'on se place du point de vue humain; la planification familiale qui veut respecter la nature et la morale de l'homme présente d'énormes difficultés que certains jugeraient même insurmontables, tant au niveau individuel, qu'au niveau social.

Au niveau individuel c'est par la maîtrise personnelle que l'on peut arriver à discipliner les forces vitales instinctives. Mais une telle maîtrise ne s'obtient qu'au prix de durs et patients sacrifices, fruits d'une éducation dont le progrès se mesure à la prééminence de fait des valeurs morales dans la vie de l'homme ou de la femme. Or il y a chez les humains cette tendance naturelle à la loi du moindre effort, cette recherche spontanée du plaisir immédiat et superficiel au détriment du bien et de la joie que l'on peut atteindre si on a le goût du large et des profondeurs. Ainsi, par exemple, le jeune homme ou la jeune fille qui aura appris à maîtriser son corps, connaîtra plus sûrement le bonheur et la joie de la fidélité conjugale, avec toutes les conséquences heureuses qui s'y rattachent.

Mais les difficultés du planning familial selon la nature et la moralité sont encore plus grandes lorsqu'on s'élève au plan social ou mondial. En effet, à ce niveau une vraie organisation de la planification familiale ne peut pas ne pas tenir compte de

la justice sociale. le problème de la population mondiale doit s'étudier en relation avec celui de la production et de la distribution équitable des biens de la terre. Dans la distribution équitable il faut entendre aussi et surtout la rétribution juste de cette production, d'où qu'elle vienne. C'est dans le cadre de ce nouvel ordre économique, politique, social, plus juste qu'on peut poser et résoudre le problème du planning familial selon la nature et la morale. Alors on comprend pourquoi, c'est dur, même très dur.

b)- Craintes

Cette orientation est si difficile que la tendance habituelle du moindre effort nous tourne vers les solutions de facilités que sont les contraceptifs et l'homosexualité dans l'organisation du planning familial. En effet, une fois la liberté sexuelle déclanchée dans certains pays du globe, les moyens les plus efficaces pour éviter ou faire baisser la natalité étaient à coup sûr les contraceptifs et l'homosexualité.

les conséquences de la vulgarisation de tels moyens sont évidemment très négatifs, moralement et physiquement. La libération sexuelle débridée vire à la dépravation sexuelle favorisée par l'élimination systématique de tout risque de conception. on sombre de plus en plus dans la dégradation morale, qui se manifeste aussi dans la dégradation de la santé physique, dont le signe le plus dramatique et le plus horrible est le SIDA, expression même de l'extinction des forces vives de l'individu, livré sans défense aux puissances d'anéantissement, de la mort.

Ainsi, devant la diffusion à haute échelle des contraceptifs et de l'homosexualité, on a des raisons de craindre. Ces craintes de déchéances morale et physique de l'humanité ne sont pas vaines, l'existence angoissante du SIDA est là pour nous le confirmer. par ailleurs, il est aussi à craindre que la population humaine, que l'on s'efforce de contrôler par le moyen des contraceptifs et de l'homosexualité, soit si diminuée et affaiblie dans sa vitalité, qu'elle ne puisse même plus se renouveler. Ceci n'est pas une vue de l'esprit, car des individus, des couples, même des pays en font l'amère expérience.

Ces perspectives sombres de déchéance morale, physique, démographique vers lesquelles s'oriente un planning familial en dehors de toute considération morale, montrent que la qualité et le bien-être de la population humaine peut se penser et s'organiser autrement.

c)- Espoir

L'alternative que nous envisageons est bien sûr de penser et d'organiser le planning familial dans le respect de la vie humaine et de la morale. C'est une voix difficile certes, mais pas impossible. Il y a beaucoup de raison d'espérer.

Le fait d'évoquer un nouvel ordre économique, qui suppose un nouvel ordre social est assez encourageant au niveau des relations internationales, même si le discours est encore bien loin de la réalisation. De plus, l'insistance sur la nécessité et la promotion des Droits de l'Homme, de la démocratie, est assurément un pas décisif, dans la moralisation des rapports internationaux.

Ainsi, dans le domaine du planning familial nous osons espérer que ceux qui accordent leur aide à tel ou tel pays en fonction de l'utilisation des contraceptifs, réviseront leur position lorsqu'ils se rendront compte que ces moyens contribuent plutôt à l'abaissement moral et à la déchéance physique des populations. On peut également espérer que ces mêmes pays épris des idéaux des Droits de l'Homme et de la démocratie, prennent davantage conscience que la vraie dignité de l'homme vient de ce qu'il est une personne morale, qu'il est une fin en soi, un sujet qui ne doit jamais être traité comme un objet. Si les Droits de l'Homme font l'objet de tant d'attention et de tant de discours on peut aussi espérer que la vie humaine, dans ses origines, jouisse du même respect et de la même attention financière. Alors, les perspectives auront changé : au lieu de financer tout ce qui va à l'encontre de la vie, comme les contraceptifs, on cherchera plutôt à promouvoir cette vie en améliorant la qualité morale et physique, pour un meilleur épanouissement de la dignité humaine.

Ce changement de perspective en faveur de la promotion de la dignité humaine, ne peut s'opérer sans conversion des mentalités individuelles et collectives. Elle est en cours ; elle germe sous une épaisse carapace de contraintes idéologiques, socio-économiques. Mais malgré le poids de ces contraintes, les individus qui vivent et pensent la société doivent savoir que les premiers mouvements de la réaction salutaire ne peut venir que d'eux. Ils ont assez de ressources en eux-mêmes pour commencer à naviguer à contre-courant pour la recherche de leur vrai bien-être. Ils se donneront ensuite la main pour imprimer une dimension sociale à leurs comportements individuels, dimension sans laquelle ils n'auront aucun impact collectif. Ce sont les individus transformés dans leur conception de la dignité humaine qui transformeront aussi les mentalités collectives et les institutions pour réorienter leurs actions dans le sens de la promotion et de la protection de la qualité de la vie humaine depuis sa conception jusqu'à son extinction.

En terminant, c'est à cette conversion des mentalités que j'inviterais les Organisations existantes du Planning Familial, surtout celles qui opèrent en Afrique. Elles sont puissantes sur le plan institutionnel et financier. Elles sont animées de bonne volonté. Nous souhaitons simplement qu'elles mettent tout cela au service de la vie, de la personne et des populations. Elles peuvent penser des programmes d'éducation où les individus apprennent à être maître d'eux-mêmes en se soumettant le sexe, où les couples redécouvrent et honorent la fidélité. leurs

contacts avec les autres organisations internationales peuvent aussi leur permettre de les influencer dans l'instauration de ce nouvel ordre économique où le travail de chaque pays remuneré aux prix qu'il faut, lui permettrait de veiller à la qualité de la population de ses habitants. Enfin, qu'est ce qui empêcherait que ces mêmes organisations mobilisent des ressources en faveur de tel ou de tel pays pour l'aider à produire plus et mieux afin de mieux faire face à ses obligations vis-a-vis de sa population. Autrement dit, au lieu de supprimer des bouches à nourrir, l'ensemble des hommes ne pourraient-ils pas se préparer concrètement à accueillir d'autres hommes ? Ce serait l'autre façon de pratiquer le planning familial.

GRAND-BASSAM 2 avril 1991

PAUL DACOURY-TABLEY
Evêque Auxiliaire d'Abidjan

PRESENTATION DE LA DELEGATION MUSULMANE PLANING FAMILIAL ET LA MORALE RELIGIEUSE

Dans les sociétés occidentales dites avancées, le planning familiale s'est si fermement implanté que le problème du renouvellement des générations y cause des inquiétudes aux dirigeants. Depuis quelques décennies, pour des raisons essentiellement économiques, les autorités administratives des pays sous-développés tentent de faire accepter à leurs concitoyens une régulation des naissances conduisant (au moins à court terme) à une baisse du taux de natalité.

Devant un tel phénomène, le musulman, soucieux de vivre suivant une certaine éthique, se pose la question suivante : la volonté de réguler les naissances, les méthodes utilisées pour y parvenir sont-elles compatibles avec les principes de l'Islam?

I- A PROPOS DE METHODE

Rappelons que le Saint Coran ordonne : "faites en sorte de constituer une communauté (dont les membres) appellent ou bien, ordonnent le convenable et interdisent le blâmable ! Ceux-là sont ceux qui auront le succès".

CHAPITRE III VERSET 104

3dIS : "Venez que je vous récite ce que votre Seigneur vous a déclaré illicite ! (c'est ainsi qu'il vous dit :)

- Ne lui associez rien !
- A l'égard des parents agissez parfaitement !
- Ne tuez pas vos enfants par crainte de la misère ! Nous les pourvoyons ainsi que vous-mêmes.
- Ne vous approchez pas des turpitudes, de ce qui en apparaît en public comme de ce qui en est caché !
- Ne tuez pas un être qu'Allah a interdit de tuer sauf avec droit !

Voilà ce qu'il vous recommande afin que vous usiez de votre intelligence".

CHAPITRE VI VERSET 151

Ces versets coraniques indiquent qu'aucun souci de bien-être ne peut amener le musulman à commettre ou à tolérer dans la communauté où il vit ni un infanticide, ni une interruption de grossesse. Il n'est permis d'interrompre une grossesse que dans le cas où, sur l'avis d'un médecin qualifié, elle menace la vie de la femme qui la porte.

Par ailleurs le Saint Quran dit :

- "Ils n'invoquent en dehors de Lui (Dieu) que des êtres féminins et en fait ils n'invoquent qu'un démon rebelle

- qu'Allâh a exécré et s'écria alors sur un ton péremptoir

- * "Je prendrai de Tes serviteurs une partie déterminée!
- * Je les égarerai !
- * Je leur inspirerai de vains espoirs !
- * Je leur donnerai des ordres de sorte qu'ils couperont les oreilles des bestiaux et je leur donnerai (encore) des ordres de sorte qu'ils modifieront la création d'Allâh !"

Or quiconque prend pour patron le démon à la place d'Allâh a vraiment sombré dans une faillite évidente".

CHAPITRE IV VERSETS 117 - 118 - 119

"Lève la tête, en monothéiste sincère, pour (professer) la religion selon la nature que Dieu a originellement donné aux hommes - pas de modification dans la création de Dieu, voilà la religion dans la rectitude, mais la plupart des hommes ne savent pas - "

CHAPITRE XXX VERSET 30

Ces versets coraniques énoncent, entre autres choses, l'interdiction, en principe, de procéder à toutes opération portant atteinte à l'intégrité physique de l'homme (et de tout être vivant)" ou apportant une déviation dans la fonction naturelle d'un organe donné du corps. En particulier la stérilisation d'un être humain dans un but autre que la préservation de sa vie est inadmissible. De même qu'aucune autorité humaine ne peut s'arroger le droit de créer une situation où, pour tout un groupe social l'acte sexuel sera utilisé de façon essentiel pour autre chose que sa fonction naturelle de procréation

II- CONCERNANT LE PRINCIPE DE LA REGULATION DES NAISSANCES

Après avoir porté des précisions concernant les méthodes de régulation des naissances, voyons si le principe du planing familial lui-même est admissible.

Le Saint Coran énonce :

"Or si vous craignez de ne pas être équitable envers les orphelins (craignez de même l'injustice envers les femmes) et, par conséquent, épouser suivant ce qui vous convient comme (mariage avec) deux, trois ou quatre femmes.

Et si vous craignez (encore) de ne pas être juste alors (n'épousez-en qu') une seule ou (finalement, tournez-vous vers) ce que vous possédez comme esclave ; cela sera plus à même de vous éviter d'avoir à subvenir à des charges trop lourdes".

CHAPITRE IV VERSET 3

Ainsi donc le dimensionnement de la taille de la famille en fonction des capacités économiques est permis, conseillé même.

Se basant sur ce verset coranique et sur les dires du Prophète (B.S.D.S.L) l'Imam AL GHAZALI (mort en 1111) se prononce sur la licéité de la limitation des naissances dans les cas ou une naissance pourrait :

a)- porter préjudice à la santé de la mère

b)- briser le tonus économique familial et créer une gêne familial pour les époux et les enfants déjà nés.

Notons cependant à ce propos les faits suivants :

1- la décision de ne pas concevoir sera prise conjointement par les deux époux. En plus la méthode contraceptive choisie ne devra pas porter préjudice à l'un d'eux.

2- Ceux qui préconisent la régulation des naissances invoquent presque toujours des raisons de santé. Pour que les buts déclarés soient atteints, la limitation des naissances devra s'inscrire dans un ensemble cohérent de mesures concourant à l'amélioration de l'état sanitaire de la femme et de l'enfant sans oublier le contrôle de la permissivité sur le plan des moeurs qui risquent de s'intaller.

ASPECT MORAL ET ETHIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

CONFERENCIER : Monseigneur PAUL DACOURY-TABLEY
EL HADJ TIDIANE BAH, représenté
par Monsieur CISSE DJIGUIBA

PRESIDENT : Président HOGUIE CAMILLE

RAPPORTEURS : Mme WELFFENS-EKRA CHRISTINE

Il s'agit de la perception de la PF par la religion catholique d'une part et l'Islam d'autre part.

Monseigneur DACOURY observe le fait du planning familiale et laisse parler son bon sens autour de trois questions qui font l'objet de ses réflexions :

1ère question: Pourquoi un regard moral sur le planing familial?

2ème question: Comment se fait le planing familial ?

3ème question: Peut-il y avoir un planing familial moral ?

Du développement de la communication on peut retenir les points suivants :

- Le fondement de la planification familiale est l'homme
- La planification familiale est une activité éminemment humaine
- Les méthodes utilisées en matière de planification familiale violent la Nature et la Morale. Seule les méthodes d'auto-observation respectent la religion donc la morale.
- Il faut promouvoir la vie en améliorant la qualité de la Nature et de la Morale.

Monseigneur DACOURY conclut en invitant à une conversion des mentalités pour tout, mettre au service de la vie, de la personne humaine.

Monsieur CISSE DJIGUIBA représentant l'Imam EL ADJ TIDIANE BAH a, à son tour, posé la question suivante :

"La volonté de réguler les naissances, les méthodes utilisées sont-elles compatibles avec le coran ?"

Il souligne l'inscription de la planification familiale dans un cadre social et économique.

Des débats enrichissants ont suivi les exposés des personnalités religieuses. Que retenir ?

Professeur DIARRA se réjouit du fait que l'Eglise catholique n'est pas contre la planification familiale et souligne que le principe est acquis. S'agissant de la question de l'avortement posé par Monsieur DAHILY, Monseigneur DACOURY avance ceci :

" Le vrai travail est la Maîtrise personnelle de l'Homme et non le travail de pompier".

Docteur KONE IBRAHIM souligne à son tour l'importance des deux communications et demande de faire ressortir l'aspect de la moralité dans les recommandations du séminaire.

Docteur HALIMA MAIDOUKA fait remarquer qu'il ne faut pas imposer la planification familiale ; le problème se situe au niveau des cultures et de l'éducation.

Enfin deux questions ont été posées à la fois aux religieux et au représentant de la loi par le Professeur SAMBA DIARRA :

Quelle est la position de la religion face à l'avortement thérapeutique et à la stérilisation ?

Réponse :

L'Imam ne rejette pas l'avortement thérapeutique et interdit la stérilisation volontaire.

Pour Monseigneur DACOURY l'avortement thérapeutique : laisser chacun avec sa conscience ; la stérilisation est inacceptable, mais encore une fois, à laisser à la conscience de l'individu.

Pour le président Camille HOGUIE, l'élément moral est à prendre en compte dans tout programme de planification familiale et d'éducation.

Concernant la loi, il dit :

Pour faire l'homme, il faut refaire sa morale donc l'Ethique. Il faut "éduquer à la morale", ainsi l'homme aura atteint la finalité de son existence. Cette réflexion finale sera la note de conclusion du rapport du 3ème thème du séminaire national sur la planification familiale.

PROFESSEUR WELFFENS-EKRA

SEMINAIRE NATIONAL SUR LE PLANING FAMILIAL
2 AVRIL 1991

INTERVENTION DU PRESIDENT CAMILLE HOGUIE

- Ancien Président de la Cour d'Appel d'Abidjan,
- Conseiller du Ministre de la Justice et Garde des Sceaux
- Conseiller Juridique de l'Ordre des Médecins de Côte d'Ivoire depuis 1960,

RAPPORTEURS: Docteur KOUAME AKISSI et Docteur TOURE AMARA

Je me trouve en famille donc c'est un reconfort . J'aborde ici l'aspect juridique de la planification familiale. Quand un homme et une femme forme un couple, leur but normal sans être exclusif est de perpétuer cette union en donnant naissance à un ou des enfants. Comme le disait Spinoza: il faut préserver dans l'ETRE.

Un couple normal désire des enfants et une famille. Est-ce légitime au couple de procréer à volonté ou bien est-ce judicieux de veiller à la santé de la mère et de l'enfant (entretien, instruction, éducation) Art. 4 du Code de la Minorité.

Art 11 des Déclarations des Droits de l'homme.

Il faut instituer ouvertement le contrôle des naissances, la régulation des naissances, le planing familial.

Aux dires des spécialistes, une femme seule, logée dans de bonnes conditions, sans aucune maladie, peut avoir avec un homme sain 10 à 15 enfants. Le sort réservé à une telle femme n'est autre que la fatigue maternelle et le vieillissement précoce.

Le choix du thème de ce jour est venu à propos : donc il faut parler de l'éthique social sans insister ici sur les moyens du planing familial.

I- QUEL ETHIQUE POUR NOTRE SOCIETE ?

Il faut à ce propos interroger les lois pénales qui représentent la défense de l'éthique d'une société.

En matière de justice, il y a deux sortes de moyens.

A)- LES MOYENS PROHIBES qui sont punis par la loi pénale

- 1°)- la castration : amputation d'un organe mâle ou femelle
- 2°)- la stérilisation : priver l'homme ou la femme de procréer

sont punissables par les art 342 et 343 du CP par une peine de mort.

3°)- l'avortement : l'expulsion du produit de conception de façon volontaire

Loi applicable art. 366

4°)- sont punissables d'une prison allant de 5 à 10 ans et d'une amende allant d'1 Million à 10 Millions, le médecin qui pratique une intervention thérapeutique d'une grossesse sans être dans les conditions de le réaliser c'est-à-dire avoir l'avis favorable de deux autres collègues sauf s'il se trouve dans une localité où il n'existe que deux médecins (où il prend son seul avis plus le sien) ou alors, lorsqu'il est seul dans cette ville et ne pouvant contacter un collègue dans les meilleurs délais, alors, il peut prendre lui seul la décision de l'interruption médicale de la grossesse.

Il remet alors et toujours un modèle du certificat médical l'autorisant à pratiquer l'intervention et l'accord de la femme en grossesse et de son mari et il garde un exemplaire pour lui.

Si les conditions ne sont pas réunies, le médecin est punissable d'une prison de 5 à 10 ans et d'une amende de 1 à 10 Millions. Art 367 du CP et Art 37 du Code de déontologie médical.

Par exemple, une amniocentèse qui détecte une T21, il n'est pas permis de procéder à une ITG.

LES MOYENS NON PROHIBES Art 647-648-649

La loi punit de 1 à 6 mois et une amende de 24 000 à 1 Million de francs CFA.

Les mêmes peines pour la propagation anticonceptionnel art.23 de la loi du 24 Juillet 1881.

Les mêmes peines pour les art 517-518 respectivement l'exercice illégal de la médecine et la publicité des médicaments.

Le juge a besoin d'être convaincu de cette intention de l'auteur et non de l'utilisateur comme l'Ethiopie = art 802 du Code Penal entraîne un mois de peine :

1°)- Quiconque annonce en publique ou à domicile des reclames de produits anticonceptionnels.

2°)- Met en vente des produits d'avortement.

En conclusion : il n'y a pas de société viable sans éthique.

Si les hommes jugent indispensable de changer d'éthique, il leur est permis de l'envisager si c'est pour une amélioration de leur cadre de vie et mieux être en vue d'une grande dignité et sauvegarder l'ordre publique.

DEBAT.

1°)- Madame KOUE : Art 11 Code Pénal abroge cette loi sur la propagande anticonceptionnelle (à vérifier par le Président HOGUIE et Docteur BOHOUSSOU)

2°)- Docteur AKISSI : Question sur la loi n'autorisant pas l'avortement thérapeutique. Pourquoi ?

Si c'est pour sauvegarder la vie de la mère, répond le Président HOGUIE, oui ; sinon c'est regrettable mais la loi (Art 342).

3°)- Monseigneur DACOURY : La qualité de l'être.

La mère et l'enfant sont égaux.

La qualité d'une société, c'est la qualité qu'elle prête aux faible

En 1970, l'Angleterre devait voter la loi sur l'euthanasie et l'avortement. "Ils" ont dit oui à l'avortement et non à l'euthanasie parce que ceux qui l'ont voté (les lois) étaient âges.

4°)- Professeur DIARRA : Il faut faire la différence entre une gestante et une parturiente (femme enceinte en travail).

le problème, c'est que la société africaine faisait la régulation sociale. Si l'enfant qui naît n'est pas utile à la société, on l'éliminait. Il n'y a pas de fous au village, il n'y a pas de malformé dans les villages.

Et on applique à une société nouvelle, une loi ancienne. Il faut que cette loi change.

Le gouvernement laisse la PF à des ONG. Mais si l'enfant qui doit naître porte une malformation cardiaque grave, est ce qu'il faut laisser la grossesse évoluer ? Voilà la question.

Conclusion, Président HOGUIE. La loi Veil en 1975 en France. Il faut que le souverain fasse le constat des déphasages entre les textes et les besoins des membres de notre société. Mais avec le multipartisme des années à venir, il y aura une révision sur l'élaboration des lois régissant nos vies.

En France : les lois émanent de l'Assemblée.

Ici : les lois émanent du gouvernement.

Objet de recommandation au Ministre de la Santé "qui le transmettra au Ministre de la Justice."

SEMINAIRE SUR LA
PLANIFICATION FAMILIALE
DU 2 AU 6 AVRIL 1991
GRAND-BASSAM -CFTP

SOUS-THEME :
Les aspects juridiques de la
planification familiale
Par Président CAMILLE HOGUIE
MAGISTRAT.

INTRODUCTION

Quand l'homme et la femme s'unissent pour former un couple, leur but normal, sans être exclusif, est de se continuer, de se perpétuer eux-mêmes en la personne de leurs enfants.

"Persévérez dans l'être" a dit justement SPINOZA"

Autrement dit, un couple normal désire des enfants et la famille n'est vraiment constituée qu'au moment où un ou plusieurs enfants sont nés.

Mais on peut se demander s'il est légitime de laisser à chaque couple le soin de donner libre cours à ce désir et de procréer à volonté ou si, en considération de la nécessité de promouvoir efficacement la santé de l'enfant et de sa mère, d'assurer effectivement l'entretien, l'instruction, l'éducation (article 4, du code de la minorité), la culture et la formation professionnelle (article 1 de la Déclaration des Droits de l'Homme de 1789) de cet enfant, le besoin ne commande pas d'instituer ouvertement aujourd'hui pour notre communauté ce que d'aucuns appellent le contrôle des naissances ou la régulation des naissances ou encore la parenté dirigée et que pour leur part les promoteurs de ce séminaire momment la planification familiale.

En effet, aux dires des spécialistes, une femme saine, bien logée, bien nourrie, bien aidée et indemne de maladie pendant sa période de fécondité, couplée à un homme sain, arrive à mettre au monde et à élever correctement 10 à 15 enfants.

On devine dès lors aisément le sort d'une femme, possédant cette aptitude à mettre au monde 10 à 15 enfants, mais chichement pourvue pour le reste. Pour elle, ce sera non l'épanouissement, mais l'épuisement après seulement deux à trois maternités.

Malheureusement notre communauté tend de plus en plus à receler des femmes ayant le second profil que le premier.

C'est pourquoi le choix, du thème de ce séminaire paraît être d'à-propos. Seulement, il serait, semble-t-il, simpliste, de le voir sous l'angle de moyens matériels exclusivement. Il y a intérêt à l'aborder aussi sous l'angle d'une éthique. c'est ce que nous allons faire en nous posant la question de savoir qu'elle éthique notre société a pu se forger en la matière pour

120

ses membres. Pour le savoir, il importe d'interroger nos lois pénales. Pourquoi nos lois pénales ? Parce que ce sont elles qui représentent la défense de l'éthique d'une société, pour emprunter la pensée d'un éminent juriste français.

On peut trouver au plan philosophique pur, justifiable le désir d'un couple de n'avoir que des enfants voulus. Est-ce pour cela suffisant qu'il puisse recouvrir à tous les moyens pour atteindre son objectif ou que la société ou certains de ses membres s'autorisent à les lui imposer, sous prétexte de faire son bonheur malgré lui. La réponse est non. Car, le recours à certains moyens est prohibé, tandis que le recours à d'autres ne l'est pas.

1°)- Les moyens prohibés

a)- La castration ou la stérilisation

Le but de l'union de l'homme et de la femme étant de procréer, toute entreprise destinée à rendre impossible cette procréation tombe sous le coup de la loi pénale.

Aussi, la castration, qui est l'amputation ou la mutilation, volontaire d'un organe masculin ou féminin nécessaire à la génération, tout comme la stérilisation, qu'elle est le fait matériel de priver l'homme ou la femme de procréer par un moyen autre que l'amputation d'un organe nécessaire à la génération, sont prévues par l'article 342 du code pénal et punies par l'article 343 du même code de la peine de mort.

b)- L'avortement

L'avortement, expulsion prématurée, volontairement pratiquée, du produit de la conception est aussi un moyen prohibé par l'article 366 du code pénal et auquel on ne peut recourir comme procédé de planification familiale. car, il est attentatoire au droit à la vie qui est garanti pour tout être dès sa conception.

Il y a toutefois une exception. En effet, demeure à l'abri de toutes poursuites pénales et est épargnée d'une peine et emprisonnement allant de 5 à 10 ans et d'amende d'1 Million à 10 Millions de francs, le medecin traitant, qui face à la nécessité d'assurer la sauvegardée de la vie de la gestante gravement menacée, a recours à l'interruption de la grossesse de celle-ci, après avoir préalablement pris l'avis de deux confrères consultants, qui attesteront, après examen et discussion, que la vie de cette parturiente ne peut être sauvegarder qu'au moyen d'une telle intervention thérapeutique. Mieux, il peut se contenter de la vie d'un seul, voire d'en dispenser totalement, si au lieu de l'intervention ne se trouvent en résidence que soit deux medecins y compris lui-même, soit lui seul. Dans ce dernier cas, un des exemplaires de la consultation doit être remis à la gestante et le second, conservé par lui, en qualité de medecin traitant.

C'est ce qu'on appelle l'avortement thérapeutique, prévu par les articles 367 du Code Pénal et 37 du Code de Déontologie des médecins.

C'est dire qu'une femme enceinte au jour d'aujourd'hui, qui désirerait une interruption de sa grossesse parce que son état la placerait dans une situation simplement de détresse, ne pourra demander et obtenir d'un médecin cette interruption, en supposant même que cette grossesse n'ait pas atteint la dixième semaine ou qu'ait été diagnostiqué que l'enfant à naître fut atteinte d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable.

2°) Les moyens non prohibés

Il existe, on le sait, des femmes que deux ou trois grossesses épuisent, tandis que plusieurs (5 à 10) maternités épanouissent d'autres, pour peu que les ressources financières du couple le permettent. Les unes et les autres peuvent-elles recouvrir librement à des techniques offrant plus ou moins de sécurité, d'efficacité tels que le retrait prématuré du partenaire avant éjaculation, le calendrier conceptionnel, les contraceptifs aux gammes variées dont l'objet sera en particulier d'empêcher le sperme de pénétrer dans le col utérin et qui servent les uns aux hommes et les autres aux femmes ?

Il est possible en vertu du principe général du Droit, selon lequel ce qui n'est pas interdit est permis, de répondre par l'affirmative à cette interrogation.

Bien sûr, il y a les articles 648 et 649, surtout l'article 648 du Code de la santé publique qui sont ainsi conçus :

Article 648

"Sera puni d'un mois à 6 mois de prison et d'une amende de 24 000 à 1 200 000 francs, quiconque, dans un but de propagande anticonceptionnelle, aura par l'un des moyens précisés à l'article 647, décrit ou divulgué ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse, ou encore faciliter l'usage de ces procédés".

"Les mêmes peines seront applicables à quiconque, par l'un des moyens énoncés à l'article 23 de la loi du 29 juillet 1881, se sera livré à une propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité"

Article 649

"seront punies des mêmes peines les infractions visées par les articles 517, 518 et 556, lorsque les remèdes secrets sont désignés par les étiquettes, les annonces et tout autre moyen comme, jouissant de vertus spécifiques préventives de la grossesse, alors même que l'indication de ces vertus ne serait que mensongère."

A noter que les moyens visés l'article 647 du Code de la santé publique (rendu application en Côte d'Ivoire par la loi n° 54-418 du 15 avril 1954 en sa disposition, objets des articles 511 à 655 inclusivement à l'exclusion des articles 520 à 548 inclusivement concernant l'ordre national des pharmaciens) sont constitués soit par des discours proférés dans les lieux ou réunions publiques, soit par la vente, la mise en vente ou l'offre même non publique, ou par l'exposition, l'affichage ou la distribution sur la voie publique ou dans les lieux publics, ou par la distribution à domicile, la remise sous bande ou sous enveloppe fermée ou non fermée, à la poste ou à tout agent de distribution ou de transport de livres d'écrits, d'imprimés, d'annonces ou d'affiches, dessins images et emblèmes, soit par la publicité de cabinets médicaux ou soit disant médicaux.

A noter aussi que les moyens tout s'agit dont l'article 23 de l'année 1881 sont :

- les discours, cris, menaces proférés dans des lieux ou réunions publiques ;
- les écrits, imprimés vendus ou distribués, mis en vente ou exposés dans des lieux ou réunions publiques ;
- les placards ou affiches exposés au regard du public.

Toutefois, il importe de ne pas se méprendre sur la portée de ces textes, comme certains le font.

En effet, la loi, c'est-à-dire l'article 648 laisse hors de ses prévisions, l'emploi des procédés anticonceptionnels pour son propre usage. Elle n'atteint pas non plus les faits isolés.

Cela observé, l'infraction de l'article 648, qui est intentionnelle, exige, pour être constituée et réprimée, que son auteur ait agi dans un but de propagande, de vulgarisation.

Sans doute, le juge peut trouver, dans les faits qui lui sont déférés, la preuve de l'intention de l'auteur de vulgariser des procédés anticonceptionnels. De même, il peut déduire cette intention de la mise en vente par exemple d'instruments ou de médicaments, propres à empêcher la grossesse, cette mise en vente ayant pour effet de propager la restriction de la natalité. De même encore, il a été jugé qu'une conférencière, qui même agissant dans un but de propagande pacifiste, a conseillé ouvertement aux femmes de se livrer à des pratiques anticonceptionnelles, est tombée sous le coup de l'article 648.

Dans tous les cas, le juge a besoin d'être convaincu de cette intention de propagande, pour assurer la répression de son auteur et jamais de l'utilisateur de procédés anticonceptionnels.

Il convient en la matière de noter que notre législation se rapproche suffisamment de la législation éthiopienne, puisque l'article 802 du code pénal éthiopien dispose :

"Est passible d'amende ou d'arrêts pouvant aller jusqu'à un mois, quiconque :

a)- annonce ou expose en public, ou encore à domicile à des personnes ne l'ayant pas demandé ou n'y ayant pas un intérêt professionnel, des réclames, moyens, objets ou produits anticonceptionnel ;

b) annonce ou met en vente pour le public des moyens ou produits destinés à procurer l'avortement, ou offre publiquement ses services à cette intention".

La seule différence est que chez nous, l'infraction constitue un délit et en Ethiopie, une contravention. Il est par ailleurs symptomatique de relever que le titre de la section II du chapitre I du livre IV du code pénal contenant cet article 802 est intitulé " infraction contre la vie en germe, avortement", mettant ainsi en évidence l'éthique, qui sert de support à cette législation.

CONCLUSION.

Il n'y a pas de société viable sans éthique. La nôtre, de la colonisation à ce jour, s'en est forgée une, dans le domaine, de la protection des mœurs et du droit à la vie de chaque être, y compris celui qui est seulement conçu. Ce qui vient d'être ci-dessus exposé en constitue, à nos yeux, le support, qui en assure la permanence.

Si aujourd'hui, les hommes et les femmes de, notre communauté jugent indispensable de changer d'éthique, en considération de nouvelles contraintes sociales intervenues, il leur est permis de l'envisager, si l'objet est en définitive d'améliorer leur cadre de vie et de promouvoir leur mieux-être, en vue d'une plus grande dignité et de la sauvegarde de l'ordre public.

Code Penal

ARTICLE 11

Son abrogées toutes les dispositions contraires à la présente loi et notamment :

- Le décret du 26 Juillet 1971 (force publique)
- Le code pénal dit "code pénal de 1810", tel que rendu applicable en Côte d'Ivoire par décret du 15 Avril 1902.
- L'ordonnance du 14 Février 1838 (Code d'instruction criminelle).
- La loi du 8 Juin 1850 (déportation dans une enceinte fortifiée).
- Les articles 31 à 52 du décret organique du 2 Février 1852 (élection des députés au corps législatif).
- La loi du 30 Mai 1854 et le décret du 10 Mars 1855 (travaux forcés)
- Les articles 2, 3 et 4 de la loi du 31 Mai 1854 (interdisant de donner et de recevoir à titre gratuit).
- Les lois des 19 Juillet 1857, 4 Juin 1858, 9 Mars 1928 et 13 Janvier 1938 portant code de justice militaire pour les armées de Terre et de Mer.
- La loi du 20 Mai 1863 (flagrants délits)
- Les articles 24, 26 et 32 (2°) de la loi du 29 Juillet 1881 (Presse)
- La loi du 27 Mai 1895 (relégation et interdiction de séjour)
- La loi du 23 Décembre 1901 (fraude dans les examens).
- Le décret du 3 Janvier 1914, article 12. (secret du vote)
- Les articles 1 et 2 de la loi du 31 Mars 1914 (corruption électorale).
- L'article 2 de la loi du 18 Mars 1918 (Sceaux, timbres et cachets officiels).
- La loi du 31 Juillet 1920 (provocation à l'avortement et propagande anti-conceptionnelle).
- La loi du 7 Février 1924 (abandon de famille)
- La loi du 31 Mars 1926 (refus de payer le prix de location d'une voiture de place).
- Le décret du 30 Novembre 1928 (enfance délinquante).
- Le décret du 23 Octobre 1935 (réunions ordre public)
- L'article 66 du décret du 30 Octobre 1935 (chèques)

SECTION III - AVORTEMENT

ARTICLE 366

Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manoeuvres, violences ou par tout autre moyen procure ou tente de procurer l'avortement d'une femme enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, est puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 150.000 à 1.500.000 francs.

- L'emprisonnement est de cinq à dix ans et l'amende de 1.000.000 à 10.000.000 de francs s'il est établi que le coupable se livre habituellement aux actes visés au paragraphe précédent.

- Est puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 30.000 à 300.000 francs, la femme qui se procure l'avortement à elle-même ou tente de se le procurer, ou qui consent à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet.

Les personnes appartenant au corps médical ou à une profession touchant à la santé publique qui indiquent, favorisent ou mettent eux-mêmes en oeuvre les moyens de provoquer l'avortement sont condamnés aux peines prévues au présent article selon les distinctions portées aux alinéas 1 et 2.

- Toute condamnation prononcée par application du présent article comporte de plein droit, l'interdiction d'exercer toute fonction et de remplir tout emploi, à quelque titre que ce soit, dans les cliniques d'accouchement, maisons d'accouchement et tous établissements privés recevant habituellement à titre onéreux ou gratuit, et en nombre quelconque, des femmes en état réel, apparent ou présumé de grossesse.

En cas de condamnation prononcée par une juridiction étrangère et passée en force de chose jugée pour une infraction constituant d'après la loi ivoirienne un des délits spécifiés au présent article, le tribunal correctionnel du domicile du condamné déclare, à la requête du ministère public, l'intéressé dûment appelé en la chambre du conseil, qu'il y a lieu à l'application de l'interdiction visée à l'alinéa précédent.

ARTICLE 367

Il n'y a pas d'infraction lorsque l'interruption de la grossesse est nécessitée par la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée. Dans ce cas, le médecin traitant ou le chirurgien doit obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants, qui, après examen et discussion, attesteront que la vie de la mère ne peut être sauvegardée qu'au moyen d'une telle intervention chirurgicale ou thérapeutique.

- Si le nombre de médecin résidant au lieu de l'intervention est de deux, le médecin traitant n'est tenu de prendre que l'avis de son confrère.

- Si le médecin traitant est seul résidant au lieu de l'intervention il atteste sur son honneur que la vie de la mère ne pouvait être sauvegardée que par l'intervention chirurgicale ou thérapeutique utilisée.

- Dans tous les cas, un des exemplaires de la consultation est remis à la mère, l'autre est conservé par le ou les médecins traitants.

ARTICLE 368

Est puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 100.000 à 1.000.000 de francs, quiconque provoque au délit d'avortement, alors que cette provocation ne serait pas suivie d'effet.

1°- soit par des discours proférés dans les lieux ou réunions publics.

2°- soit par la vente, la mise en vente ou l'offre ; même non publique ou par l'exposition, l'affichage ou la distribution sur la voie publique ou dans les lieux publics, ou par la distribution à domicile, la remise sous bande ou sous enveloppe fermée, de livres, écrits, imprimés, annonces, affiches, dessins, images, emblèmes ;

3°- soit par la publicité de cabinets médicaux ou soit-disant médicaux.

ARTICLE 369

Est puni des peines prévues à l'article précédent, quiconque vend, met en vente, fait vendre, distribue ou fait distribuer de quelque manière que ce soit, des remèdes, substances, instruments ou objets quelconques, sachant qu'ils étaient destinés à commettre le délit d'avortement, lors même que cet avortement ne serait ni consommé, ni tenté ou que lesdits objets seraient en réalité inaptes à le provoquer.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA PROTECTION SOCIALE

DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT
SOCIAL

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail

L. A. T. 1991



SEMINAIRE

INTERNATIONAL

SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

PLACE DE L'INFORMATION - EDUCATION - COMMUNICATION
DANS LA PLANIFICATION FAMILIALE
EN CÔTE D'IVOIRE

SEKI SIRA TRAORE

MARS 1991

142

Mesdames. Messieurs.

Il m'a été demandé de parler de la place de l'I. E. C. dans la planification familiale en COTE D'IVOIRE.

En matière de planification, chaque pays choisit l'aspect qui correspond à la solution de ses préoccupations :

- Espacement des naissances
- Limitation des naissances
- Traitement de la stérilité
- Ou même pronatalisme pourquoi pas.

Pour que la population maîtrise tous les aspects de l'option choisie parmi toutes celles énumérées ci-dessus, il est indispensable qu'elle ait accès à l'information, qu'elle soit éduquée si besoin est. qu'elle puisse communiquer. Cela m'amène à définir très brièvement les termes information - éducation et communication.

L'INFORMATION est la somme des connaissances que l'on transmet

L'EDUCATION c'est l'action organisée pour transmettre les connaissances, les pratiques et les attitudes. C'est une action visant à renforcer, améliorer ou changer les comportements.

Quant à la COMMUNICATION, c'est un processus pour transmettre un message à partir d'une source bien connue vers un recepneur identifié duquel la source attend un Feed Back.

Selon la dimension du public cible et la forme de l'information - éducation - communication on peut la classer selon trois dénominations.

.../...

- L'information - éducation - communication de masse qui est faite par les différents média ou par des agents en contact avec les populations tels que les Travailleurs Sociaux ou les agents du Ministère de la Promotion de la Femme etc...

- La communication interpersonnelle : elle se fait avec des groupes très réduits afin de permettre à chacun de réagir, de donner son avis etc...

- Le Counselling (Conseil ou encore Consultation,) Il s'agit d'un agent face à un "client" pour traiter un problème précis de cette personne.

L'I. E. C. en matière de planification familiale sous ses différentes formes est pratiquée en COTE D'IVOIRE de façon formelle ou non depuis plusieurs années déjà par différentes Organisations ou Ministères.

La présente intervention va s'articuler autour de deux points :

I - CE QUI EST FAIT EN MATIERE D'I. E. C. / P. F. jusqu'ici en COTE D'IVOIRE.

II - LES PERSPECTIVES D'AVENIR

.../...

1964

I L'INFORMATION - EDUCATION - COMMUNICATION EN COTE D'IVOIRE
JUSQU'A CE JOUR :

Il n'y a pas eu d'action nationale concertée en matière d'I. E. C./P. F. jusqu'ici en COTE D'IVOIRE entre différents intervenants.

Les actions ont été menées de façon sectorielle par quelques Ministères intéressés par le sujet, ainsi que l'Association Ivoirienne Pour le Bien Etre Familial (A. I. B. E. F.). Chaque structure a élaboré des programmes de sensibilisation en planning familial / espacement des naissances. Ces programmes ont été soutenus financièrement et techniquement par des Organismes Internationaux.

En plus de l'Association Ivoirienne Pour le Bien Etre Familial, trois Ministères qui travaillent avec la population se sont intéressés à l'information - éducation - communication relative à la planification familiale. Ce sont :

- L'Ex Ministère des Affaires Sociales
- Le Ministère de la Promotion de la Femme
- Le Ministère de l'Education Nationale par le biais de l'Education Civique et Morale

A - LES ACTIVITES DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE
ET DU MINISTERE DE LA PROMOTION DE LA FEMME :

L'action de ces Ministères dans la planification familiale concerne essentiellement la sensibilisation de la population et l'orientation des accepteurs éventuels vers les services de Santé et les cliniques de l'Association Ivoirienne Pour le Bien Etre Familial (A. I. B. E. F.).

.../...

145

- 4 -

A ce titre depuis 1986 un projet d'I. F. C. a été initié par chaque Ministère et soumis au financement d'INTRAH et du PATHFINDER-FUND (deux Organismes Américains).

L'intégration des activités d'I. F. C./Bien Etre Familial Espacement des Naissances dans le programme de ces Ministères par le biais de ces projets constitue un moyen pour lutter contre les grossesses rapprochées chez de nombreuses femmes, cause des sevrages brusques qui entraînent la morbidité et même la mortalité chez le nourrisson affaibli par le changement brutal de régime.

Cette I. F. C. a pour Objectifs :

- Améliorer les connaissances des populations en matière d'espacement des naissances
- Amener la population en âge de procréer à adopter l'idée d'espacement des naissances
- Amener la population en âge de procréer à utiliser les méthodes d'espacement des naissances.

Ces Projets Comportent deux(2) Volets :

- Un volet de formation en cascade pour donner les compétences nécessaires aux Travailleurs Sociaux et aux agents du Ministère de la Promotion de la Femme qui doivent sensibiliser la population
- Un volet de sensibilisation proprement dite de la population.

.../...

Avant 1986 les activités de sensibilisation relatives à la planification familiale étaient menées de façon ponctuelle par tout le personnel du Ministère des Affaires Sociales à la demande des usagers. Ce Ministère compte environ six cents (600) Assistants Sociaux et Adjointes.

Un nouveau corps de formateurs a été constitué au niveau de chaque Ministère :

- dix (10) au Ministère des Affaires Sociales et
- cinq (5) au Ministère de la Promotion de la Femme.

Ces personnes ont formé à leur tour quatre vingt et un (81) Travailleurs Sociaux et trente et neuf (39) agents du Ministère de la Promotion de la Femme qui font la sensibilisation de la population.

Le Ministère de la Promotion de la Femme a initié un projet avec le FNUAP intitulé "Femme, Population et Développement" qui a une composante I. E. C./P. F.

Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale est partie prenante dans l'exécution de ce projet.

A ce titre des agents des deux Ministères ont bénéficié d'une formation en information - éducation - communication / espacement des naissances et en gestion de projet.

LE MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE :

Ce Ministère a un programme d'éducation en matière de planification familiale et d'éducation sexuelle en milieu scolaire initié avec la collaboration du FNUAP. Ce programme n'a pas encore démarré.

Concernant les activités d'éducation à la vie familiale, l'Éducation Civique et Morale prépare les élèves aux comportements à adopter lors de la puberté :

- En classe de 6ème l'accent est mis sur l'évolution physique du corps.

.../...

- En 5ème les grossesses précoces et leurs conséquences
- En 4ème et 3ème : les contraceptifs, l'accouchement.
- Au second cycle : l'excision, le mariage, les grossesses rapprochées, les consultations pré et post natales.

L'ASSOCIATION IVOIRIENNE POUR LE BIEN ETRE FAMILIAL(A. I. B. E. F.)

Cette Organisation non gouvernementale nationale dispose d'un vaste programme d'information, éducation, et communication dans certaines régions du pays :

- ABIDJAN
- BOUAKÉ
- DALOA
- KORHOGO
- BOUNDIALI

L'Association travaille sur des programmes financés par divers Organismes Internationaux comme la Fédération Internationale pour la planification familiale (I. P. P. F.), le PATHFINDER FUND, SEATS etc...

L'Association Ivoirienne Pour le Bien Etre Familial dispose de cinq(5) agents d'information -éducation - communication dont deux(2) au siège et trois(3) dans les cliniques d'ABIDJAN.

Par ailleurs, en vue d'introduire la planification familiale dans quinze(15) entreprises privées et para publiques d'ABIDJAN, vingt six(26) Assistants Sociaux et Délégués du personnel de ces entreprises ont été formés en information - éducation - communication /planification familiale par les formateurs du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale dans le cadre d'un projet créé par l'A. I. B. E. F. et financé par le PATHFINDER FUND.

.../...

148

En appui aux activités des différents Organismes et Ministères qui mènent l'information - éducation - communication organisée en COTE D'IVOIRE, plusieurs agents ont été formés tant en COTE D'IVOIRE qu'à l'extérieur du pays. Ces formations qui ont été financées diversement par l'USAID - INTRAH - PATHFINDER FUND - le FNUAP portent sur la gestion de programmes, l'information - éducation - communication proprement dite, la supervision et l'évaluation. Les agents ont participé à plusieurs voyages d'études. Du matériel audio-visuel a été fourni notamment à l'ex Ministère des Affaires Sociales et au Ministère de la Promotion de la Femme.

Par ailleurs des affiches de sensibilisation à la planification familiale confectionnées par le Centre d'Enseignement et de Recherche en Communication (CERCOM) ont été financées par population Communication Service (P. C. S.) de l'Université JOHNS HOPKINS de BALTIMORE.

Comme Organismes d'appui à l'Association Ivoirienne Pour le Bien Etre Familial il faut noter en dehors des précédents, la Fédération Internationale Pour la Planification Familiale (I.P.P. la Family Planning International Assistance (F. P. I. A.) le Future Group, Seats qui apportent leur aide financière, technique et législative.

II PERSPECTIVES

Comme nous venons de le voir dans la première partie, les programmes ont été confectionnés isolément au niveau de chaque Ministère ou Organisme. Bien que le but soit le même pour tous ces intervenants (c'est-à-dire l'espacement des naissances, pour la santé de la mère et de l'enfant, leurs méthodes d'approches ont été différentes compte tenu de la spécificité des groupes cibles et du cadre d'intervention. En plus, chacun a travaillé de son côté et les actions n'étaient pas coordonnées.

.../...

119

A l'avenir, il serait souhaitable que toutes les actions menées dans ce domaine soient coordonnées et que des objectifs soient déterminés ensemble, que les besoins de la population-cible soient identifiés après une étude du niveau de connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception.

Cela permettra alors de voir quelles stratégies d'information - éducation - communication adopter pour toucher le maximum de personnes et quels messages élaborer pour parler le même langage.

Ce sont ces souhaits qui vont faire l'objet de cette deuxième partie intitulée Perspectives.

1 - LES OBJECTIFS :

1. 1. Les Objectifs Globaux :

Afin d'améliorer le bien-être général de la population ivoirienne par l'intermédiaire de l'information et l'éducation en matière de planification familiale, Les objectifs à atteindre par l'ensemble des Ministères ou Organismes menant l'information, l'éducation, communication, devront être élaborés selon les axes suivants :

- Développement des actions de formation en information - éducation - communication par la création d'une équipe nationale de formateurs

- Promotion d'études sur la population pour connaître son niveau de connaissances, attitudes, pratiques et en suivre l'évolution.

- Mise de l'information à la portée d'un grand nombre de personnes sur l'existence des méthodes contraceptives et leur utilisation.

- Introduction de la distribution à base communautaire de contraceptifs non cliniques dans les programmes d'information - éducation - communication.

.../...

- Coordination des activités des entités oeuvrant pour l'information, éducation, communication/planification familiale en COTE D'IVOIRE.

- Amélioration du système de référence et de collecte des données.

- Promotion de la conception et de la production du matériel de support (audio-visuel).

- Amélioration du système de gestion de l'information.

- Concertation entre différents acteurs de la planification familiale : information - éducation - communication - prestations de services cliniques.

Chaque institution en fonction de sa population-cible et de son domaine d'intervention définira et élaborera des objectifs spécifiques à partir des objectifs généraux retenus au niveau national.

2 - LA POPULATION ET LE NIVEAU C. A. P.

En matière d'information - éducation - communication/P. F il est important de connaître les besoins de la population à qui on s'adresse.

Pour connaître le niveau de la population en matière de connaissances, attitudes et pratiques des méthodes contraceptive des études sectorielles ont été menées tant par des nationaux que par des Organisations Internationales.

Ces enquêtes sur de petits échantillons doivent être complétées par une enquête nationale de connaissances, attitudes, pratiques en vue de mener une action d'I. E. C. d'envergure - Car c'est à partir de ce que les gens savent et de la manière dont ils se comportent vis à vis du concept de la planification familial que l'on peut envisager de concevoir les messages à leur transmettre Ceci nous amène alors à aborder le chapitre des messages.

.../...

3) LES MESSAGES D'I. E. C. POUR LES DIFFERENTS GROUPES CIBLES :

Si nous voulons atteindre l'objectif principal qui est de porter l'information à un grand nombre de population sur l'existence des méthodes contraceptives et leur utilisation, il est important de mettre l'accent sur l'élaboration des messages adaptés aux différents groupes cibles.

Compte tenu de la diversité des groupes cibles, les messages doivent être spécifiques, adaptés afin d'éviter l'uniformité. Le message doit être adapté selon qu'il s'adresse :

- aux futures mères
- aux maris
- aux élèves
- aux leaders d'opinion etc...

C'est pour cela qu'il faudra envisager la confection de petits memos ou guides renfermant des messages spécifiques qui pourraient être utilisés facilement par les animateurs d'I. E. C.

Des stratégies d'I. E. C. doivent être choisies soigneusement en fonction de chaque groupe-cible pour pouvoir atteindre les objectifs d'information.

Il peut s'agir d'I. E. C. de masse, de communication interpersonnelle ou de conseils.

4 - QUELS SONT LES MOYENS NECESSAIRES POUR MENER L'I. E. C. EN COTE D'IVOIRE :

* Sur le plan humain le pays dispose :

- des Travailleurs Sociaux
- des Maîtresses d'Education Permanente et les Animatrices Rurales
- des Sages Femmes et Infirmiers
- des agents d'I. E. C. de l'A. I. B. E. F.

.../...

15/4

- des Délégués du personnel des entreprises privées et para publiques qui ont un programme de planification familiale.
- les Enseignants
- les agents du Ministère de la Communication etc ...

Tout ce personnel qui est en contact permanent avec la population dans leurs activités quotidiennes doit pouvoir s'atteler à réaliser la stratégie d'information - éducation - communication qui sera arrêtée sur le plan national en matière de planification familiale. La création d'une équipe nationale de formateurs permettra d'améliorer les compétences des agents.

A cela il faut ajouter l'action du mouvement PROVIFA qui s'intéresse uniquement à la sensibilisation relative aux méthodes naturelles de planification familiale.

Les formateurs nationaux en I. E. C./P. F. déjà disponibles devront poursuivre leurs activités de formation dans les régions qui n'en ont pas bénéficié.

* Au point de vue des moyens matériels les agents utiliseront leurs structures habituelles de travail pour mener les activités d'I. E. C. /Planification. On pourra solliciter auprès des bailleurs de fonds l'équipement en matériel audio-visuel des structures.

Le Centre d'Enseignement et de Recherche en Communication (CERCOM) devra poursuivre la production des affiches de sensibilisation et des brochures sur les contraceptifs si les moyens lui sont donnés.

* Pour ce qui concerne les moyens financiers, il faudrait que chaque Ministère intéressé par ce sujet puisse envisager la budgétisation de ses activités à son niveau même si nous bénéficions de l'apport extérieur des bailleurs de fonds. Ceci faciliterait la tâche pour la relève.

13

LIAISON ENTRE INFORMATION - EDUCATION - COMMUNICATION
ET PRESTATION DE SERVICES

Si jusque là les quelques agents qui s'intéressent à la planification familiale ont travaillé de façon disparate sans aucune coordination, il faudrait désormais instaurer un système de concertation :

- entre les différents agents d'I. E. C.
- mais surtout entre les agents d'I. E. C. et ceux qui font les prestations cliniques. Car il faut reconnaître qu'on ne peut pas informer les populations sur le concept d'espacement des naissances sans faire la prestation de services cliniques et vice versa.

Par exemple dans une zone où les prestataires de services ne posent pas de D. I. U. (dispositifs intra-utérins) les agents d'I. E. C. ne parleront pas du D. I. U. dans l'inventaire des méthodes pendant la sensibilisation.

La concertation doit être envisagée au niveau central dans l'élaboration des programmes. et ensuite dans l'exécution entre les deux groupes d'agents sur le terrain.

.../...

154

CONCLUSION

En matière d'I. E. C./P. F., on constate que :

- les ressources humaines existent et ne nécessitent qu'une petite formation pour être performante
- la population est motivée et est disposée à écouter les messages de planification familiale
- apparemment les bailleurs de fonds sont prêts à soutenir les programmes de planification familiale qui leur seront soumis sur le plan financier et logistique.

Toutes ces ressources potentielles disponibles doivent être organisées afin de donner une orientation claire et précise à l'I. E. C. d'envergure qui doit être menée dans les années à venir dans le pays si une politique nationale est adoptée.

Je vous remercie

15

RESUME DE LA CONFERENCE PRONONCEE LE 03.04.91 (17H10)

Thème: "Place de l'IEC dans la Planification Familiale en Côte d'Ivoire"

Conférencier : Mme Seki Sira Traoré
 Président : M Kalé Sopoudé
 Rapporteurs : Mme Koué Lou Yvette
 Dr Yao Kouandou Félicien

L'intervention de Mme Seki Sira Traoré portant sur la place de l'information, l'éducation et la communication dans la planification familiale, se situe dans le cadre du séminaire national sur la planification familiale en Côte d'Ivoire.

Cette intervention très appréciée par l'ensemble des participants au dit séminaire s'est articulée principalement autour des points suivants:

- I. Introduction
- II. Activités faites en matière d'IEC/PF en Côte d'Ivoire
- III. Perspectives d'avenir
- IV. Recommandations

I. Au plan de l'introduction, il a été défini certains termes, pour la bonne compréhension de l'exposé. Ainsi:

L'INFORMATION = La somme des connaissances que l'on transmet

L'EDUCATION = L'action organisée pour transmettre les connaissances, les pratiques et les attitudes. C'est une action visant à renforcer, améliorer ou changer les comportements.

LA COMMUNICATION = Un processus pour transmettre un message à partir d'une source bien connue vers un récepteur identifié, duquel la source attend un feed-back.

Selon l'importance (en nombre et en qualité) du public cible et la forme de l'IEC, celle-ci est classée sous trois dénominations:

- a) IEC de masse, assurée par les média et certains agents sociaux
 - b) Communication interpersonnelle
 - c) Le counselling (conseil ou consultation)
- II. Au plan des activités menées en CI en matière de PF/IEC, le conférencier a précisé que tout ce qui a été fait jusque là est le fruit de la collaboration de trois ministères et de l'AIBEF:

- L'ex-Ministère des Affaires Sociales
- Le Ministère de la Promotion de la Femme

154

- Le Ministère de l'Education Nationale

Les activités entreprises visent essentiellement la formation, la sensibilisation et la prescription des contraceptifs surtout non-cliniques.

Il est à noter, l'appui non négligeable de certains organismes tels que INTRAH et PATHFINDER.

III. S'agissant des perspectives d'avenir, un certain nombre de points ont été soulevés notamment:

- * de coordonner à l'avenir les différentes actions et déterminer par la même occasion les objectifs qui pourraient être:
 - développer des actions de formation en IEC par la création d'une équipe nationale.
 - promouvoir des études sur la population pour connaître son niveau de connaissances, attitudes, pratiques et en suivre l'évolution.
 - susciter une participation effective et efficiente des communautés
 - identifier les vrais besoins en matière de PF/IEC
 - adapter les méthodes contraceptives aux réalités des populations.

- * d'élaborer des messages accessibles et adaptables aux différents groupes cibles :
 - . mères
 - . époux
 - . élèves
 - . leaders d'opinion

- * d'identifier les personnes ressources
 - . travailleurs sociaux
 - . paramédicaux
 - . agents d'IEC de l'AIBEF
 - . enseignements

- * de mieux structurer les services existants (AIBEF) afin de les équiper

- * de produire et de mettre à la disposition du personnel du matériel nécessaire pour les activités IEC.

* de prévoir un autofinancement par une budgétisation des activités au niveau de chaque ministère intéressé.

IV. A ce niveau, le conférencier a fait savoir qu'il existe déjà des atouts en faveur d'IEC qu'il faudra utiliser en les organisant et en leur donnant une orientation claire et précise :

- existence de ressources humaines
- population motivée et disponible
- bailleurs de fonds prêts à soutenir les programmes.

Suite à l'intervention, des souhaits ont été émis afin d'atteindre au mieux les objectifs d'IEC.

- faire intervenir comme personnes ressources :
 - . les médecins
 - . les agents du Ministère de la communication

O B S T A C L E S A L A
P L A N I F I C A T I O N F A M I L I A L E

PROFESSEUR : DIARRA SAMBA

I INTRODUCTION

Le continent Africain demeure très en retard sur le reste du monde en matière de Planification familiale. En 1983, les proportions de femmes fécondes utilisant des contraceptifs en Afrique se situaient à 14% contre 34% en Asie du Sud, 56% en Amérique Latine et 74% en Asie de l'Est. Les projections pour 2000 établissent les proportions de 27% pour l'Afrique, 52% pour l'Asie du Sud, 67% pour l'Amérique Latine, et 78% pour l'Asie de l'Est. (Fig. N° 1).

En 1985, seulement 9% de la population africaine avaient accès à au moins une méthode contraceptive moderne, alors que les pourcentages pour les autres régions sont les suivants : 54% en Asie du Sud, 57% en Asie du Sud-Est, et 95% en Asie de l'Est.

La faible prévalence de la Planification Familiale en Afrique Sub-Saharienne tient à plusieurs facteurs.

II FACTEUR SOCIO-CULTUREL

Le premier facteur est d'ordre socio-culturel, et historique. Le continent africain a été vidé de millions de ses fils et filles par la traite des esclaves. Cette fracture a compromis l'évolution du continent, et a été aggravée par la forte mortalité, les calamités naturelles, et les guerres ; le tout réalisant un dépeuplement important. Or une règle biologique de préservation de l'espèce veut que les sociétés humaines mobilisent au maximum leurs capacités de reproduction, chaque fois que le niveau de mortalité générale et infantile s'accroît considérablement. C'est ce qui se produit au lendemain de guerres particulièrement meurtrières. La philosophie pronataliste relevée en Afrique s'inscrit dans ce contexte.

Ce besoin de reproduction maximale répondait par ailleurs aux exigences de production de l'économie agricole. L'on sait

toute l'importance accordée à l'enfant, mais surtout au nombre élevé d'enfants en Afrique (Fig. N° 2).

Les changements qu'impose le passage d'une économie de subsistance à une économie moderne, l'institution de nouvelles règles de vie, de nouvelles valeurs, ne sont guère clairement perçus par l'immense majorité des africains. Aussi ceux-ci se résolvent-ils difficilement à limiter les naissances, à accepter la Planification familiale. Il y a confrontation de deux conceptions de la vie. L'une intuitive où le hasard et la fatalité se conjuguent pour déterminer les axes de l'existence. L'autre discursive basée sur la maîtrise de la nature par des conquêtes rationnelles successives. "L'idée de faire reculer la mort par des méthodes naturelles n'a pas toujours existé dans la conscience des hommes. Pour qu'elle parvint à s'imposer, il a fallu que le corps humain soit considéré comme un outil réparable. Les forces de la mort, comme celles de la vie, deviennent alors dociles à la volonté et à la prévision de l'homme." dit P. ARIES. La Planification Familiale procède de cette vision discursive, rationnelle du monde. Elle est une entreprise d'anticipation des exigences requises pour assurer le bien-être d'une famille à créer, le devenir des enfants. Elle est semblable à la prophylaxie anti-palustre, anti-tétanique, anti-tuberculeuse ou rougeoleuse.

Cette opposition de 2 visions constitue un obstacle, qui ne peut être levé que par une information et une Sensibilisation cohérentes et pertinentes. Celles-ci viseront d'abord à montrer, l'obsolescence des valeurs ancestrales relatives au bien-être familial, ou en tout cas l'inadéquation de ces valeurs avec le type nouveau de société qui s'élabore et le nouveau mode de production. Dans le même temps, il importe d'indiquer clairement les références nouvelles qui s'instituent. Quand on sait où l'on va et pourquoi on y va, le parcours à effectuer n'en est que plus aisé à accomplir. Ainsi faut-il insister sur les contraintes d'une économie monétaire, les impératifs de formation et de qualification d'une civilisation technique et technologique, l'atomisation de la famille, l'obligation d'assumer les charges d'éducation, de santé, ... pour les enfants. Enfin montrer que la fécondité a cessé d'être une fatalité, et qu'elle est parfaitement maîtrisable; que cette maîtrise de la fécondité conditionne

en grande partie la santé de la mère et de l'enfant.

III- FACTEUR INSTITUTIONNEL

Le deuxième obstacle à la Planification Familiale en Afrique sub-saharienne tient au mutisme des Gouvernements, des Responsables Politiques sur le bien-fondé de la nécessité d'instaurer une régulation des naissances, si ce n'est à leur opposition implicite. Il s'agit d'un obstacle non négligeable également, car en Afrique tout ce qui n'a pas le soutien explicite des Gouvernants est considéré comme accessoire ou peu important par les populations. Or les problèmes de démographies sont aussi importants que ceux relatifs à l'éducation, la santé, l'agriculture, etc, puisqu'ils interfèrent avec ceux-ci.

Le facteur institutionnel revêt une valeur particulière en COTE D'IVOIRE. Car le Gouvernement Ivoirien, a jusqu'à l'année dernière, -implicite-ment tout au moins- donné sa faveur à une politique pronataliste. on peut en effet lire dans le rapport final de la Conférence Nationale "Perspectives COTE D'IVOIRE 2000" réunie sous l'égide du Ministère du Plan en 1974.

"La COTE D'IVOIRE est un pays sous-peuplé. La proportion des étrangers est élevée et croît trop rapidement. Une natalité forte et une croissance forte de la population paraissent donc souhaitables. Certes cette croissance forte de la population impliquera des charges importantes...; mais il faut considérer, qu'elle peut simultanément procurer des économies d'échelle. Une population suffisamment nombreuse constitue une des conditions au développement économique. La pression démographique peut par ailleurs avoir pour effet d'accroître les motivations à travailler et à créer. Au demeurant la naissance d'un enfant a toujours été considérée en COTE D'IVOIRE comme une chose positive. Il serait à la fois vain et erroné de vouloir combattre cette attitude.

Cette option pronataliste recoupe étrangement la thèse formulée en 1965 par BOSERUP qui dit que "l'expansion démographique facilite la réalisation d'économie d'échelle et l'intensification de l'effort productif par la mobilisation de la capacité de travail et des ressources sous-utilisées et par la transformation des méthodes culturelles (régression des jachères, utilisation des engrais, irrigation, mécanisation, pratique de récoltes multiples)".

A rapprocher de cette opinion, celle de CHESNAIS qui affirme à propos de l'Urbanisation que "le gonflement de la population non agricole peut entraîner une hausse de prix des denrées alimentaires susceptibles de réduire la rigidité de l'offre agricole et, pesant sur les coûts salariaux, faciliter l'adoption d'une stratégie de production industrielle de biens manufacturés à forte intensité de travail."

L'impact de l'apport des travailleurs étrangers, surtout originaires du BURKINA - 420 000 entre 1933 et 1946 - sur l'extension des cultures d'exportation réalisées grâce à ces émigrés, a accrédité l'idée de la nécessité d'une main d'oeuvre abondante pour la réussite du développement économique. Nécessité

soulignée par les potentialités agricoles. Dès lors, la dimension de la population du pays, comparée à celles de pays industrialisés de même superficie, a pu paraître insuffisante tant au niveau global qu'à celui de la répartition spatiale. Ainsi a-t-on souvent entendu souligner qu'il "il y a place pour 50 millions d'habitants en COTE D'IVOIRE". (Tableau n° 1). Une façon d'indiquer le "sous-peuplement" du pays. Et les performances économiques réalisées entre 1960 et 1977 - taux de croissance économique de 6 à 8 % -, confortant cette façon de voir, ont laissé croire que la rapidité de l'expansion de la population ne constituait en rien un frein à la satisfaction des besoins de cette population.

La réussite apparente d'un décollage économique grâce à une politique démographique d'expansion par compensation interne ou externe du déficit de main d'oeuvre, constituait pour le reste du continent, un démenti à la nécessité d'une contention de la population pour réussir le développement économique. Démenti biaisé en réalité, puisque la problématique de population était occultée par un rythme de croissance économique pratiquement double du taux d'accroissement démographique. Une récession suffisait à révéler cette problématique. Aussi celle-ci fut-elle restituée dans ses termes réels dès 1980. A savoir que ce qui est en jeu est moins la dimension en tant que telle de la population, que la satisfaction continue et accrue des besoins en éducation, en santé, en habitat, en emploi de cette population, qui reste l'objectif essentiel du développement.

LA COTE D'IVOIRE, comme la plupart des pays sub-sahariens, a, pendant près de deux décennies, considéré que ses problèmes de population se limitaient à une question de dimension et de répartition. Cette façon de voir a conduit à rejeter les recommandations de la Conférence Internationale sur la population tenue à BUCHAREST en 1974. Ces propositions a-t-on pensé ne pouvaient qu'aggraver le "sous-peuplement" du continent, et par voie de conséquence handicaper le processus de développement économique de celui-ci. L'idée a prévalu que la motivation réelle, mais non déclarée des propositions de contention démographique, était plutôt le blocage du développement économique du continent africain afin de le ré-asservir. dans le même ordre d'idées, la question a été posée de savoir si ces propositions ne représentaient pas une stratégie des pays développés pour se dérober à leurs obligations d'aide au développement du continent africain. Les tableaux ci-après fournissent des informations sur les politiques démographiques des différents pays sub-sahariens (Tableau n°2, 3, 4 et 5).

En estimant qu'il n'y avait point de problématique de population, même à long terme, au niveau du continent, les représentants africains à la conférence de BUCHAREST, ont commis une double erreur d'appréciation. D'abord sur l'incidence de la médicalisation se traduisant par une conjugaison des effets de la baisse de la mortalité générale, la chute de la mortalité infantile, et du recul de l'infécondité. Trois facteurs déterminant une forte croissance démographique.

La deuxième erreur concerne l'appréhension des données imposés par le passage d'une économie coloniale, économie de

subsistance, à une économie moderne, c'est-à-dire de type industriel. En effet la problématique de population dans une économie de subsistance est totalement différente de celle d'une économie industrielle. Dans la première l'équation à résoudre est essentiellement d'accroître la dimension de la main d'œuvre, donc de la population, en faisant fi au besoin des conditions d'existence de cette population. Le second type d'économie a quand à lui, pour objet précisément l'amélioration des conditions de vie de la population. Il requiert alors la recherche d'une relation entre les besoins à satisfaire, à court, moyen, long terme, et les ressources mobilisables à cet effet. En d'autres termes entre taux de croissance économique et taux d'expansion démographique.

La conjugaison de ces erreurs a conduit l'Afrique subsaharienne dans son ensemble à récuser la nécessité de la définition d'une politique de population, pendant presque 20 ans. Il faut attendre la Conférence Africaine sur la population à ARUSHA en 1984, pour voir s'esquisser une prise de conscience de la problématique démographique sur le continent.

Mais le plan d'Action pour la population adopté à ARUSHA PLAN DE KILIMANDJARO - est resté pratiquement lettre morte jusqu'à maintenant. En effet à la session extraordinaire des Nations Unies consacrée à la situation critique en Afrique en mai-juin 1986, il est relevé que "rares sont encore les Gouvernements africains qui ont fait de la réduction de la croissance démographique un de leurs objectifs".

IV Le troisième obstacle à la promotion de la Planification Familiale est la survivance d'une législation répressive en la matière, héritage de la loi de 1920, légué par la colonisation. Ainsi en COTE D'IVOIRE "est puni de la peine de mort quiconque commet un assassinat, un parricide, un empoisonnement ou se rend coupable du crime de castration ou de stérilisation volontaire". L'Interruption Volontaire de la Grossesse (IVG) reste illégale partout en Afrique subsaharienne, exceptée la ZAMBIE. Elle est pourtant largement pratiquée, déterminant une

104

une surmorbi - mortalité maternelle. Certaines études situent à plus de 50 % la proportion de décès féminins en rapport avec les complications abortives.

V- MEDICALISATION ET COMMERCIALISATION DES CONTRACEPTIFS

Le coût des contraceptifs, leur médicalisation, et leur commercialisation constituent eux aussi des obstacles non négligeables.

C'est ce quatrième groupe de facteurs qui interpelle les Gouvernements. Pour d'abord rechercher avec les pharmacies et hôpitaux privés, des prix accessibles au grand public, s'agissant des contraceptifs. A cet effet, les pharmacies peuvent assurer le rôle de distribution de produits obtenus gracieusement auprès d'Institutions Internationales, ou celui de revendeur de produits subventionnés. par ailleurs une certaine démédicalisation s'avère indispensable pour les contraceptifs ne comportant point de risque particulier. la tendance en matière de contraception orale s'affirme être la mise sur le marché de produits faiblement dosés en oestrogène, ou n'en comportant point du tout. Ce qui réduit considérablement les contre-indications. Les études montrent que ces contre-indications sont pratiquement inexistantes avant l'âge de 20 ans. Donc la tranche d'âge la plus importante et la plus exposé, est statistiquement en dehors de la période de risques - qui commence à partir de 35-37 ans.

VI- UN AUTRE GROUPE DE FACTEURS QUI INTERPELLE LES GOUVERNEMENTS

Ce sont l'accessibilité géographique des centres de distribution, l'ignorance des familles en matière de régulation des naissances, l'absence de formation en Planification des professionnels de la santé, et la garantie de choix en contraceptifs, la garantie de compétence et de disponibilité des prestataires de service. De tels objectifs peuvent être atteint par l'intégration SMI/PF, la mise en place d'un réseau de distribution communautaire, et le développement d'un programme d'Education à la vie Familiale pour le système scolaire, et d'un programme de formation pour tous les professionnels de la santé en PF et santé de la Reproduction.

1/5

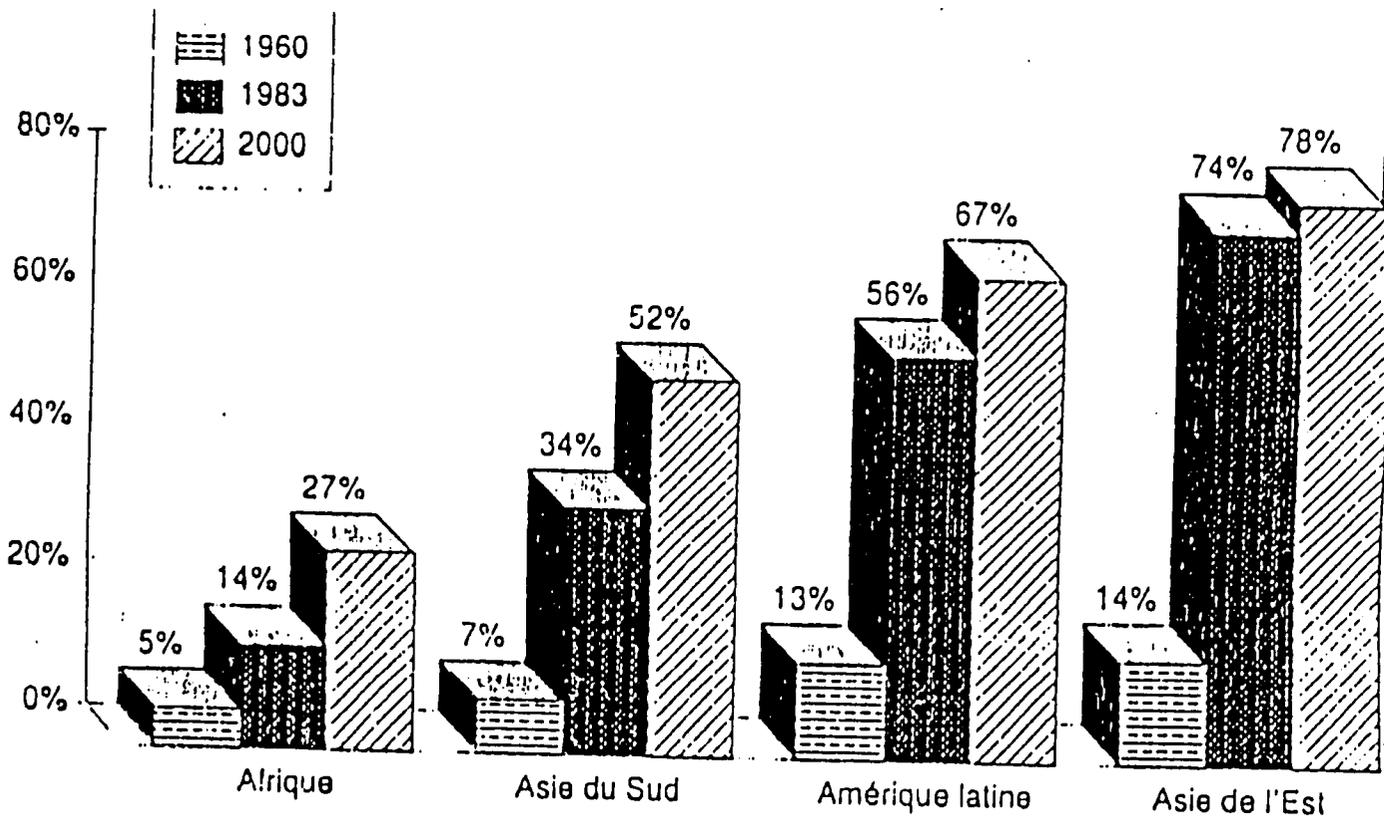
VII Pour terminer la liste des obstacles, il faut bien entendu rappeler la position de l'Eglise Catholique définie par HUMANAE VITAE (1968) et rappelée par DONUM VITAE (1987). Cette position qui réécuse "la disjonction entre sexualité et parenté" n'apparaît nulle part dans le monde et en Afrique, comme un véritable obstacle à la Planification Familiale. En effet le principe de la PF n'est point mis en cause par l'Eglise Catholique. Celle-ci distingue deux modalités contraceptives. L'une naturelle acceptable, et l'autre artificielle non acceptable.

VIII CONCLUSION

La promotion de la Planification Familiale en Afrique se heurte surtout à deux obstacles majeurs : culturel et institutionnel. Le premier demande une bonne IEC pour être levé. Quand au second, il est à lier à la stratégie de promotion de la santé de la reproduction, ou à la réalisation d'une politique de contention démographique.

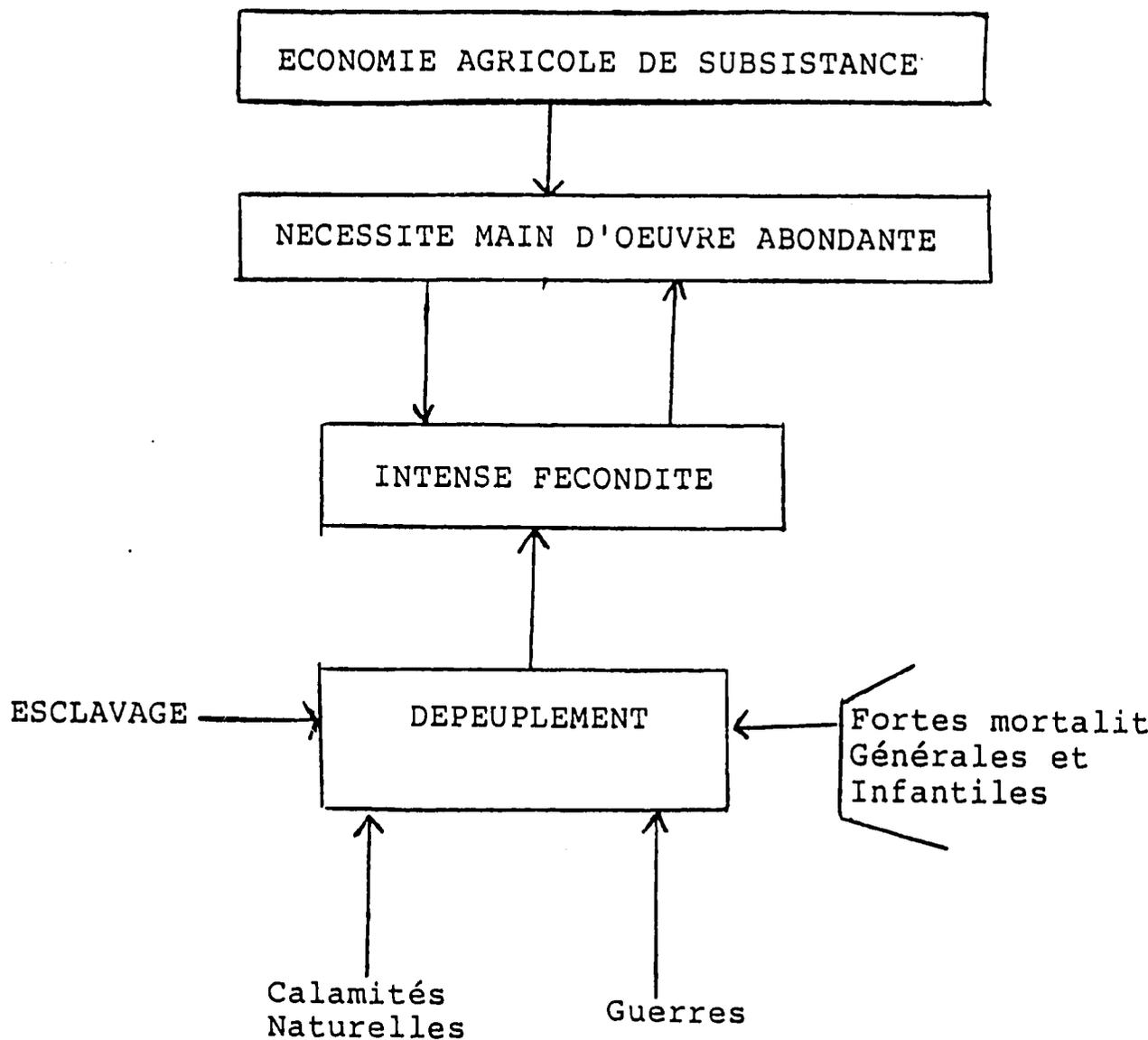
FIGURE N°1

Pourcentage de femmes fécondes utilisant des contraceptifs



Source: Division de la population, Organisation des Nations Unies

Figure N° 2 : - Causes de la fécondité intense en AFRIQUE



**Tableau N° 1 : COMPARAISON SUPERFICIE COTE D'IVOIRE
ET CELLE DE CERTAINS PAYS DEVELOPPES
EN 1974**

PAYS	SUPERFICIE en Km ²	POPULATIC en millic
COTE D'IVOIRE	320 726	6 709 00
ITALIE	301 230	55 371 00
POLOGNE	312 520	34 020 00

PAYS	TAUX PLUS ELEVÉ DESIRABLE	TAUX SATISFAISANT	TAUX PLUS BAS DESIRABLE
BENIN		x	
BURKINA FASO		x	
COTE D'IVOIRE	x		
GUINEE (Conakry)	x		
MALI		x	
NIGER		x	
SENEGAL			x
TOGO		x	

Source : Nations Unies (Bamako, 198

**Tableau N°3 : Politiques Gouvernementales concernant les
Mesures d'encouragement ou de dissuasion
prises en vue de modifier la Fécondité**

PAYS	<u>Mesures d'encouragement ou de dissuasion</u>			Aucune mesure
	pour augmenter la fécondité	pour maintenir la fécondité	pour diminuer la fécondité	
BENIN		x		
BURKINA FASO				x
COTE D'IVOIRE		x		
GUINEE (Conakry)	x			
MALI		x		
NIGER		x		
SENEGAL				x
TOGO				x

Source : Nations Unies

Tableau N° 4 : Politiques Gouvernementales concernant
l'accès aux Méthodes Modernes de
Régulation de Naissance

PAYS	Accès non autorisé	Accès Autorisé		
		non soutenu par le gouvernement	indirectement soutenu par le gouvernement	Directement soutenu par gouvernement
BENIN		x	x	
BURKINA FASO		x		
COTE D'IVOIRE		x		
GUINEE (Conakry)			x	
MALI				
NIGER		x		x
SENEGAL				
TOGO			x	x

RAPPORT SUR LA CONFERENCE DU PROFESSEUR SAMBA DIARRA

Thème: "Obstacles à la Planification Familiale en Afrique en Général et en Côte d'Ivoire en Particulier"

Président de Séance: Mme Yae Delphine
Rapporteurs : Michel Koffi Djemé
Kamara Mema B.

D'entrée de jeu, le Professeur a donné libre cours à sa joie de voir désormais la planification familiale reconnue par le gouvernement ivoirien, se referant au discours d'ouverture du Ministre de la Santé Publique et de la Protection Sociale.

RAPPEL DE NOTIONS

1) Disjonction entre la Sexualité et la Procréation

Les hommes et les animaux ont une chose en commun -- donner naissance à la prochaine génération. Mais élever et éduquer des enfants relève seulement de l'homme.

2) Modification de la condition de la femme

a) Ignorance - 82% des femmes sont sans instruction et seuls 6% atteignent les niveaux secondaire et supérieurs.

b) Epuisement physique - La femme travaille 2 490 heures par an contre 1400 heures pour l'homme.

c) Pauvreté - Vie en zone rurale

d) Intense fécondité - L'indice synthétique (nombre moyen d'enfants par femme) est de 6,2.

3) Santé de la Reproduction

En Afrique 14% de la population sont représentés par des enfants de moins de 5 ans et constituent 80% des décès annuels.

Dans les pays développés seulement 3% des décès annuels concernent les enfants de moins de 5 ans.

En Afrique un enfant sur quatre risque de mourir entre 5 et 19 ans contre 1 sur 40 dans les pays développés.

80% des grossesses sont non-surveillées et 70% des naissances ne sont pas assistées.

Toutes ces considerations militent en faveur de la Planification Familiale qui a déjà largement fait ses preuves ailleurs (exemple du Chili et du Sri Lanka).

4) Régulation Démographique

a) Indice démographique

Afrique : 45%

Côte d'Ivoire : 49%

Pays Développés: 15%

Les causes de l'élévation de l'indice démographique sont essentiellement:

- âge moyen au mariage assez bas
- taux d'accroissement de la population se situant autour de 3.2%
- taux de dédoublement de la population de la Côte d'Ivoire est de 21 ans
- prévalence de la contraception. En Afrique en 1983, près de 14% des femmes avaient recours à la contraception. En Côte d'Ivoire en 1984-85, seulement 3% des femmes avaient recours à la contraception.
- opposition des gouvernements à la Planification Familiale

OBSTACLES A LA PLANIFICATION FAMILIALE

1. Obstacles socio-culturels.

- Esclavage ayant entraîné un dépeuplement
- Guerres intestines, calamités naturelles, endemies, etc.
- Economie essentiellement agricole, d'où nécessité d'avoir beaucoup d'enfants
- Intense fécondité

Il y a là une grande nécessité d'information, education et communication à l'endroit de la population.

17/4

2) Obstacle institutionnel

Il y a un silence coupable du gouvernement ivoirien sur la Planification Familiale car il ne tient pas compte de l'effet de la médicalisation et du taux de natalité élevé (en fait, c'est un souhait).

3) Obstacle de droit

La loi de 1920 prévaut encore en Côte d'Ivoire et punit très sévèrement l'interruption volontaire de grossesse.

4) Obstacle de la position de l'Eglise

En fait la position de l'église ne constitue pas (ou plus) un obstacle car l'église est favorable à la Planification Familiale par les méthodes naturelles.

5) Obstacles de distribution de contraceptifs

- géographiquess : régions éloignées
- financier : contraceptifs non-gratuits
- manque de disponibilité des prestataires
- dissociation entre Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile
- absence d'éducation à la vie familiale
- législation répressive
- médicalisation de la contraception

PERSPECTIVES P. F.

- 1) DISJONCTION SEXUALITE ET PROCREATION
- 2) MODIFICATION CONDITION FEMININE
- 3) SANTE DE LA REPRODUCTION
- 4) REGULATION DEMOGRAPHIQUE

"Les hommes et les animaux ont une chose en commun : ils donnent naissance à la prochaine génération... Mais élever des enfants, et les éduquer pendant de longues années, est un don singulier dont la responsabilité incombe uniquement à l'homme. C'est pourquoi il est important que les êtres humains accordent une importance particulière aux soins dont ils entourent les enfants et aux moyens dont ils disposent pour bien s'acquitter de cette tâche, au lieu de se préoccuper uniquement du nombre d'enfants et de la possibilité de les mettre au monde. Car il arrive souvent que l'homme ait plus de moyens de mettre des enfants au monde que les élever convenablement".

Tableau N°24 : - CONDITION DE LA FEMME

- IGNORANCE

82 % Sans instruction

6 % Niveau secondaire et supérieur

- PAUVRETE

- Vie en zone rurale

-- EPUISEMENT PHYSIQUE

- 2 490 heures de travail par an
contre 1 400 pour l'homme

-- INTENSE FECONDITE

-- Indice synthétique = 6,2

178

"MAIS, DANS LES PAYS MOINS DEVELOPPES DE L'AFRIQUE, DU MOYEN-ORIENT, DE L'ASIE ET DE L'AMERIQUE LATINE, UNE PAUVRETE ECRASANTE, A LAQUELLE S'AJOUTE DE LONGUES TRADITIONS DE DISCRIMINATION, CREE POUR LES FEMMES DES CONDITIONS TELLEMENT DIFFICILES QU'ELLES DEFIENT PRESQUE L'IMAGINATION DES FEMMES DES PAYS INDUSTRIELS OCCIDENTAUX"

"LES FEMMES LES PLUS PAUVRES DU MONDE NE SONT PAS TELLEMENT PAUVRES. ELLES VIVENT AU BORD DE LA SUBSISTANCE. ELLES SONT SANS RESOURCES PROPRES, VULNERABLES SUR LE PLAN ECONOMIQUE, ET N'ONT AUCUN POUVOIR POLITIQUE OU LEGAL. EN TANT QU'EPOUSES ET MERES, ELLES SONT PRISES DANS UN CYCLE DE VIE QUI COMMENCE PAR UN MARIAGE PRECOCE ET, TROP SOUVENT, SE TERMINE PAR UNE MORT EN COUCHE. ELLES TRAVAILLENT PLUS LONGTEMPS ET, PARFOIS, PLUS DUREMENT QUE LES HOMMES, MAIS D'ORDINAIRE LEUR TRAVAIL EST SOUS-EVALUE ET N'EST PAS REMUNERE."

Tableau N°22 : Taux de Mortalité Juvénile dans les
Pays Sous-développés et Développés

REGIONS	TAUX EN 0/00
AFRIQUE	40
PAYS DEVELOPPES	0

FIGURE N° 30

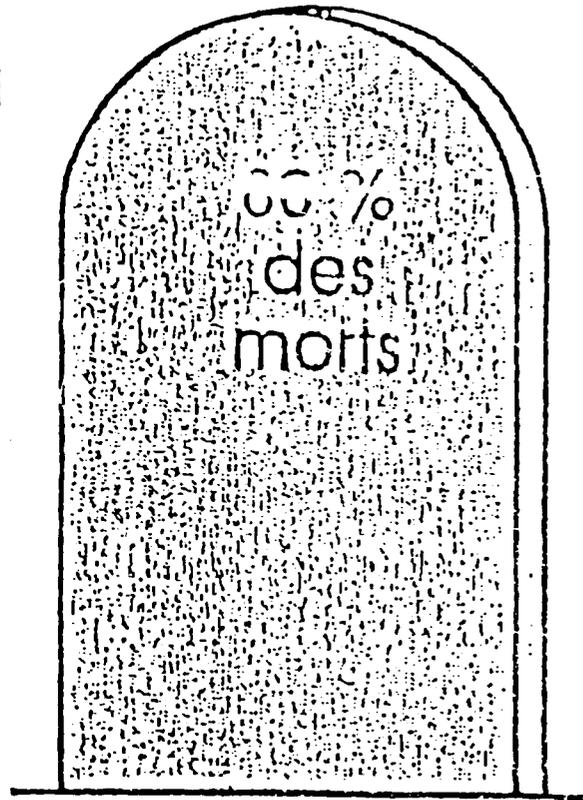
Contribution des Enfants de Moins de 5 Ans
à la Mortalité Générale dans les Pays Sous
Développés et Développés

181

14 % de la
population



66 %
des
morts



8 % de la
population



3 % des
morts



PAYS EN VOIE DE
DEVELOPPEMENT

PAYS
DEVELOPPES

Tableau N°23 : Risque de Mortalité au cours de l'Adolescence dans les Pays sous-développés et Développés

REGIONS	RISQUE
AFRIQUE	1/4
PAYS DEVELOPPES	1/40

Tableau N° 28 : - Surveillance de la Réproduction

- 80 % de grossesses non surveillées
- 70 % de naissances non assistées
- 38 % de gestantes anémiées
- Couverture infrastructure insuffisante
- Difficultés de référence
- Pénurie en Ressources humaines et thérapeutique

Figure N°33 : Cycle de Forte Natalité et Mortalité Materno-Infantile

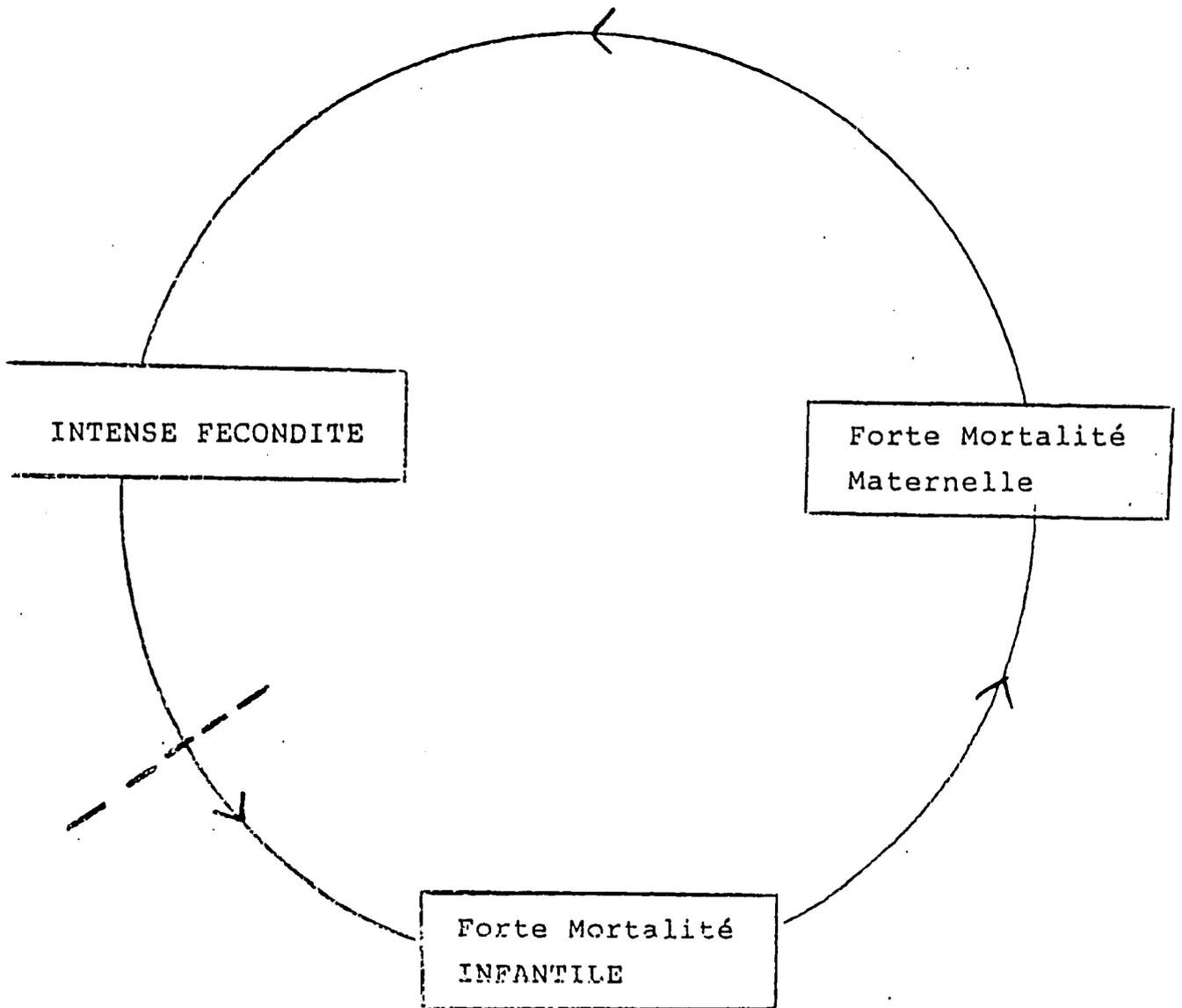
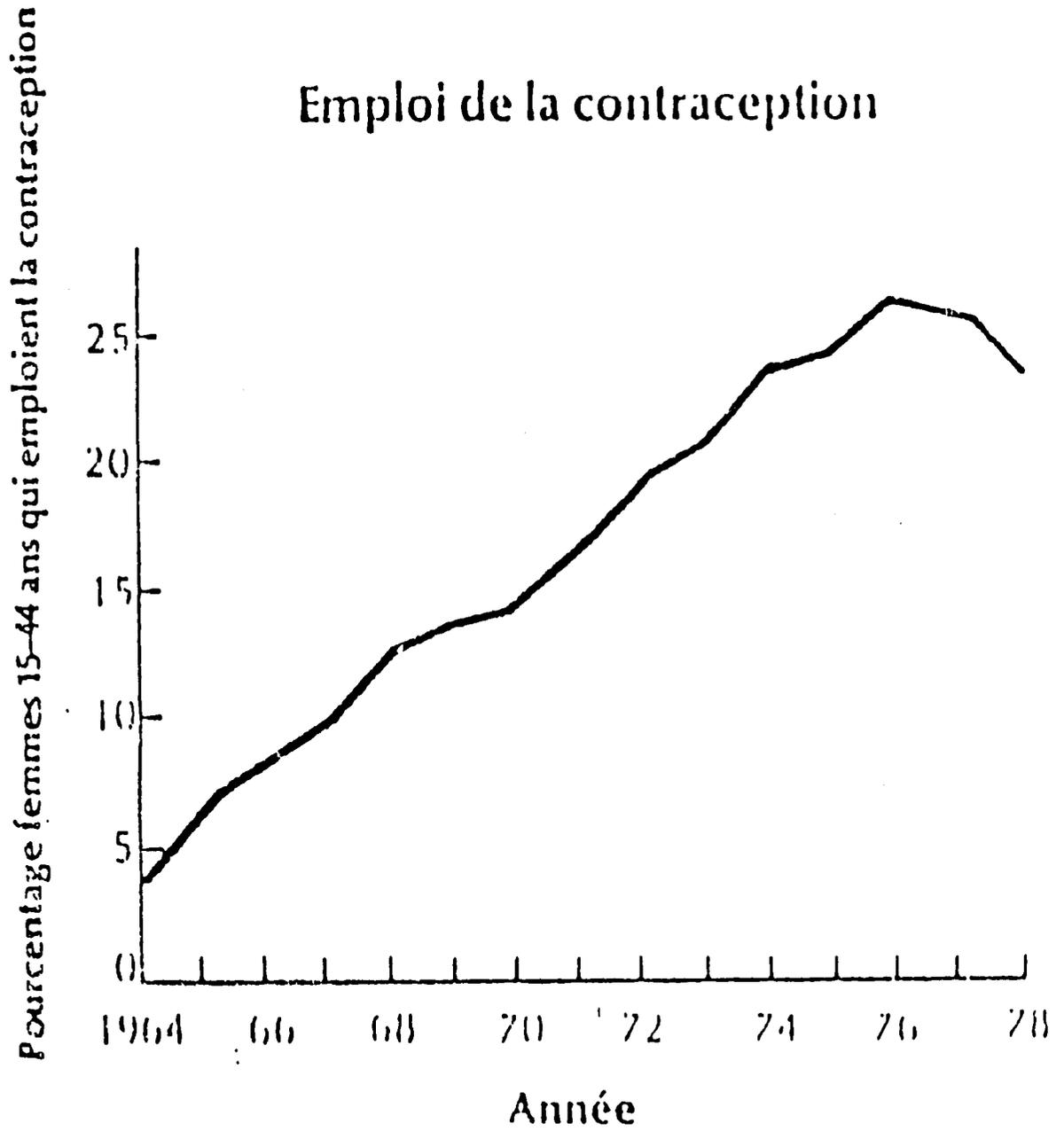


Figure N°24

Emploi de la contraception



18

Figure N°25

Natalité

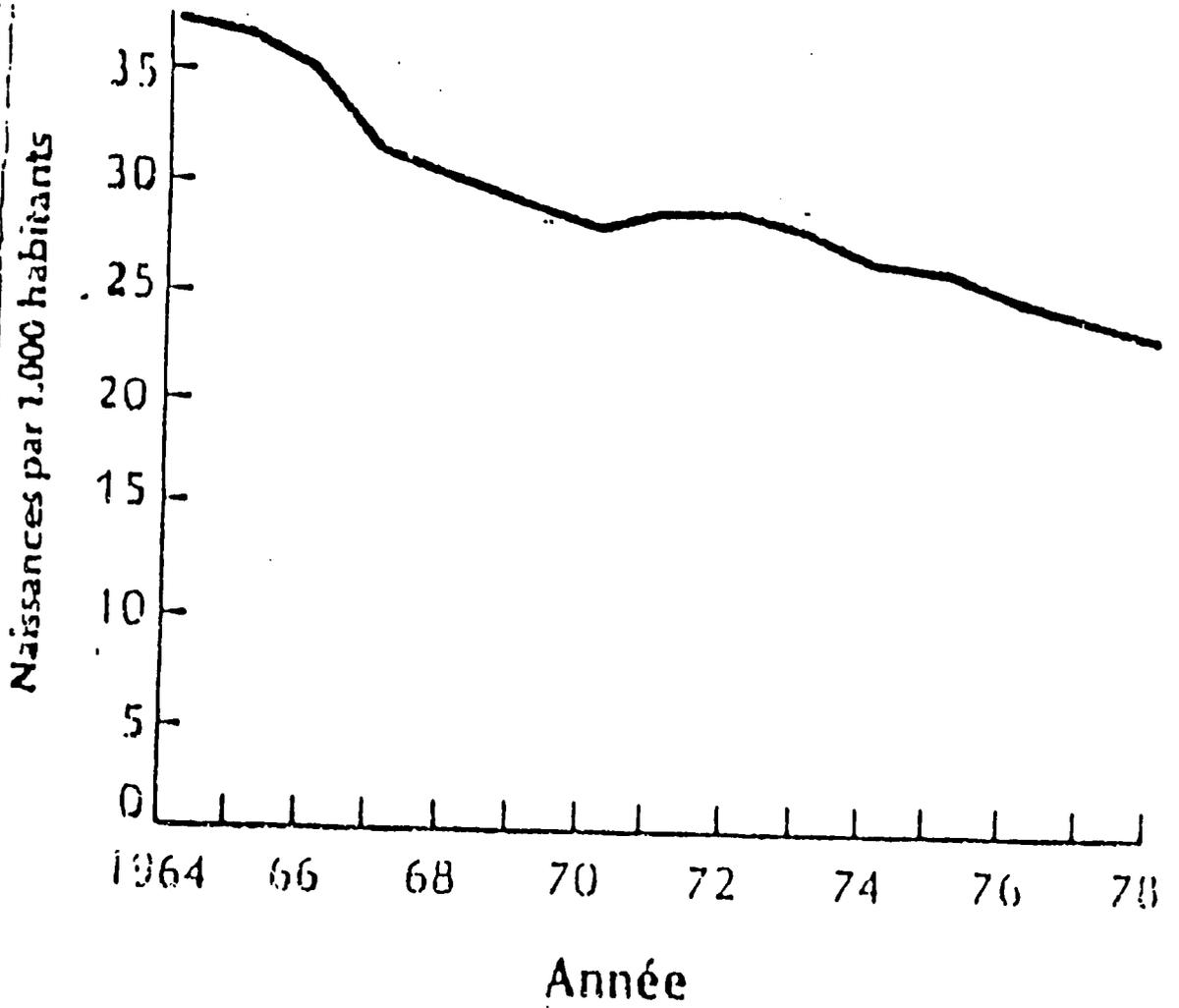


Figure N°27

Mortalité pour avortement

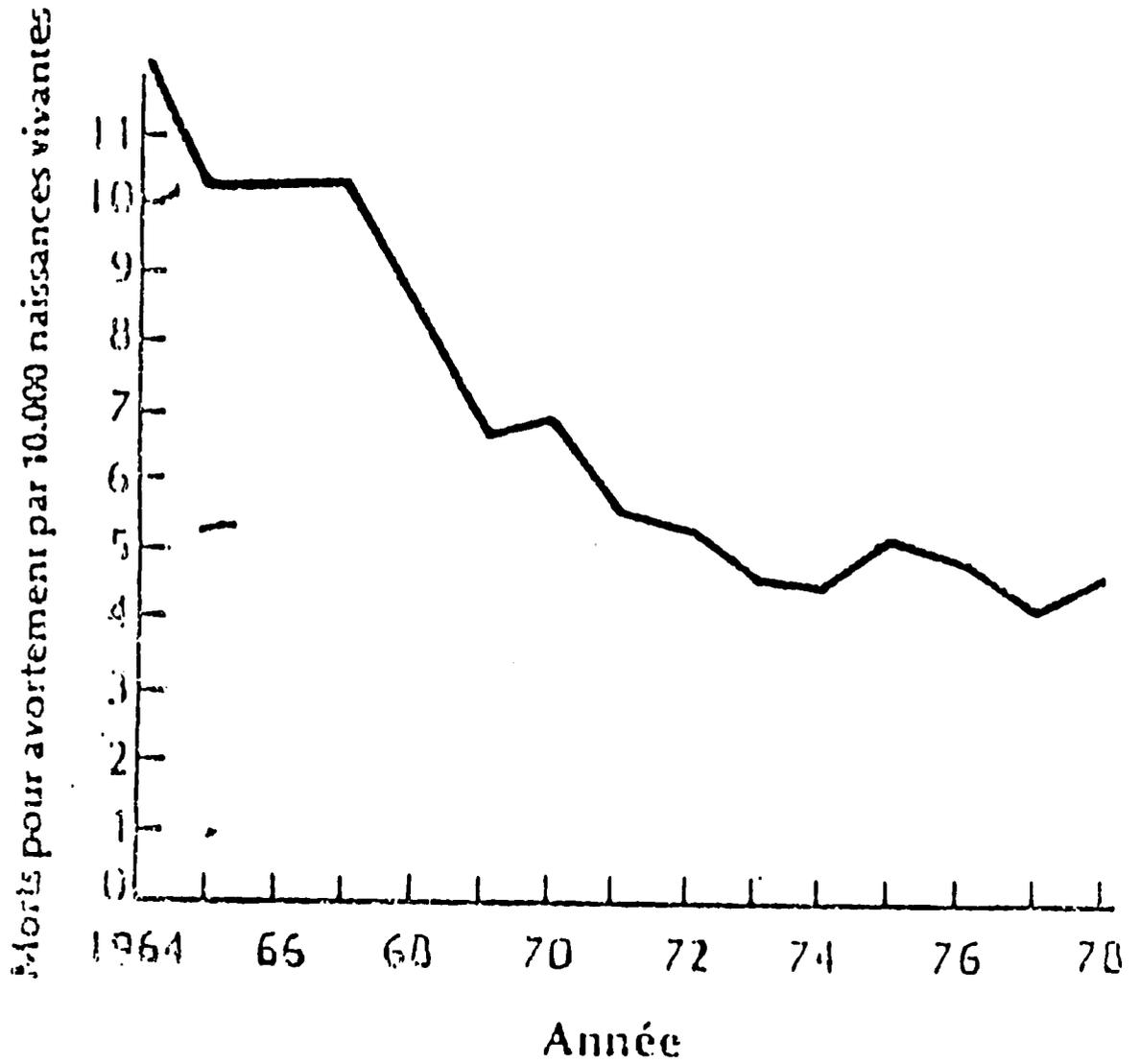
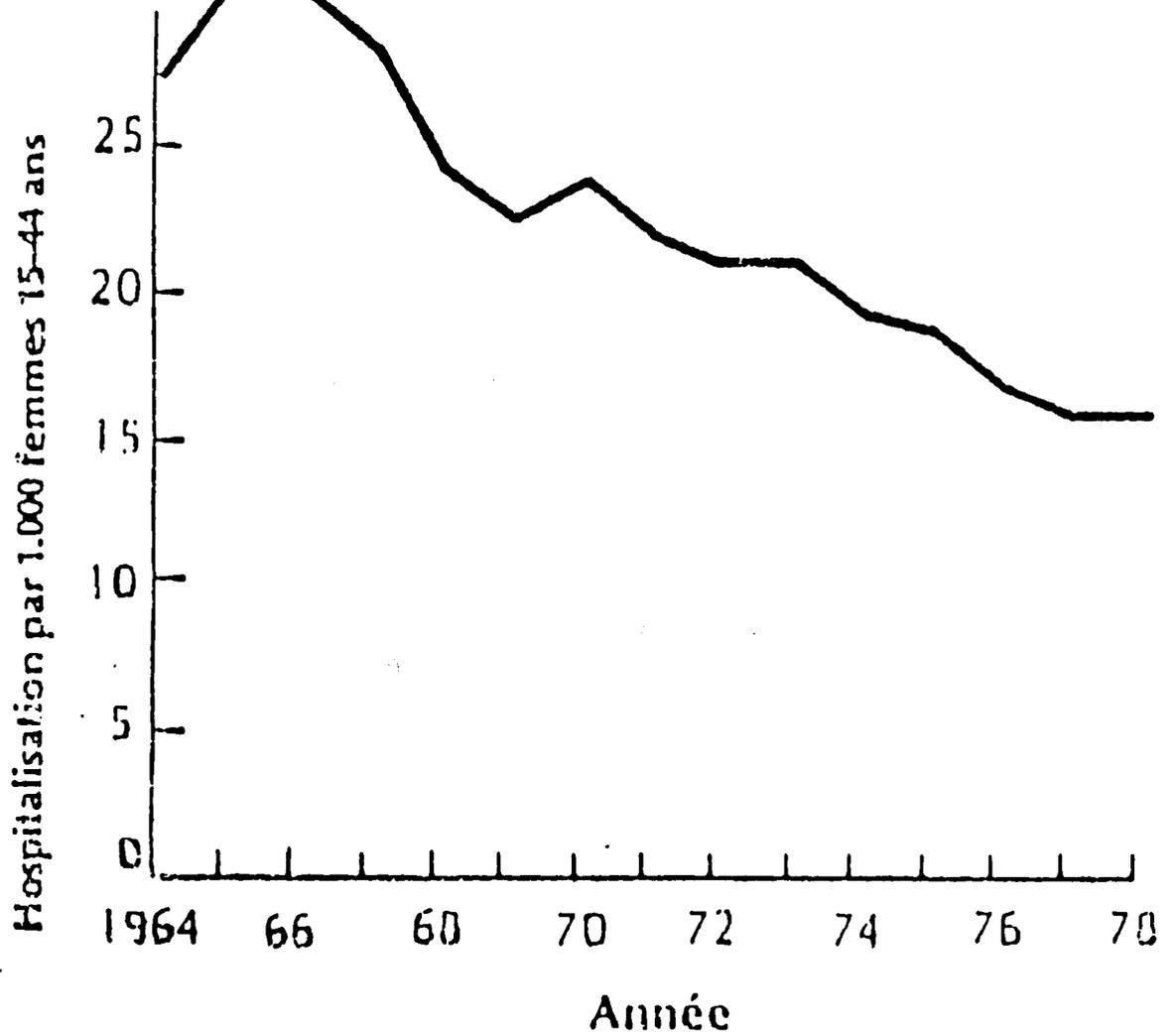


Figure N° 28

Hospitalisation pour complications de l'avortement



138

Figure N°26

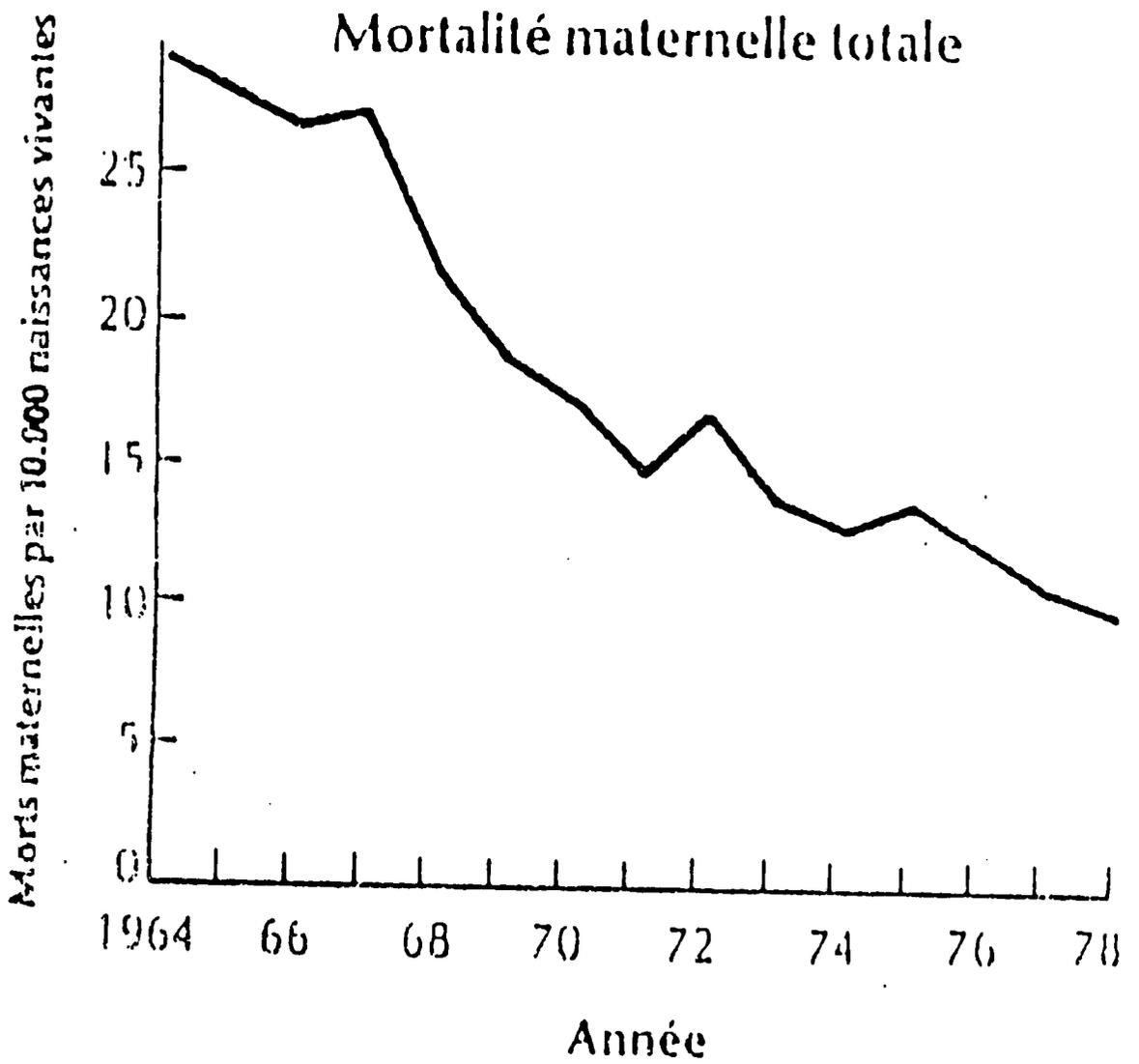
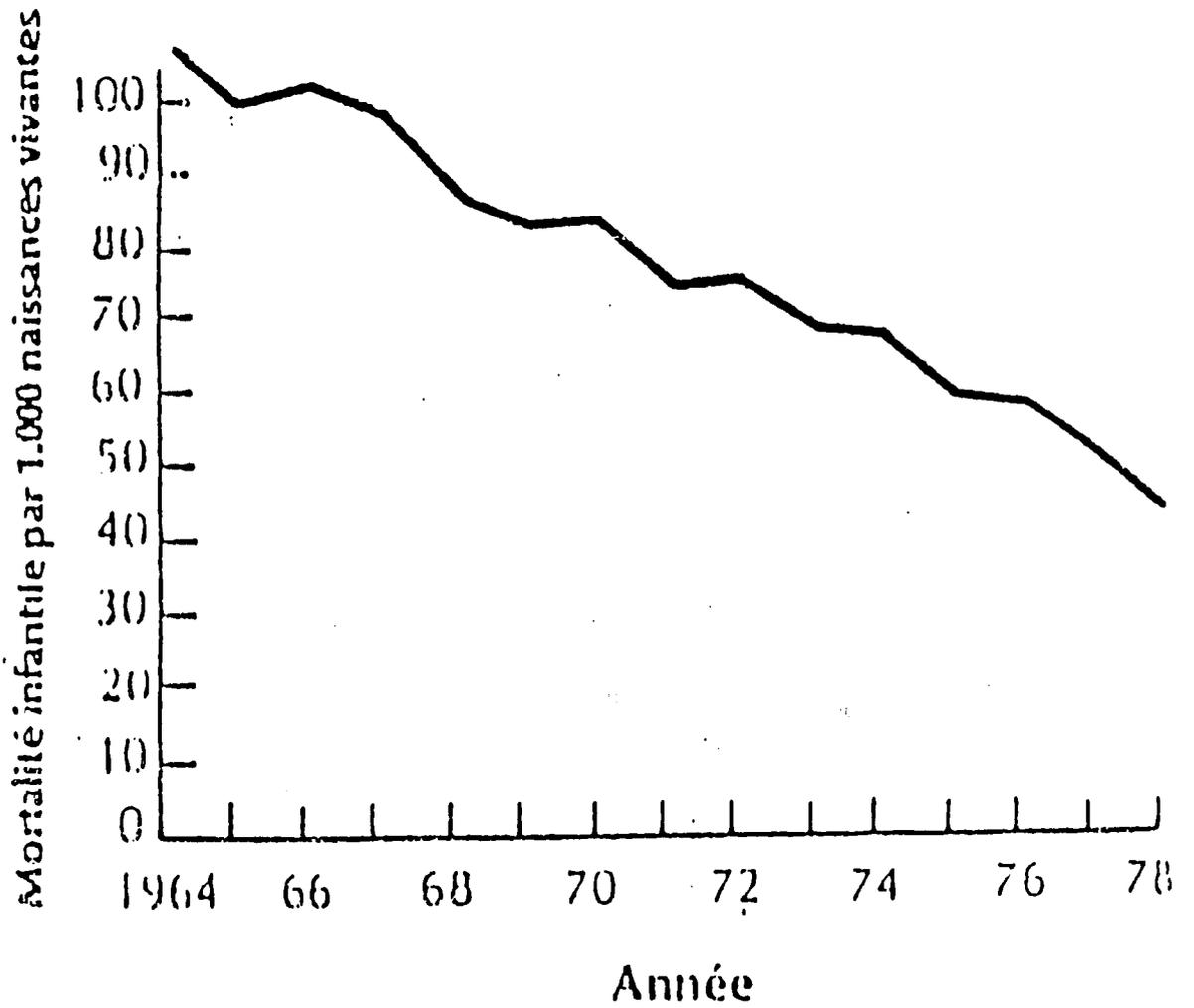


Figure N°29

Mortalité infantile



EFFET PLANIFICATION FAMILIALE
SUR LA MORTALITE MATERNELLE

	TAUX DE MORTALITE MATERNELLE Pour 100 000 Naissances Vivantes			
	1950 -	1980	1964 -	1979
SRI LANKA	555	95		
CHINE	500	25		
CHILI			300	55

R E D U C T I O N

I MORTS MATERNELLES

500 à 200 000 par AN

II MORTS INFANTILES

10,5 à 5,6 Millions par AN

- Par P. F

- Grossesse après 19 ans et avant 35 ans

- Intervalle intergénéésique ≥ 2

- PARITE ≤ 4

TRUSSEL (1984)

198

Tableau N°9 : TAUX DE NATALITE PAR REGIONS DU
MONDE entre 1980 et 1985

REGIONS	TAUX DE NATALITE ‰
AFRIQUE	45
AMERIQUE DU SUD	29
ASIE	28
PAYS DEVELOPPES	15

Tableau N°14 : Age Moyen au Mariage et Pourcentages de Femmes Mariées avant 20 Ans

PAYS	ANNEES	AGE MOYEN AU MARIAGE	% DE MARIEES AVANT 20 ANS
<u>Pays Francophones de l'Afrique de L'Ouest</u>			
BENIN	1981-82	18,2	46
COTE D'IVOIRE	1980-81	17,8	56
MAURITANIE	1981	19,2	49
SENEGAL	1978	17,5	59
MALI	1956-58	17,2	90
NIGER	1960	16,2	96
TOGO	1970	17,3	84
BURKINA FASO	1975	17,9	80
<u>Pays Voisins</u>			
CAMEROUN	1978	17,5	53
GHANA	1979-80	19,3	31
NIGERIA	1981-82	18,5	-
<u>Autres Pays de l'Afrique Tropicale</u>			
BOTSWANA	1984	-	-
KENYA	1977-78	19,9	28
LESOTHO	1977	19,6	32

de la Population par Sous
Région, 1987

SOUS REGION	TAUX D'AC- CROISSEMENT (en %)	TEMPS DE DOUBLEMENT	
		VALEUR CENTRALE	VALEURS EXTREMES ET PAYS
AFRIQUE OCCI- DENTALE	3,22	22	21 - 36 GHANA - SIERRA LEONE
AFRIQUE ORIEN- TALE	3,32	21	17 - 41 KENYA - MAURICE
AFRIQUE DU NORD	2,82	25	20 - 31 LYBIE - TUNISIE
AFRIQUE CEN- TRALE	2,70	25	23 - 37 ZAIRE - GABON
AFRIQUE AUS- TRALE	2,59	27	19 - 28 BOTSWANA-AFRIQUE DU SUD
TOTAL	3,07	23	17 - 41 KENYA - MAURICE
ENSEMBLE DU MONDE	1,60	44	17 - 3466
REGIONS DEVE- LOPPEES	0,55	126	33 - 3466
REGIONS SOUS- DEVELOPPEES	1,92	36	17 - 80 KENYA - URUGUAY

-51

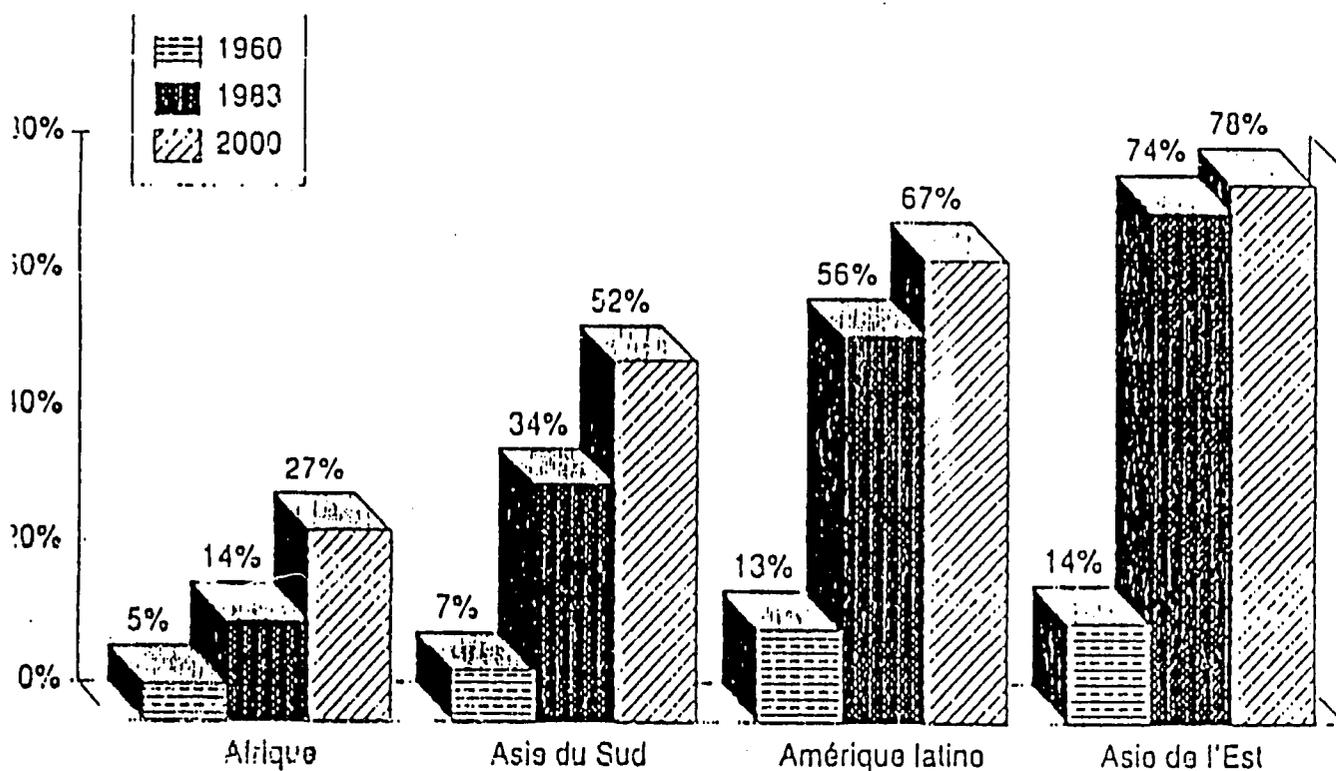
TABLEAU N° 17 : TEMPS DE DOUBLEMENT POUR LES PAYS
DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

Vite

Pays	%	Temps de Doublement	Pays	%	Temps de Doublement
Bénin	2,9	24	Mali	2,8	25
Burkina Faso	2,3	30	Niger	2,8	25
Côte d'Ivoire	3,4	21	Sénégal	2,7	26
Guinée	2,7	26	Togo	2,9	24

FIGURE N° 31

Pourcentage de femmes fécondes utilisant des contraceptifs



Source: Division de la population, Organisation des Nations Unies

Tableau N°5 : Perceptions des Gouvernants concernant
les Conséquences des Taux Actuels
d'Accroissement Naturel

PAYS	TAUX PLUS ELEVE DESIRABLE	TAUX SATISFAISANT	TAUX PLUS BAS DESIRABLE
BENIN		x	
BURKINA FASO		x	
COTE D'IVOIRE	x		
GUINEE (Conakry)	x		
MALI		x	
NIGER		x	
SENEGAL			x
TOGO		x	

Source : Nations Unies (Bamako, 1983).

**Tableau N°6 : Perception des Gouvernants concernant
les Niveaux Actuels de Fécondité**

PAYS	TAUX NON SATISFAISANT	TAUX SATISFAISANT	TAUX NON SATISFAISANT TROP ELEVE
BENIN		x	
BURKINA FASO		x	
COTE D'IVOIRE		x	
GUINEE (Conakry)	x		
MALI		x	
NIGER		x	
SENEGAL			x
TOGO		x	

Source : Nations Unies

207

Tableau N°7 : Politiques Gouvernementales concernant les
Mesures d'encouragement ou de dissuasion
prises en vue de modifier la Fécondité

PAYS	<u>Mesures d'encouragement ou de dissuasion</u>			Aucune mesure
	pour augmenter la fécondité	pour maintenir la fécondité	pour diminuer la fécondité	
BENIN		x		
BURKINA FASO				x
COTE D'IVOIRE		x		
GUINEE (Conakry)	x			
MALI		x		
NIGER		x		
SENEGAL				x
TOGO				x

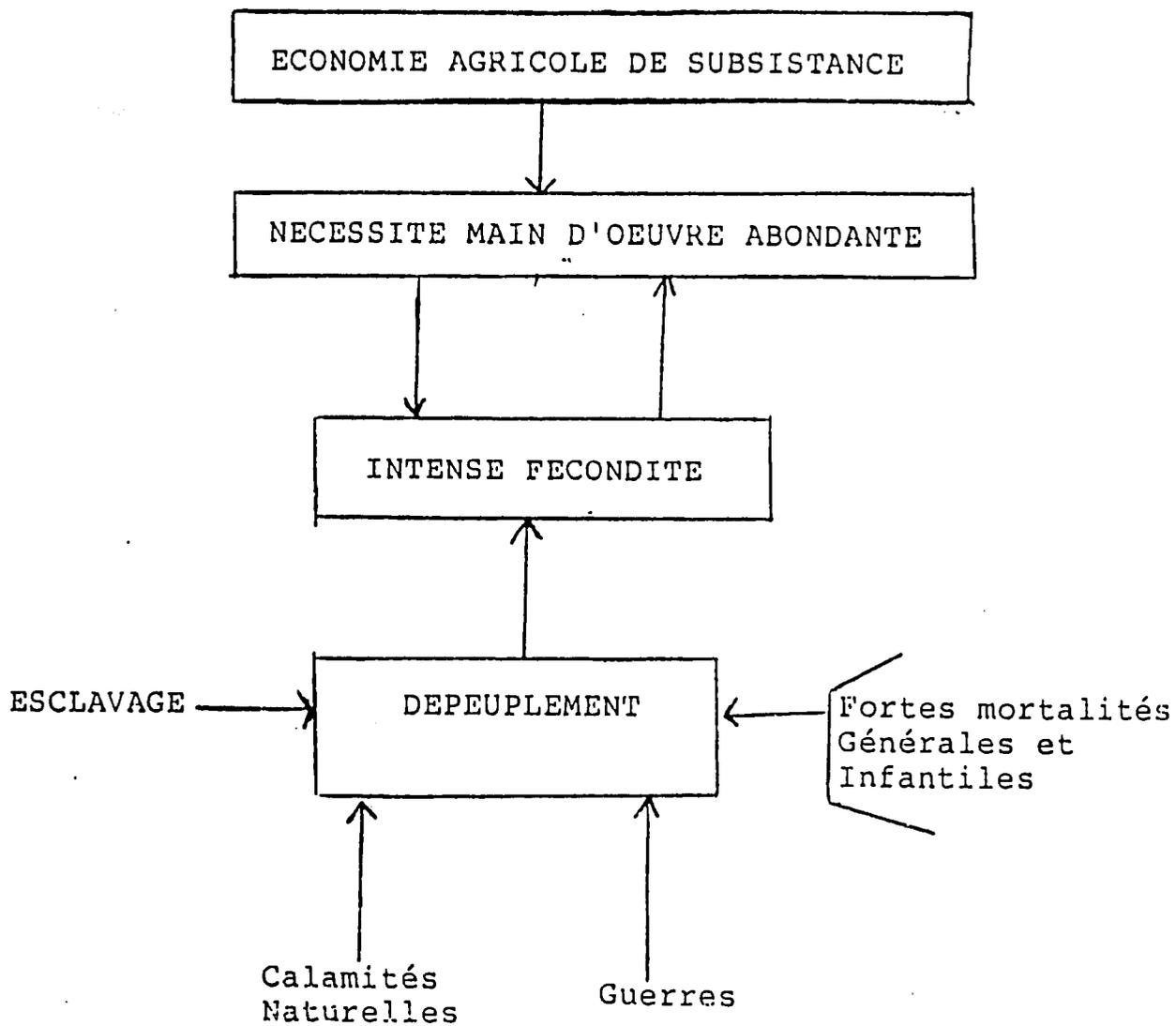
Source : Nations Unies

12

Tableau N°8 : Politiques Gouvernementales concernant
l'accès aux Méthodes Modernes de
Régulation de Naissance

PAYS	Accès non autorisé	Accès Autorisé		
		non soutenu par le gouvernement	indirectement soutenu par le gouvernement	Directement soutenu par le gouvernement
BENIN		x	x	
BURKINA FASO		x		
COTE D'IVOIRE		x		
GUINEE (Conakry)			x	
MALI				x
NIGER		x		
SENEGAL				x
TOGO			x	

Figure N° 32 : - Causes de la fécondité intense en AFRIQUE



202

L'idée de faire reculer la mort par des méthodes naturelles n'a pas toujours existé dans la conscience des hommes. Pour qu'elle parvint à s'imposer, il a fallu que le corps humain soit considéré comme un outil réparable. Les forces de la mort, comme celles de la vie, deviennent alors dociles à la volonté et à la prévision de l'homme...

P. ARIES

Tableau N° 31 : - Références nouvelles

- Obsolescence des valeurs traditionnelles
- Economie monétaire
- Nécessité formation et qualification
- Atomisation de la famille
- Maîtrise de la Fécondité
- Démocratie Procréative (5e liberté)
- Approche rationnelle du problème de bien-être familial
- Anticipation des exigences requises pour un devenir optimum des enfants
- Responsabilité parentale
- Relation entre santé materno-infantile et fécondité

P. F. = PROPHYLAXIE

- ANTI - PALUSTRE

- ANTI - TETANIQUE

- ANTI - TUBERCULEUSE

- ANTI - ROUGEOLEUSE

La Côte d'Ivoire est un pays sous-peuplé. La proportion des Etrangers est élevée et croît trop rapidement. Une natalité forte et une croissance forte de la population paraissent donc souhaitables. Certes, cette croissance forte de la population impliquera des charges importantes... ; mais il faut considérer, qu'elle peut simultanément procurer des économies d'échelle. Une population suffisamment nombreuse constitue une des conditions au développement économique. La pression démographique peut par ailleurs avoir pour effet d'accroître les motivations à travailler, et à créer. Au demeurant la naissance d'un enfant a toujours été considérée en Côte d'Ivoire comme une chose positive. Il serait à la fois vain et erroné de vouloir combattre cette attitude.

Tableau X3 : EXIGENCES D'UNE AGRICULTURE
DE TYPE COLONIAL

-1- MAIN D'OEUVRE ABONDANTE

IMMIGRATION DE 420 000 BURKINABE
ENTRE 1933 ET 1946

-2- EXTENSION DES SURFACES CULTIVEES

-3- MIGRATION CULTURALE

Tableau X4 : COMPARAISON SUPERFICIE COTE D'IVOIRE
 ET CELLE DE CERTAINS PAYS DÉVELOPPES
 EN 1974

PAYS	SUPERFICIE en Km ²	POPULATION en millions
COTE D'IVOIRE	320 726	6 709 000
ITALIE	301 230	55 371 000
POLOGNE	312 520	34 020 000

LOI N° 81-640 du 31 Juillet 1981

TITRE II - CHAPITRE I - SECTION I

- ARTICLE 342

EST QUALIFIE

1 - ...

2 - ...

3 - ...

4 - ...

5 - CASTRATION, L'AMPUTATION VOLONTAIRE D'UN ORGANE
NECESSAIRE A LA GENERATION.

6 - STERILISATION VOLONTAIRE, LE FAIT DE PRIVER UNE
PERSONNE DE LA FACULTE DE PROCREER, PAR UN MOYEN
AUTRE QUE L'AMPUTATION D'UN ORGANE NECESSAIRE A
LA GENERATION.

LOI N° 81-640 du 31 Juillet 1981

TITRE II - CHAPITRE I - SECTION I

ARTICLE 343

EST PUNI DE LA PEINE DE MORT QUICONQUE
COMMET UN ASSASSINAT, UN PARRICIDE, UN
EMPOISONNEMENT OU SE REND COUPABLE DU
CRIME DE CASTRATION OU DE STERILISATION
VOLONTAIRE

Tableau N° 30 : Obstacles à la P F en AFRIQUE

- 1 - Socio-culturel : visions différentes
- 2 - Indifférence ou opposition des Gouvernements
- 3 - Position de l'Eglise Catholique
- 4 - Géographie
- 5 - Finances
- 6 - Evantail Choix, compétence et disponibilité des prestataires.
- 7 - Dissociation PF et SMI
- 8 - Absence de Formation en PF des professionnels de la Santé
- 9 - Absence d'Education à la vie Familiale
- 10 - Législation Répressive

LE CONTINENT AFRICAÏN DONT LA DENSITE EST LA PLUS FAÏBLE
DU MONDE EST SOUS-PEUPLE

1986

RARES SONT ENCORE LES GOUVERNEMENTS AFRICAÏNS QUI ONT FAÏT
DE LA REDUCTION DE LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE UN DE LEURS
OBJECTIFS

1986

LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE :

FACILITE LA REALISATION D'ECONOMIE D'ECHELLE ET
L'INTENSIFICATION DE L'EFFORT PRODUCTIF PAR LA
MOBILISATION DE LA CAPACITE DE TRAVAIL ET DES
RESSOURCES SOUS-UTILISEES ET PAR LA TRANSFORMATION
DES METHODES CULTURALES (REGRESSION DES JACHERES,
UTILISATION DES ENGRAIS, IRRIGATION, MECANISATION,
PRATIQUE DE RECOLTES MULTIPLES)

BOSERUP E. 1965

LE GONFLEMENT DE LA POPULATION NON AGRICOLE PEUT
ENTRAINER UNE HAUSSE DE PRIX DES DENREES ALIMENTAIRES
SUSCEPTIBLE DE REDUIRE LA RIGIDITE DE L'OFFRE AGRICOLE
ET, PESANT SUR LES COUTS SALARIAUX, FACILITER L'ADOPTION
D'UNE STRATEGIE DE PRODUCTION INDUSTRIELLE DE BIENS
MANUFACTURES A FORTE INTENSITE DE TRAVAIL.

CHESNAIS J. C. -1986-

Tableau N°30 : Obstacles à la P F en AFRIQUE

- 1 - Socio-culturel : visions différentes
- 2 - Indifférence ou opposition des Gouvernements
- 3 - Position de l'Eglise Catholique
- 4 - Géographie
- 5 - Finances
- 6 - Evantail Choix, compétence et disponibilité des prestataires.
- 7 - Dissociation PF et SMI
- 8 - Absence de Formation en PF des professionnel de la Santé
- 9 - Absence d'Education à la vie Familiale

Tableau N° 31 : - Références nouvelles

- Obsolescence des valeurs traditionnelles
- Economie monétaire
- Nécessité formation et qualification
- Atomisation de la famille
- Maîtrise de la Fécondité
- Démocratie Procréative (5e liberté)
- Approche rationnelle du problème de bien-être familial
- Anticipation des exigences requises pour un devenir optimum des enfants
- Responsabililté parentale
- Relation entre santé materno-infantile et fécondité

PROBLEMATIQUE DEMOGRAPHIQUE

EQUATION DE LA SATISFACTION DES BESOINS D'UNE POPULATION,
ETANT DONNEES

- 1 - LA DIMENSION ET LA VITESSE DE CROISSANCE DE CETTE
POPULATION

- 2 - ET LES RESSOURCES MOBILISABLES POUR ASSURER CETTE
SATISFACTION

Tableau N° 31 : - Références nouvelles

- Obsolésence des valeurs traditionnelles
- Economie monétaire
- Nécessité formation et qualification
- Atomisation de la famille
- Maîtrise de la Fécondité
- Démocratie Procréative (5e liberté)
- Approche rationnelle du problème de bien-être familial
- Anticipation des exigences requises pour un devenir optimum des enfants
- Responsabililté parentale
- Relation entre santé materno-infantile et fécondité

EXPOSE DE MONSIEUR LE DIRECTEUR DE L'USAID
3 AVRIL 1991

La politique de population de l'USAID se concentre sur l'expansion des services de planification familiale, la disponibilité d'une large gamme et le libre choix de méthodes contraceptives. Elle encourage le développement des systèmes de prestation alternatifs et la participation du secteur privé dans la prestation des services.

L'assistance technique et les ressources programmatiques sont disponibles pour les pays en voie de développement à travers une large gamme d'activités y compris l'assistance en matière de prestation de service, d'information, d'éducation et de formation, l'analyse de politique, ainsi que quatre domaines de recherche à savoir : la recherche démographique, celle en science sociale, ainsi que la recherche opérationnelle et biomédicale.

Jusqu'à présent en Côte d'Ivoire, l'assistance de l'USAID en planification familiale a été limitée a consisté principalement à des programmes ou activités pilotes menés, d'une part, par l'Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial (AIBEF), et d'autre part, des activités académiques ou la recherche opérationnelle menées sous la direction des cadres médicaux du CHU de cocody et treichville.

Au total, plus de 2 millions de dollars ont été dépensés par l'USAID pour aider à la réalisation de diverses activités. Ce sont les campagnes de sensibilisation pour les leaders communautaires, des séminaires pour les parlementaires nationaux et les journalistes, l'élaboration du curriculum de planification familiale dans les écoles d'infirmières et sages-femmes, pour ne citer que celles-là.

Parce qu'il faut de l'expertise spécialisé et varié pour répondre aux besoins présentés par la préparation et l'exécution des programmes de la santé t la planification familiale, nous avons compté sur la collaboration de certaines agences du secteur privé comme INTRAH, Population Communication Services (PCS) de l'Université de Johns Hopkins, Pathfinder, et John Snow Inc. pour réaliser et exécuter les divers projets de planification familiale en collaboration avec les nationaux.

Si tout marche comme prévu, l'USAID et le gouvernement de Côte d'Ivoire signeront un accord pour un projet Bilatéral de santé d'ici la fin août 1991. Le projet comprendrait l'assistance dans trois domaines spécifiques, à savoir : (1) la planification familiale, (2) la lutte contre le SIDA et (3) la santé maternelle et infantile. Le mois prochain, le personnel de REDSO (Bureau de Santé, Population et Nutrition) et une équipe de consultants commenceront à rédiger le document de projet dans lequel les détails spécifiques des activités à entreprendre seront élaborés. L'équipe travaillera avec les professionnels ivoiriens de santé

et des services sociaux qui ont été désignés par le Minsitre de la Santé Publique ainsi que des professionnels du secteur privé. Nous estimons qu'en travaillant à la fois avec les secteurs public et privé nous aurons de meilleurs chances d'atteindre l'objectif principal du projet, à savoir améliorer la santé et contribuer au bien-être de la population de la Côte d'Ivoire.

Même s'il est prématuré de parler des activités spécifiques du nouveau projet, je peut vous assurer qu'elles seront étudiées ensemble par les parties concernées.

Je peut également vous annoncer que du personnel sera affecté à plein temps à REDSO pour la gestion du projet.

Par ailleurs, il n'y a pas de doute, nous continuerons à avoir besoin et à compter sur les agences collaboratrices qui travaillent en collaboration avec nous pour fournir l'assistance technique dans les domaines très spécifiques. La nature et l'ampleur de cette assistance technique feront l'objet des discussions approfondies dans les semaines à venir avec des nationaux qui travailleront sur le projet avec nous.

Comme il y a encore trois autres personnes qui devront vous entretenir durant cette heure, j'aimerais m'arrêter ici. Je serai content de répondre aux questions que vous poserez sur l'USAID et son assistance dans le domaine de la population et de la planification familiale.

Je vous remercie de votre aimable attention.

LE DIRECTEUR DE L'USAID

F. GILBERT

PRESENTATION DES RECENSEMENTS DE BESOINS FAITS PAR INTRAH

INTRODUCTIION

* INTRAH est le Programme International pour la Formation en matière de Santé dépendant de l'Université de Caroline du Nord (USA) et subventionné par l'USAID.

* LE BUT d'INTRAH est de renforcer les capacités des Institutions Africaines à former, placer, superviser et soutenir le personnel paramédical, auxiliaire et communautaire (PAC) chargé des services de Planification Familiale, afin d'accroître les possibilités des différents systèmes de prestations à offrir des services de Planification Familiale de haute qualité à tout individu désirant les utiliser.

* LE BUREAU CENTRAL d'INTRAH est à Chapel Hill (USA) et il y a 2 bureaux régionaux en Afrique :

- 1 à Nairobi (KENYA) couvrant l'Afrique Anglophone,
- 1 à Lomé (TOGO) couvrant l'Afrique Francophone et Lusophone.

* INTRAH EN COTE D'IVOIRE

- Le siège du bureau régional d'INTRAH était à Abidjan de 1986 à 1989. Durant cette période, INTRAH a travaillé avec l'ex-Ministère de l'action sociale et le Ministère de la Promotion de la Femme, en collaboration avec le PATHFINDER FUND.

Il a notamment organisé en 1987, un séminaire d'orientation Planification Familiale des décideurs de ces deux Ministères et une activité de Formation des Agents Sociaux et animateurs Ruraux en IEC/PF. Il a aussi développé un curriculum de Formation en IEC/PF.

- Durant l'année 1990, dans le cadre d'un nouveau mandat et sur demande de REDSO, INTRAH a effectué deux recensements de besoins en Formation pour envisager l'élaboration d'un programme d'action pour la Côte d'Ivoire.

I- PRESENTATION DES DEUX RECENSEMENT DES BESOINS

1°)- Le 1er recensement des besoins date de mars 1990 : C'était un recensement des besoins en formation qui a couvert 40 formation socio-sanitaires dans 4 des 8 régions sanitaires du pays. De plus des interviews et entretiens ont été menés avec environ 150 responsables et prestataires des services de santé. Des contacts ont été pris avec les agences intervenant dans la Planification Familiale en Côte d'Ivoire (OMS - BM - FNUAP - Projet CCCD).

2°)- Le 2è recensement des besoins date de septembre 1990

Ce RB avait pour but d'inventorier 7 cliniques de Planification Familiale à Abidjan susceptibles d'être pris comme terrain de stages et d'identifier les besoins en formation de prestataires, encadreurs potentiels de stage pratique.

Durant ces deux RB et selon ses habitudes, INTRAH travaille avec les responsables nationaux et les organismes tels l'AlBEF pour s'assurer de la validité et de la réalité des informations recueillies.

II- PRINCIPAUX CONSTATS

Les principaux constats peuvent se résumer comme suit :

1°)- Politique : Eléments positifs sont :

- La récente ouverture du Ministère de la Santé en faveur de la Planification Familiale,

- La création de l'Association Nationale pour la Promotion de la maternité sans risque.

- La motivation des prestataires qui souhaitent un développement des services de Planification Familiale.

Cependant il y a quelques obstacles :

- Une conception différente de la Planification Familiale,

- Une absence de prise de position officielle et de document officiel du gouvernement qui empêche le prestataire de s'engager avec ferveur dans la Planification Familiale (nuancer).

- Une absence d'intégration des services de PF dans les structures sanitaires.

2°)- Les prestations de services, là où elles existent, sont assurées par des volontaires ou des prestataires de services non supervisés. De plus ces prestations ne sont pas uniformes ; en particulier dans :

- les prix des consultations,

- la prise en charge des clientes" : par exemple, dans certains centres les examens complémentaires sont demandés systématiquement avant la prescription d'une méthode de PF.

3°)- Le personnel en service dans les formations sanitaires où la PF existe ne sont en général pas formés, ou sont insuffisamment formés. En effet, après évaluation des performances, des insuffisances ont été relevées dans certains domaines des prestations de service.

4°)- Il y a une amorce d'introduction d'un programme de PF dans la formation de base (Ecole des Sages-Femmes, Ecole des Infirmiers) avec l'assistance de J.H. PIEGO.

222

5°)- La plupart des centres visités n'ont pas de conditions matérielles permettant d'offrir des services de PF satisfaisants.

A Abidjan, les centres pouvant servir à l'état actuel comme terrain de stages pour la formation pratique sont :

- Centre du CHU de Treichville
- Centre d'Adjamé.

III- PRINCIPALES RECOMMANDATIONS :

A partir des principaux constats et conclusions, les principales recommandations suivantes ont été faites :

1°)- Le Ministère de la Santé devrait promouvoir une politique officielle de PF en développant et en diffusant un document de politique, standards et protocoles des services.

Il devrait aussi étendre les services de PF et les intégrer dans les structures de santé.

2°)- Une stratégie devrait être mise en place et développée pour assurer la formation sur place du personnel médical, paramédical auxiliaires et travailleurs de santé communautaire en PF.

3°)- La stratégie d'introduction de la PF dans le cursus des écoles de formation devrait être redéfinie en mettant l'accent sur le renforcement des liens entre la formation de base, la formation continue et les services.

4°)- Le Ministère de la Santé, en collaboration avec d'autres partenaires, devrait améliorer les conditions de travail dans les structures de santé offrant les services de PF.

5°)- La collaboration devrait être renforcée entre le Ministère de la Santé, l'AIBEF et les autres intervenants dans la PF en Côte d'Ivoire.

Telles ont été les principales recommandations issues des deux recensements de besoins.

III - ANALYSE DE LA SITUATION

A. Problèmes rencontrés

a) Politiques de population et EDN

Le manque d'engagement politique handicape la formulation d'objectifs nationaux quantitatifs et qualitatifs en matière de planification familiale. A défaut d'un plan directeur ou d'une orientation générale, les actions entreprises ne proviennent pas d'un centre d'impulsion. La sensibilisation des populations ne relève pas d'une stratégie nationale définie. D'où le risque de privilégier l'information du grand public au détriment d'une éducation destinée aux cibles principales (populations analphabètes, ménagères etc...). Existe également le risque de chevauchement par manque de partage de responsabilités entre les différents intervenants.

Cette absence de planification et de coordination effective se manifeste dans ce que :

- les activités d'IEC ne semblent pas avoir de rapports directs avec les services de contraception; les efforts semblent créer une demande de PF supérieure à la capacité de réponse des services actuellement offerts. Ceci est particulièrement vrai, dans les régions où surviennent les ruptures fréquentes des stocks et un manque de variétés de contraceptifs conformes aux besoins des utilisateurs.

- une communication insuffisante entre le personnel d'IEC et celui des services de contraception : cette situation résulte du manque de coordination entre les activités d'IEC et celles de service. Les personnels du terrain et ceux de service ne se concertent pas lors de l'élaboration des activités, pour élaborer des objectifs d'IEC conformément aux capacités réelles ou potentielles de services. Il en résulte une distorsion entre les objectifs d'IEC et ceux des services.

- une définition peu claire du rôle et des fonctions des éducateurs : les activités IEC sur le terrain ne bénéficient pas d'un personnel suffisant, formé et expérimenté. Le genre d'information véhiculée est uniforme et ne semble pas se différencier selon les besoins et les caractéristiques des cibles. Le soutien administratif et technique est insuffisant.

Ceci est particulièrement vrai, dans les régions où manque le matériel à utiliser dans les programmes d'IEC. Les références aux centres de services ne sont pas systématisées ; faute de généralisation du système de coupons. Il est difficile dans de tels cas d'apprécier les efforts de sensibilisation.

- en matière de prestation de services, n'ont pas été élaborées des lignes de conduite précisées pour le personnel clinique : l'insertion des DIU par le personnel paramédical formé ne semble pas rencontrer l'adhésion unanime du personnel médical ; il en va de même de l'exigence d'un bilan biologique préalable à toute prescription de contraceptifs. Le personnel ne dispose pas d'un guide des pratiques et des normes acceptées en matière de services.

b) Formation en EDN

Le problème majeur dans la formation est l'absence de crédit qui soit donné à la formation en PF dans les écoles de base. La Faculté de Médecine offre un tel programme aux médecins inscrits dans la spécialité gynéco-obstétrique ; seuls quelques notions élémentaires sont mises à la disposition des médecins. Les écoles de sages-femmes et des infirmiers d'Etat ne dispensent presque pas de PF aux élèves. Il en est de même pour les écoles de Maîtresses d'éducation permanente, des assistants sociaux et des animatrices rurales bien que la SMI soit enseignée.

Le nombre exorbitant de cadres à initier une fois qu'ils servent sur le terrain permet difficilement une formation en cours d'emploi bien menée. Il est néanmoins très opportun d'envisager cette formation continue qui est le seul gage de succès des programmes sociaux et de santé, incluant la PF.

c) Services d'Espacement de Naissances

1- AIBEF

Les services de PF offerts par les cliniques l'AIBEF ou ceux intégrés dans les PMI de l'Etat posent quelques problèmes d'efficacité et d'efficience dus entre autres à la technicité du personnel, à l'organisation matérielle, à l'accueil réservé aux clients...

225

- le nombre de personnel médical et para-médical spécifiquement formé aux techniques de PF est restreint.
- le personnel para-médical est membre volontaire de l'AIBEF dans la majorité des centres ; dans les centres où le personnel médical n'est pas volontaire, la disponibilité du personnel para-médical peut être rendue difficile. Le manque de motivation permet d'augurer de l'utilisation de temps du service aux activités du service.
- les locaux affectés aux PMI, aux maternités et aux cliniques de l'AIBEF sont souvent étroits. L'encombrement de ces structures entache les conditions de confort et de discrétion que requièrent l'accueil, le conseil, la prestation de services de PF.
- le personnel oblige souvent la clientèle à attendre longtemps pour être reçue, conseillée et servie.
- les ruptures de stocks sont rares au niveau central de l'AIBEF, mais sont assez fréquentes dans les structures de services de PF, où la variété des méthodes contraceptives n'est pas toujours assurée, en l'occurrence les pilules selon des dosages variés (normodosage - microdosage) qui permettent de pallier les manifestations secondaires.
- le mode de fonctionnement des PMI et des maternités qui ont intégré la PF ne permet pas la gestion des complications, des effets secondaires et des signes d'alarme liés aux contraceptifs. Ces services ne servent pas tous les jours, ni ne fonctionnent les après-midis, en cas de besoins.
- les antennes de Korhogo, de Bouaké et de Boundiali distribuent les contraceptifs aux clientes. Ces dernières doivent aller en consultation dans les PMI ou les maternités ; elles vont faire les examens paracliniques prescrits ; puis elles vont confronter les résultats des examens et ceux de la consultation avec le personnel de santé ; enfin elles vont prendre les contraceptifs au siège de l'AIBEF. Ceci constitue un long parcours, surtout que les services précités sont éloignés les uns des autres.
- le counseling n'est pas systématique et les clientes ne sont souvent pas profondément préparées à un choix conséquent de méthodes contraceptives ; ceci entraîne parfois un rejet des méthodes une fois entamée tel l'injectable devant l'aménorrhée ; ceci entraîne la mauvaise utilisation des méthodes telles que la pilule et les spermicides.
- l'utilisation abusive des méthodes comme les injectables qui sont utilisés parfois de 80 à 90 % de l'ensemble des méthodes, ressemble fortement à un biais dans l'utilisation des services de PF.

- la collecte des informations sur les clientes n'est ni régulière ni complète ; les fiches de clientes quand elles existent ne sont pas systématiquement classées ;
- les services de PF n'arrivent pas à mettre en place un système de commande, de contrôle et de surveillance des stocks afin d'éviter toute rupture de stock de contraceptifs et de péremption des contraceptifs.
- les services sont diversement équipés qui d'un stérilisateur sans le moindre gant ou doigtier ; qui de spéculum et kit de DIU sans table gynécologique et qui d'un tensiomètre sans stéthoscope et vice versa.
- les hommes et les adolescentes sont faiblement recrutés par la PF dans les centres de PMI qui ne sont pas leurs services de prédilection.
- la standardisation des prix des contraceptifs, indispensable au recouvrement des coûts, n'a pas prévu la gratuité des services si un cas social est présenté aux prestataires de services.

- Gestion générale des programmes

Le rôle, les stratégies et les programmes de l'AIBEF épousent les indécisions du contexte national. Cependant ce dernier a subi certaines modifications dues à une relative ouverture des autorités sanitaires et à la complexité des activités. Cette situation exige de l'AIBEF une nouvelle analyse pour définir les nouvelles priorités, les stratégies et des nouvelles orientations des programmes. Si dans le passé, les volontaires et le personnel étaient les seuls protagonistes dans le choix des objectifs de l'AIBEF, aujourd'hui, les autres intervenants deviennent une autre composante essentielle dans ce choix.

Le fonctionnement des structures bénévoles ne pose pas d'inquiétude. L'on peut compter sur le dévouement de membres volontaires en particulier en régions où ils font la force de l'AIBEF. Au niveau des prestations de services, cela se constate aisément. Cependant le rôle et les fonctions des volontaires ne sont pas encore très bien perçus par tous. Il en résulte parfois des conflits de compétences, source potentielle de conflits dans la gestion.

Le besoin d'une gestion efficace des volontaires se fait sentir : leur participation aux activités devrait être mieux planifiée, leurs prestations mieux valorisées et l'information à leur fournir sur les programmes et les gestions financières mieux canalisée.

L'articulation entre les structures bénévoles centrales et régionales mérite également un renforcement. Ce dernier ne sera réel que dans le cadre d'une réelle délégation d'autorité aux régions et d'une décentralisation effective.

Si les rapports entre le personnel et les volontaires paraissent au beau fixe, une certaine amélioration est à apporter dans la perception des responsabilités du personnel : il faut les comprendre telles qu'elles sont définies et vouloir les respecter...

Le financement des activités de l'AIBEF est assuré par 5 bailleurs de fonds. La gestion financière des apports et de dépenses des fonds est lourde. La gestion du personnel recruté sur des fonds divers et dont les rémunérations comme les bénéficiaires sont dissemblables pour la même catégorie de personnel, elle pose des problèmes de hiérarchie. Cette confusion existe dans les relations hiérarchiques d'une clinique à une autre et des cliniques en général vers le siège.

L'AIBEF a entrepris la création des antennes régionales depuis 1985. A ce titre, elle a recruté un personnel composé d'un coordonnateur régional et d'un secrétaire comptable. Cette structure s'est révélée satisfaisante jusqu'ici. Cependant dans le cadre d'une décentralisation réelle des activités du siège aux régions, cette structure risque de se révéler insuffisante. Dans ce cas le problème de coordination, de soutien et de la supervision des activités dans les antennes sera amplifié. Au niveau du siège, le directeur des programmes est le superviseur direct des coordonnateurs régionaux. Son utilisation maximale pourrait remédier aux carences constatées.

Le système de gestion comptable et financière n'a pas décelé de faiblesses sérieuses. Les faiblesses résident dans la tenue des comptes recettes et dépenses locales ainsi que dans le transfert des fonds. Ceci est confirmé par le dernier rapport des auditeurs externes. Dans la perspective d'une décentralisation réelle des activités, la comptabilité des antennes devra être standardisée et renforcée.

En tout état de cause, le personnel a encore besoin de métier. L'auto-évaluation faite par lui, a identifié les domaines possibles dans lesquels une formation ou une assistance technique renforcée est possible : cela va des programmes, la conception et la gestion des projets, en passant par les politiques de l'IPPF (médicales, éducatives, budgétaires, personnel) jusqu'à la gestion Générale (planification, programmation, coordination, supervision et évaluation) et le système d'information et de gestion.

2- MINISTERES

A l'exception de Bouaflé et de Dabou, il n'existe aucun suivi médical systématique des clients et aucun système de supervision systématique des prestataires. Dans certains cas de méthodes hormonales, le renouvellement du stock au niveau du client se fait sans le suivi médical nécessaire.

3- ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Dans la situation présente les ONG présentent quelques limites. En effet, les organismes dans leur ensemble ne coordonnent pas leurs activités. Même si celles-ci sont menées avec le même organisme à savoir le MSPP ou l'AIBEF. Les organismes qui renforcent les décisions de politique de population, ceux qui développent la formation, ceux qui améliorent les prestations de services, ceux qui mènent la recherche sur les obstacles à la PF et en dressent les solutions opérationnelles ne coordonnent souvent pas leur plan, leur organisation dans l'exécution des activités et leur évaluation/reprogrammation. Il en résulte une série de difficultés à gérer les programmes, donc des pertes substantielles de ressources humaines, matérielles et financières.

4- SECTEUR PRIVE

Les pharmacies privées n'avaient pas fait l'objet d'études minutieuses durant le recensement des besoins. Il faut cependant noter que les pharmacies privées constituent un moyen de distribution de contraceptifs et de médicaments extrêmement efficace mais très coûteux à la population en général. Deux principales sociétés de détail de médicaments à Abidjan fournissent la plupart des médicaments à plus de 175 pharmacies privées et à 70 dépôts d'approvisionnement en médicaments à travers la Côte d'Ivoire qui jouit d'un excellent système régional de transport et d'emmagasiner. Les pharmacies fournissent jusqu'à 19 différentes marques de pilules, des DIU, des préservatifs et des spermicides. Elles vendent jusqu'à 2,5 pourcent du nombre total de CPR en Côte d'Ivoire dont 2 pourcent de pilule. Toutefois, le coût élevé et l'exigence d'ordonnances limitent le rôle des pharmacies dans la distribution des contraceptifs à grande échelle. Ce programme fera l'objet d'une étude minutieuse durant la phase de conception du projet de suivi.

Dans les cliniques privées la prestation des services PF revient très cher aux clientes. Par exemple, l'achat de DIU au niveau des antennes de l'AIBEF, la pose et le suivi des clientes reviennent en moyenne à 1 500 FCFA ; son achat dans une pharmacie privée et sa pose dans une clinique privée de la place reviennent en moyenne cinq fois plus cher. D'autre part dans le cas des contraceptifs hormonaux, l'exigence par les médecins d'un examen physique systématique avant la prescription de la méthode revient relativement chère à la cliente. Cela a pour conséquence le découragement de la dite cliente et l'abandon éventuel de la méthode. Cela expliquerait également le fait que très peu de DIU sont posés dans les centres ou les services PF sont fournis.

B. PERSPECTIVES

a) Politiques de Population

Les enquêtes quantitatives menées çà et là dans le pays montrent une progression de la demande en planning familial. En considérant l'expression favorable des hommes au planning familial et le fait que la plupart des femmes préconisaient qu'elles craignaient le refus de leur mari, nous présageons une demande de contraception accrue. En considérant le nombre élevé des femmes à risque de mortalité en cas de grossesse, le nombre élevé de jeunes scolaires et universitaires sexuellement actives, il s'avère utile d'organiser le développement des services de PF. Surtout lorsque les personnels de santé sont formés à informer les personnes dont l'état de santé nécessite la prescription de méthodes contraceptives.

Les enquêtes qualitatives telles que les "focus groups" ont été ^{menés} dans les villes d'Abidjan, Divo, Bouaflé avec une vingtaine de groupes de discussion réunissant quelques 240 femmes et des hommes en âge de procréer. Ces enquêtes montrent que plus les femmes organisées vivent en milieu urbain plus elles ont tendance à adopter la contraception moderne à la place de la contraception traditionnelle ; seule l'absence de clinique, géographiquement et financièrement accessibles font qu'une large population qui désire espacer les naissances ne les utilisent pas encore ; plus de 60 % des femmes qui ont participé aux "focus groups" ont déclaré vouloir entre 3 et 4 enfants contre 6 à 7 antérieurement ; plus de 50 % des hommes, en général les monogames, désirent 4 à 5 enfants actuellement contre 6 à 7 antérieurement.

Seuls l'IPPF et l'USAID, à travers une dizaine des agences de collaboration et l'AIBEF, ont fourni des services. Actuellement l'intérêt de la planification grandit au sein des organismes tels que le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS au moment où le Ministère de la Santé et

de la Population dégage une orientation pro-contraceptive. Les autorités sanitaires dans les régions de même que les responsables administratifs prônent une politique en faveur de la PF. Le FRUAP, à la demande du MSPP lance un projet pilote de PF dans le département d'Aboisso.

Les structures des services de santé visitées présentent des possibilités de développer des activités de PF à trois niveaux :

Urbain
Semi-urbain
Rural

Au niveau des centres urbains et semi urbains, les PMI et les maternités des hôpitaux ainsi que les cliniques des antennes de l'AIBEF peuvent offrir les services de PF ; quant aux centres sociaux, aux foyers féminins et aux animatrices rurales elles peuvent disséminer les messages éducatifs en PF et à la rigueur distribuer les méthodes contraceptives non médicales.

Le niveau rural est sanitairelement couvert par la base du Secteur de Santé Rurale (SSR). Le SSR présente des structures décentralisées avec des antennes jusqu'au niveau villageois.

L'AIBEF a déjà engagé le processus d'intégration de la PF dans les structures sanitaires de l'Etat : les PMI et les maternités des hôpitaux. Cette initiative doit être encouragée pour couvrir toutes les régions du pays en commençant par les zones urbaines densément peuplées, notamment Abidjan, Bouaké, Boundiali, Divo, Bouaflé et Korhogo.

b) Formation et Recherche

Suite à des projets de Formation subventionnés par REDSO, Intrah et Pathfinder, le Ministère des Affaires Sociales et celui de la Promotion de la Femme ont également initié des activités de IEC en direction des décideurs, des faiseurs d'opinions, des femmes et de la population aux problèmes de l'espacement des naissances. Tous ces efforts conjugués ont créé un climat de plus en plus favorable à l'extension des activités dans le pays. Les spécialistes ivoiriens considèrent la Santé maternelle et infantile comme une priorité parmi les programmes de Santé et estiment que l'introduction de la planification familiale serait un moyen complémentaire d'amélioration de la Santé de la mère et de l'enfant.

221

- AIDEF : la formation en technologie est prévue pour tous les agents servant dans les cliniques.
- Le MSPP n'a pas encore introduit la PF dans le cursus des médecins et des infirmiers d'Etat. Cette introduction s'avère très difficile à opérer dans un court terme.

Le Ministère des Affaires Sociales a programmé la formation en PF des assistants sociaux sur le terrain pour disséminer le message éducatif au sein de la population. Il en est de même du Ministère de la ^{recherche} Condition de la Femme pour les maîtresses d'éducation permanente et les Animatrices rurale. Les budgets des ministères ne permettent pas encore de démarrer la formation. Une équipe de formateurs est préparée et prête à agir.

Encore une fois toutes les ONG sont désireuses de participer à cet avènement de la PF en Côte d'Ivoire. Ainsi sollicité par le MSPP, le FNUAP est entrain de développer un programme de 18 mois dans le département d'Aboisso. Ce programme cherche à créer un centre pilote de PF incluant la formation des prestataires de services de PF et des promoteurs de population à la PF, la prestation des services de PF dans 4 services de la zone ; ceci en vue de l'extension du programme à la fin des 18 mois.

Dans le cadre de la recherche, le "Population Council" a proposé dans un avenir plus ou moins immédiat, quelques programmes de recherche opérationnelle dans le pays. Deux sujets sont proposés. Le premier sujet intéresse les facteurs qui amènent aux abandons qui surviennent dans l'utilisation des méthodes contraceptives. C'est une étude comparative des nouvelles acceptantes de la contraception; elle permet de comparer les caractéristiques des personnes qui continuent et celles qui abandonnent ; elle permet de situer les facteurs favorisants et ceux qui sont défavorables à la PF. Un Système d'Informations pour la Gestion (SIG) serait mis en place. Le second sujet de recherche porterait sur la qualité de services et s'intéresserait aussi bien à l'accueil, au counseling qu'aux services techniques ; l'analyse des résultats pourrait entraîner une supervision plus prononcée ou le recyclage des agents.

Les perspectives du renforcement de la PF sont ouvertes. Celle-ci passe d'une part, par une collaboration de tous les acteurs existants ou potentiels ; et de l'autre par une collaboration de toutes les interventions des bailleurs de fonds. Cette collaboration et cette coordination impliquent la création d'un mécanisme susceptible de :

- élaborer les stratégies nationales de planification familiale
- diffuser des stratégies nationales
- définir les responsabilités de chaque intervenant
- standardiser les normes d'intervention.
- coordonner les ressources et les activités des programmes
- évaluer les activités et les programmes

Comme cela a été suggéré, le Ministère de la Santé Publique et de la Population initierait la création d'une plate-forme en la matière. Il se réserverait la responsabilité d'orienter les actions, d'élaborer les directions en matière de services, de définir les modalités d'intégration de la PF dans les structures sanitaires existantes. Il pourrait par ailleurs sous-traiter la stratégie nationale d'IEC aux Ministères des Affaires Sociales et de la Promotion de la Femme.

c) Services

Au niveau de l'AIBEF

L'AIBEF entend étendre ses services dans trois agglomérations à grande concentration humaine telle que Abengourou, Daloa et Man.

Concernant la gestion des Programmes de PF, l'AIBEF de son côté entend initier tous les responsables de l'association à savoir les volontaires et les agents chargés de l'exécution : le Directeur des programmes, le Directeur Exécutif, le Directeur Financier, le Chargé de l'IEC, le Chargé de la logistique et le Chargé de la supervision des activités techniques de PF.

Au niveau des Ministères

Le Ministère de la Promotion de la Femme a signé avec le FNUAP un projet intitulé "Femme et Population", cette année. Il contribue à susciter la prise de conscience individuelle et collective des femmes ivoiriennes en vue de leur participation au processus du développement économique, social et culturel et de la prise en charge par elles-mêmes de leur intégration à ce processus.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population entend organiser à partir d'expérience avec le FNUAP des activités plus étendues de SMI/PF. Un comité national de coordination en Santé Familiale est entrain d'être constitué. Le MSP va ainsi développer une maîtrise de la gestion des programmes aux coordinateurs de la PF et aux membres du Comité de coordination.

233

IV - RECOMMANDATIONS

Renforcer les capacités en gestion de l'AIBEF dans les domaines suivants :

- Planification/Programmation des programmes régionaux et nationaux
- Coordination/Exécution des activités d'IEC et de services de PF
- Evaluation des activités exécutées par l'association
- Système d'Information et de Gestion (SIG)
- Gestion de finances/logistique/ressources humaines

Aider l'AIBEF à améliorer la qualité des services de P.F.

- Développer et mettre en place une stratégie de formation, du personnel médical, para médical, des auxiliaires et travailleurs de santé communautaires en technique de la PF.

- Développer des Standards pour normes et procédures de prestation des services de qualité dans les cliniques de l'AIBEF
 - . Accueil
 - . IEC et services de PF
 - . Equipements des cliniques
 - . Suivi des clients
 - . Disponibilité des méthodes contraceptives
 - . Système de référence des clients à cas
 - . Contrôle de la qualité du stock.

Aider l'AIBEF à intégrer la PF à la SMI et à l'étendre à des structures sanitaires de l'Etat dans trois régions :

- Formation des futurs prestataires de service de PF
- Equipement des centres nouvellement intégrés
- Approvisionnement de ces centres
- Supervision des nouvelles actions
- SIG pour le suivi des activités

LE MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION (MSP)

1. Aider le MSP à élaborer une politique nationale de PF et des standards de prestation des services de PF.

- * Conférence Nationale sur la santé familiale (PF)
- * Elaboration et exécution du programme national de PF.
- * Intégration de la PF dans le cursus des écoles de formation des médecins, sages femmes et infirmiers d'Etat.

2. Aider le MSP à coordonner toutes les activités de PF du programme national entre le MAS et le MPF.

- * Formation des agents des centres sociaux et foyers féminins en IEC counseling.

3. Secteur Privé

Collaborer avec "Enterprise", "Pathfinder" et "SOMARC" pour renforcer les activités de PF dans les secteurs industriel et commercial comme les cliniques privées.

4. Collaboration avec d'autres agences

Organiser la coordination des interventions en matière de PF des autres agences :

- REDSO and CA's
- IPPF
- UNICEF
- UNFPA

225

BIBLIOGRAPHIE

- World Bank Staff appraisal report, Republic of Ivory Coast, Health and Demographic Project, August 1985.
- REDSO/WCA Update on population activities in Ivory Coast, current projects, January 1990.
- Futures Group Rapport sur le sous projet "La sensibilisation des leaders communautaires de RAPID III avec l'AIBEF, Juillet 1989.
- USAID Institutional Analysis Guidelines, Project Identification Document for insertion in Chapter 2. Handbook 3.
- Draft USAID : Draft report of the subcommittee on quality indicators in Family Planning Service delivery, November 1989.
- Ministère de la Promotion de la Femme Accord de projet entre le Gouvernement de la République de la Côte d'Ivoire et le Fonds des Nations Unies pour la Population, Février 1989. . .
- ADB Policy paper on women in development, memorandum to board of directors, December 1989.
- ADE Health Sector Policy paper, January 1987.
- PCS Child spacing information, education and communication needs assessment, Côte d'Ivoire June 1989.
- REDSO/WCA Population programs and prospects, September 1988.
- REDSO chronicle, update on FP activities in Côte d'Ivoire, March 1990.
- RAPID Population and Development, Mars 1988.
- JHPIEGO Trip report Ivory Coast by Program Support. November 1987.
- SAPH/Enterprise Program Family Welfare Project

Comité Consultatif:
sur la Population

Rapport concernant le programme
d'action visant à améliorer/méliorer
l'exécution de programmes concernant
la population en Afrique du Sud du Sahara
durant les années 1990. Abidjan, Côte
d'Ivoire: 15-16 Avril 1989.

AIBEF

:

Plan triennal 1990-1992

Family Planning
International
Assistance

:

Description du Projet et Budget

AIBEF

:

Programme de travail et budget 1990.

Direction de la
Santé Publique
et de la
Population

:

SMI en Côte d'Ivoire - Situation de la PMI
et perspectives d'avenir.

237

Tableau A

REPARTITION DES SERVICES DE PF

	1ère Année	2ème Année
BOUNDIALI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maternité de C. Hospitalier 2. Maternité Boundiali 3. PMI Kolia 4. AIBEF 	<ol style="list-style-type: none"> 5. PMI Tingrela 6. PMI Odienne
KORHOGO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maternité de CHU 2. PMI de Korhogo 3. AIBEF 	<ol style="list-style-type: none"> 4. PMI Sinématiali 5. PMI Ferkesse Dougou
BOUAKE	<ol style="list-style-type: none"> 1. PMI de Koko 2. PMI d'Ahouensou 3. AIBEF 	<ol style="list-style-type: none"> 4. PMI de Sokouro 5. PMI de Katiola
ABIDJAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. AIBEF Treichville 2. " Yopougon 3. " Adjamé 4. PMI Abobo Doumé 5. " Abobo Gare 6. " Abobo Nord 7. " Cocody Sud 8. " Cité de l'Enfance 9. " INSP 10. " Koumassi 11. " Locodjoro 12. " Marcory 13. " Port Bouet 14. " Yopougon 15. " Croix Rouge 	

DIVO 1. Maternité CHU
BOUAFLE 1. Secteur de Santé Rurale

235

APPENDIX K

Subcommittee Workgroup Results

239

GROUPE I

COMPOSITION

- MOGNON ABIALI, Président
- GUEHI GOZO FERDINAND, Rapporteur
- Professeur SAMBA DIARRA
- Jean Paul DAHILY

THEME : - Facteurs sanitaires et démographiques

- Proposer une liste de recommandations pour chaque facteur.

PLAN :

I- FACTEURS SANITAIRES

- a)- Mortalité maternelle
- b)- Mortalité infantile
- c)- Mortalité juvénile

I.1: RECOMMANDATIONS

II- FACTEURS DEMOGRAPHIQUES

- a)- Taux élevé de natalité
- b)- Fécondité précoce et intense

I- FACTEURS SANITAIRES

a)- La mortalité maternelle est très élevée en Afrique, l'estimation étant de 500 décès de femmes par an et avec 200 000 avortement provoqués.

b)- La mortalité infantile également est très élevée , elle atteint en Côte d'Ivoire 102 ‰

c)- Idem pour la mortalité juvénile qui est de l'ordre de 139 ‰ . Il y a donc une nécessité impérieuse de les réduire.

I.1- RECOMMANDATIONS

1°)- Intégration de la planification familiale aux soins de santé maternelle et infantile. Cela consiste à :

- . Espacer les naissances d'au moins deux ans d'intervalle
- . Eviter les grossesses avant 18 ans et après 35 ans
- . Eviter les avortements clandestins.
- . Informer suffisamment sur les risques encourus
- . Mettre à la disposition des femmes les moyens possibles permettant d'éviter les grossesses non-désirées.

2°)- Education à la vie familiale (dans les écoles)

3°)- indiquer les références nouvelles qui sont :

- . Obsolescence des valeurs traditionnelles
- . Economie monétaire
- . Nécessité de formation et de qualification
- . Atomisation de la famille
- . Maîtrise de la fécondité
- . Démocratie procréative (5è liberté)
- . Approche rationnelle du problème de bien-être familiale
- . Anticipation des exigences requises pour le devenir optimum des enfants
- . Responsabilité parentale
- . Relation entre santé materno-infantile et fécondité

4°)- Approvisionnement et distribution de contraceptifs ceci vu en terme de logistique.

5°)- Formation des prestataires pour mieux maîtriser les techniques de la PF.

6°)- Les produits contraceptifs doivent être pris en charge par les assurances maladie

II- FACTEURS DEMOGRAPHIQUES

a)- Taux élevé de natalité
Il est de 49 ‰ en Côte d'Ivoire

b)- Fécondité précoce et intense

L'indice synthétique de la fécondité est au-dessus de 6 en Afrique contre 1,8 dans les pays développés.

II.1- RECOMMANDATIONS

Il faut :

- respecter l'âge au mariage qui est de 18 ans en Côte d'Ivoire prévu par la loi.

- Scolariser et alphabétiser les femmes

- Créer des filières d'emploi féminin

- Réviser les textes sur l'avortement

Ce dernier point est laissé à l'appréciation des décideurs devant le nombre incalculable d'avortements clandestins.

Groupe II

M. Kalé Sopoudé, Président

M. Koua Ehounou Albert, Rapporteur

M. Koukoua Etienne

Mme. Yaé Delphine

Mme. Brigitte Obrou

Mme. Ade Marie Claire

Theme:

Aspects Economiques, Sociaux, Culturels, et moraux relatifs à la PF

INTRODUCTION

Notre groupe a reçu mission d'étudier les "aspects économiques, sociaux, et culturels de la planification familiale". Comme on peut l'entrevoir aisément à travers ce libellé, il s'agit en fait du problème fondamental de l'impact de la planification familiale sur les facteurs essentiels de notre vie de tous les jours. Car dans tous les mouvements de mutation des sociétés humaines depuis la nuit des temps, ce sont précisément les facteurs économiques, sociaux, et culturels qui ont été déterminants pour la métamorphose finale.

Dans le cas d'espèce que nous étudions, la planification familiale en tant que phénomène nouveau au plan officiel, va nécessairement influencer sur ces facteurs vitaux et en recevoir réciproquement un éclairage particulier; à telle enseigne qu'elle devra coller de près à ces réalités qu'elle aura à façonner progressivement dans un contexte nouveau.

Si bien que dans la perspective de ce nouveau type de rapport organique notre étude dégage d'abord les obstacles à une bonne planification familiale, ensuite elle expose les facteurs stimulants pour une planification familiale rationnelle, et enfin elle met en exergue toutes les recommandations essentielles pour cette nouvelle philosophie de la vie à laquelle va contribuer la planification familiale.

I. Facteurs défavorables à la PF:

1. Aspects Economiques:

Pauvreté
Faiblesse des revenus
Cout de la PF
Absence de mesures incitatives à la PF.

2. Aspects Sociaux

Analphabétisme, ignorance
Conditions difficiles de la femme (mariage précoce, épuisement physique, nombreuses maternités)
Insuffisance d'infrastructures socio-sanitaires
Insuffisance de personnel qualifié en PF
Immigration non contrôlée
Utilisation des enfants comme main d'oeuvre dans os sociétés traditionnelles

3. Aspects culturels

Perception de l'enfant par la société (richesse, héritage, pérennité, mythe);
Faire beaucoup d'enfants pour conserver le minimum en cas de décès;
Polygamie comme cause de nombreuses descendances
Pratiques culturelles néfastes (excision, infubulation) pouvant causer les infections susceptibles d'entraîner soit la stérilité, soit des problèmes psychologiques d'inhibition.

4. Aspects moraux

Programme d'éducation à la vie familiale non adaptés et dispensé par des personnes peu qualifiées;
Impact négatif des médias sur les enfants (cinéma, télé et son film "Dynastie" par exemple)
Commission de censure des messages non-opérationnelle;
Démission des parents (ne prennent pas leurs responsabilités et manquent d'information et de formation);
Dépravation des moeurs

II. Facteurs favorables a la Planification familiale

La pratique de la PF favorise les aspects économiques et sociaux suivants:

1. Aspects Economiques

Réduction des charges des familles;
Réduction des charges de l'Etat;
Meilleur rendement de l'agent économique qui agit favorablement sur le pouvoir économique du pays;
Réduction du coût de la santé

2. Aspects sociaux:

Réduction de la mortalité maternelle et infantile;
Réduction des avortements provoqués, des abandons d'enfants;
Bienfait de la PF en tant que moyen de traitement de la stérilité;
Les aspects moraux et culturels ci-dessous peuvent favoriser une planification familiale:

3. Aspects Culturels

Allaitement maternel
PF traditionnelle (séparation des époux pendant la période d'allaitement)
Réduction des infanticides (10ème enfant dans certaines régions);

4. Aspects moraux

Facteurs favorisant la PF:

Pratiques de principes religieux suivants:
Pas de rapport sexuel avant le mariage
Fonction procréative et non récréative de la sexualité
Monogamie
Respect mutuel entre l'homme et la femme en tant qu'être pensant;
Une bonne moralité du peuple servant de modèle

NB: Les différents aspects ci-dessous répertoriés, s'appliquent tous au cas de la Côte d'Ivoire.

III. Recommandations

Au terme des débats le groupe fait les recommandations suivantes:

1. Inclure une dimension morale dans tout programme de planification familiale afin qu'il serve aussi de moyen d'éducation des jeunes;
2. Accorder la même importance à tous les aspects de la planification familiale (les méthodes naturelles et les méthodes artificielles);
3. Définir une politique de planification familiale qui puisse coller de près aux réalités socio-culturelles;

4. Définir une politique de population qui préconise entre autre des mesures concrètes en matière de contrôle de l'immigration. Que cette politique soit effectivement appliquée;
5. Créer les conditions d'ajustement entre la croissance économique et la croissance démographique
6. Reinstaurer l'éducation à la vie familiale dans les programmes scolaires en améliorant son contenu;
7. Former des formateurs en "Education à la vie familiale";
8. Eduquer les parents à la notion de parenté responsable
9. Intensifier les programmes d'éducation à la femme (alphabétisation etc...);
10. Instituer des mesures incitatives à la pratique de la PF (concours du plus beau bébé; assiduités aux consultations prénatales)
11. Vulgariser la planification familiale par différents canaux de communication (artistes, griots ...)
12. Réviser et adapter les textes de loi aux réalités actuelles

**TRAVAUX EN COMMISSION
GROUPE III**

COMPOSITION :

- Professeur WELFFENS EKRA, Présidente
- Madame SEKI SIRA TRAORE, Rapporteur
- Madame KONE DJENEBA
- Madame KOUAME KAN
- Monsieur KOFFI DJEME MICHEL

THEME : Les besoins en formation des prestataires de services de PF et des agents chargés d'IEC.

PLAN :

I- Identifier les différentes catégories socio-professionnelles :

- . Prestataires cliniques
- . Agents chargés d'IEC

II- Identifier les rôles et tâches de chaque catégorie socio-professionnelle

III- Identifier les types de formation

IV- Recommandations pour l'élaboration des standards de formation.

I- IDENTIFICATION DES DIFFERENTES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

- Prestataires cliniques
 - . Médecins
 - . Sages-Femmes
 - . Infirmiers et Infirmières
- Agents chargés d'IEC
- Ministère de la Santé et de la Population sociale.
 - . Travailleurs sociaux (Inspecteurs, Attachés, Assistants Sociaux, Educateurs Spécialisés, Educateurs préscolaires)

- . Médecins
- . Sages-Femmes
- . Infirmiers et Infirmières
- . Accoucheuses traditionnelles
- Ministère de la Promotion de la Femme
 - . Conseillères d'Education Permanente
 - . Maîtresses d'Education Permanente
 - . Animatrices rurales
- Ministère de la Communication
 - . Journalistes
 - . Producteurs
 - . animateurs d'émission
 - . Réalisateurs
 - . Speakers en langues nationales
- Ministère de l'Education Nationale
 - . Professeurs du secondaire
 - . Instituteurs
 - . animateurs de CAFOP
- Ministère de la Jeunesse et des Sports
 - . Maîtresses d'Education Permanente
 - . animateurs des colonies de vacances
 - . Responsables d'associations de jeunes
- Autres agents :
 - . AIBEF
 - . AFAFSI
 - . Comité d'Action Sociale
 - . Agents de Santé Communautaire
 - . PROVIFA
 - . Responsables d'Association Féminines
 - . Leaders Communautaires
 - . Leaders Politiques
 - . Leaders Confessionnels

II- IDENTIFICATION DES ROLES ET DES TACHES DE CHAQUE CATEGORIE SOCIO-PROFFSSIONNELLE

POUR LES CLINICIENS

- 1°)- Prestation de service et suivi
- . Interrogatoire - contact
 - . Examen clinique
 - . Prescription de méthodes de PF

Les méthodes non cliniques seront prescrites par toutes les catégories de personnel.

Quant aux cliniques, elle seront prescrites par les médecins, sages-femmes, infirmiers, infirmières selon les formations.

2°)- Gestion pour les responsables de formation sanitaire impliqués dans la PF.

3°)- Supervision / Evaluation

4°)- Recueil de données

POUR LES AGENTS CHARGES D'IEC.

1- Formation

2- Information

3- Education

4- Sensibilisation

5- Communication

6- Distribution des contraceptifs non cliniques

7- Recueil de données

Répartition des rôles selon les catégories socio-professionnelles :

1°)- Formation : elle sera faite par une équipe de formateurs.

2°)- Information / Sensibilisation : Elles seront assurées par tous les agents chargés d'IEC.

3°)- Education / Communication: Elle seront assurées par :

- . Les travailleurs sociaux
- . Les agents du Ministère de la Promotion de la Femme
- . Les agents de l'Education Nationale
- . Les agents du Ministère de la Jeunesse et des sports.
- . Médecins - Sages-Femmes - Infirmiers - Infirmières

4°)- Distribution de contraceptifs non cliniques

- . Travailleurs sociaux et autres agents formés

5°)- Recueil de données : viendra de l'exploitation des rapports fournis par les agents chargés d'IEC et autres enquêtes.

III- IDENTIFICATION DES TYPES DE FORMATION

POUR LES CLINICIENS

- 1°)- Formation en technologies contraceptives
- 2°)- Formation en gestion de programme de PF
- 3°)- Formation en supervision / Evaluation

POUR LES AGENTS CHARGES D'IEC

- 1°)- Formation de Formateurs en IEC / PF
- 2°)- Formation en technique de communication
- 3°)- Formation en gestion de programme d'IEC
- 4°)- Formation en distribution à base communautaire des contraceptifs non cliniques
- 5°)- Formation en supervision / Evaluation

IV- RECOMMANDATIONS

- 1- Elaborer des curricula de Formation pour les différentes catégories d'agents
- 2- Intégrer l'enseignement de la PF dans le cursus de formation de base des différents personnels concernés
- 3- Intégrer la P.F dans les programmes des mass-média
- 4- Mettre en place une équipe nationale de formateurs des formateurs tant en IEC qu'en clinique.
- 5- Introduire la distribution à base communautaire de contraceptifs non cliniques dans les programmes d'IEC.
- 6- Former les prestataires de services cliniques
- 7- Former les agents chargés d'IEC
- 8- Uniformiser les différentes formations et compétences selon les catégories de prestataires et agents chargés d'IEC.

TRAVAUX EN COMMISSION
GROUPE IV

- MEMBRES :
- Docteur TOURE AMARA, Président
 - Docteur NIANGUE JOSEPH, Rapporteur
 - Monsieur MWAMBA MUTEBA
 - Madame KAMATE MARIAM
 - Docteur KAMARA MEMA BAMBADJAN

THEME : BESOIN EN FORMATION DES SUPERVISEURS
DIRECTEURS DE CLINIQUE

I- ROLE ET TACHE DU SUPERVISEUR

* AVANT SUPERVISION

- 1- Elaborer un calendrier de travail
- 2- Discuter le contenu de la supervision avec les supervisés
- 3- Elaborer l'instrument de la supervision.

* PENDANT LA SUPERVISION

- 1- Motiver, soutenir et appuyer techniquement et administrativement les agents.
- 2- Suivre les activités selon le calendrier établi.
- 3- Analyser les rapports des unités PF et assurer la rétro-information.

II - ROLE ET TACHE DU DIRECTEUR DE CLINIQUE

Le Directeur de clinique devra avoir un rayon d'action limité à son unité fonctionnelle, mais avec les mêmes tâches que le superviseur.

Si le Directeur de clinique est prestataire de service, il devra assurer sa fonction technique en plus de sa tâche administrative.

III- LE TYPE DE FORMATION

Une formation en :

- Technologie contraceptive
- technique de communication
- système d'information et de gestion
- gestion des ressources

NB.: Le contenu de la formation sera adaptée au niveau de supervision.

IV- RECOMMANDATIONS PERMETTANT D'ELABORER DES STANDARDS POUR LES DOCUMENTS DE FORMATION:

- Constituer un groupe de formateurs au niveau national devant discuter des standards puis élaborer des programmes.

- Ce groupe devant comprendre toutes les composantes (gestionnaires, sociologues, agents de communication, pédagogues, médecins, sages - femmes, infirmières, etc.). En fait, une équipe pluridisciplinaire et multi-sectorielle.

- Le groupe pourra solliciter l'aide des consultants internationaux en cas de besoin.

- Le groupe pourra éventuellement s'inspirer des standards existants ailleurs.

- La formation des agents devra intégrer différents modules:

- . technologie contraceptive
- . logistique
- . système d'information et de gestion
- . etc.

- quelle que soit la structure de programme adoptée (semi-verticale ou intégrée) la supervision devra être considérée comme une fonction majeure, pour cela il faudra des moyens à cette fonction pour qu'elle soit effectivement et correctement assurée.

RAPPORTCOMMISSION V

MEMBRES : Professeur BOHOUSSOU MARCELLIN
Docteur MAIDOUKA HALIMA
Madame KOUE LOU TIE YVETTE

THEME : Coordination et intégration de la planification
familiale et la santé maternelle et infantile.

I- SITUATION

La santé maternelle et infantile demeure une préoccupation dans notre pays. Les chiffres de mortalité interpellent notre conscience avec un taux de mortalité maternelle estimé à 600 pour 100 000 naissances, un taux de mortalité infantile de 102 pour 1000.

Ces accidents sont en rapport avec une forte fécondité (indice synthétique de 6,5) favorisant les grossesses à haut risque :

- grossesses avant 18 ans
- grossesses après 35 ans
- grossesses nombreuses supérieures à 5
- grossesses rapprochés avec espace intergénéral inférieur à 2 ans
- les grossesses non désirées responsables des avortements provoqués et des infanticides voire abandon d'enfants.

La réduction de la mortalité maternelle et infantile passe par la réduction des grossesses à risques élevés par l'application d'une politique de planification familiale - l'exemple des pays développés nous montre qu'à une fécondité faible correspond des risques de mortalité faible-

Nombreuses sont les organisations publiques et privées qui interviennent dans la politique sanitaire pour le bien-être de la mère et de l'enfant ; mais de façon indépendante.

On peut citer :

- Le Ministère de la Santé et de la protection Sociale ;
- Le Ministère de la Promotion de la Femme;
- Le Ministère de l'Education nationale ;

- Les organisations non-gouvernementales (AIBEF, PROVIFA, Association pour la maternité sans risque).
- Les syndicats des personnels de la santé.

Ces interventions "désordonnées" sont inefficaces au plan de la rentabilité.

Une action concertée serait plus efficiente.

II- L'INTEGRATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE A LA PMI

Il s'agit d'intégrer dans les activités de la PMI celles de la planification familiale ; cela se conçoit aisément car ces deux domaines (PMI et PF) ont un objectif commun : la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

La PMI par ses actions de prévention et de soins préviennent la mortalité maternelle et infantile.

La PF en évitant les grossesses à risques élevés sauve des vies.

L'intégration est nécessaire pour :

1°) Des raisons socio-culturelles

La planification familiale dans le contexte d'un programme sanitaire sera plus facilement compris par le public qu'un programme présenté comme un système de contrôle de population justifié par des données économiques.

L'intégration de la PF au sein des structures sanitaires existantes permet de sauvegarder l'anonymat de certaines utilisatrices qui exigeraient la discrétion de leur acte.

2°)- Des raisons d'ordre économique

Un programme intégré permet des économies au niveau des locaux, de l'équipement, du personnel, du réseau de ravitaillement.

3°)- Des raisons de rentabilité

Pendant la période prénatale et post-natale, la motivation est plus grande pour les mères ; elles sont plus réceptives à l'information, à l'éducation à la PF par le personnel médical auquel elles sont habituées.

Le personnel utilisera toutes les occasions de rencontre (consultation prénatales, post-natales, séances de vaccination, de nutrition, etc...). pour faire de la sensibilisation.

Les problèmes posés par l'intégration de la PF dans la PMI.

1°)- L'intégration de la PF dans la PMI laisse pour compte les adolescentes et les autres femmes en âge de procréer qui ne fréquentent pas la PMI et qui auront des grossesses non-désirées pouvant conduire à des avortements provoqués.

Les hommes sont également exclus de ces programmes parce que ne fréquentant pas les PMI

2°)- D'autres insuffisances existent :

a)- Au niveau des locaux : exigus et non adaptés

b)- Au niveau de l'équipement : inexistant et insuffisant

c)- Au niveau du personnel

- Insuffisant en nombre

- Insuffisamment ou non formé

d)- Au niveau service

Absence de politique de services en SMI/PF

e)- Au niveau du financement : Inexistant pour le moment

RECOMMANDATIONS

La commission recommande :

I- La création d'un comité de coordination des activités de santé maternelle et infantile et de planification familiale comprenant toutes les organisations publiques et privées qui interviennent dans ce secteur d'activité, telles que :

- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
- Ministère de la Promotion de la femme
- Ministère de l'Education nationale
- Ministère de la Jeunesse et des Sports
- Ministère du Plan
- Ministère de la Communication
- Les ONG (AIBEF, PROVIFA, AMSR, Syndicat des Sages Femmes Syndicat des Infirmiers et Infirmières).

Ce comité sera placé sur la tutelle du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.

Il sera chargé de l'élaboration des programmes.

Il sera aussi l'interlocuteur des bailleurs de fonds

II- RECOMMANDATIONS DE LA PF A LA PMI

1- Elaboration d'une politique de service de PMI / PF

2- Elaboration d'un programme d'action cohérent en définissant les objectifs de chaque secteur d'activités (PF, PMI) et le rôle dévolu à chaque niveau de la pyramide sanitaire (voir schéma).

3- Réhabilitation des infrastructures existantes

4- Equipement des infrastructures existantes pour les rendre opérationnelles

5- Construction de centre de SMI / PF en vue d'une décentralisation

6- Le personnel

- . Formation continue du personnel en place prenant en compte l'accueil; formation des accoucheuses traditionnelles

- . Introduction dans le cursus de la formation de l'enseignement de la PF

- . Formation des formateurs et des superviseurs

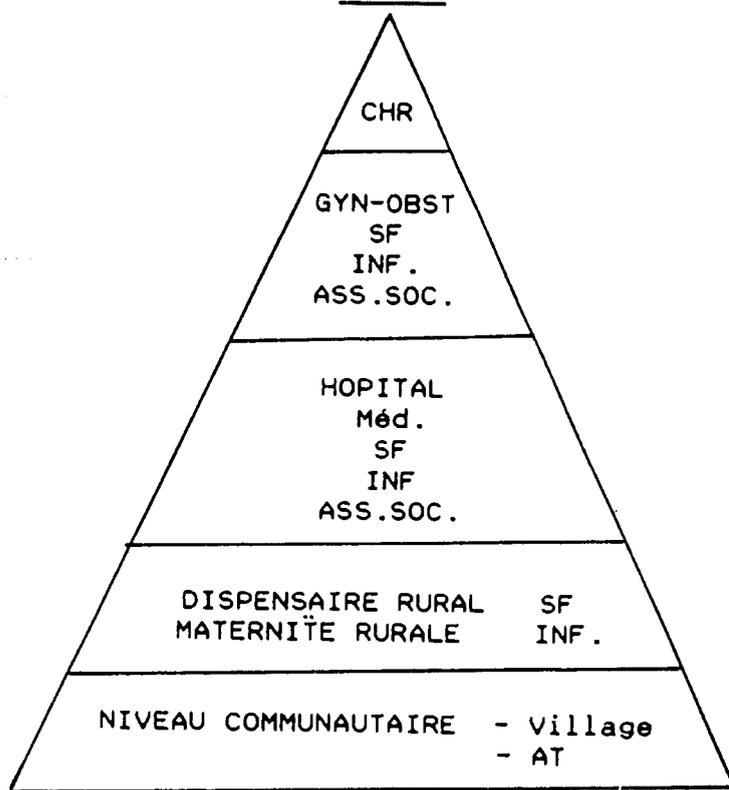
7- Dotation de ces structures de moyens logistiques conséquents (véhicules, carburant, etc...)

8- Encouragement des actions des ONG nationales en vue de compléter l'action gouvernementale.

9- Favoriser la création de cliniques pilotes, de PF dans chaque région administrative et dans les grands centres urbains.

L'intégration doit être précédée par une étude de faisabilité (recherche opérationnelle)

PYRAMIDE SANITAIRE

LEGENDE :

- AT : Accoucheuses Traditionnelles
 SF : Sages-Femmes
 INF : Infirmières
 ASS.SOC : Assistant-Social
 GYN-OBST : Spécialiste en gynécologie obstétrique
 CHR : Centre Hospitalier Régional

**TRAVAUX EN COMMISSION
GROUPE VI**

COMPOSITION :

- Docteur YAO Félicien, Président
- Docteur KOUAME AKISSI, Rapporteur
- Docteur ISMAEL THIOYE
- Docteur GUEYE MASSA

THEME : LA RECHERCHE OPERATIONNELLE

- DOMAINES D'INTERVENTIONS
- COLLABORATEURS
- RECOMMANDATIONS

I- INTRODUCTION

Dans les programmes de PF-SMI, la recherche opérationnelle est devenue très importante. Sa mise en oeuvre permet d'évaluer l'efficacité des stratégies de PF et de SMI en vue de son expansion

II- DOMAINES D'INTERVENTIONS

1°)- Identification des besoins
et des ressources en matière de PF-SMI

2°)- SYSTEMES DE PRESTATIONS

- . Type de structures
- . AIBEF (cliniques)
- . CHU / Treichville
- . Adjamé

3°)- RESSOURCES HUMAINES

Personnels :

- . Médecins ;
- . Paramédicaux
- . Travailleurs sociaux
- . Travailleurs communautaires
- . Ministères Associés

4°)- FORMATION DU PERSONNEL

- . Clinique
 - . Pratique
 - . IEC
- (avec des motivations)

5°)- SYSTEME DE GESTION

- . Finances
- . Logistiques
- . Personnels

6°)- CHOIX DES METHODES

7°)- LES OBSTACLES

- . Socio-économiques
- . Culturels
- . Politiques, etc...

Tout ce qui peut freiner le bon déroulement de l'opération

III- LES COLLABORATEURS

A- NATIONAUX

- . Les ministères (collaborations inter-ministérielles)
- . Congrégations religieuses
- . Tradipraticiens
- . Les Elus
- . ONG
- . Leaders d'opinion

B- INTERNATIONAUX

- . SEATS
- . PCS
- . IPPF
- . Population council
- . OMS-UNICEF
- . REDSO - USAID
- . Columbia University

IV- LES RECOMMANDATIONS

- 1°)- La recherche opérationnelle SMI-PF doit être prise comme une des priorités en matière de santé
- 2°)- La création au sein du Ministère de la Santé d'une cellule de réflexion sur la recherche opérationnelle en matière du SMI-PF, en collaboration avec les ministères concernés.

Cette cellule aura pour mission :

- d'entreprendre une action de sensibilisation
- de coordination
- de formation
- de financement
- de suivi (Supervision - Evaluation).

APPENDIX L

Seminar Definition of the Concept of FP for Côte d'Ivoire

ANNEXE L

DEFINITION DU CONCEPT DE PLANIFICATION FAMILIALE

La Planification Familiale est une certaine manière de penser et de vivre adoptée volontairement par les individus et les couples sur la base de connaissances, d'attitudes et de décisions prises en connaissance de cause, afin de promouvoir la santé et le bien-être du groupe familial et de contribuer ainsi au développement du pays. (Groupe d'Experts OMS)

En Côte d'Ivoire les objectifs de la Planification Familiale sont:

1. Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant par
 - a. La prévention des grossesses à risques
 - b. L'espacement des naissances
2. Prévenir la stérilité par le dépistage et le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST) et de l'infécondité
3. Contribuer au développement économique et social par la régulation des naissances.

262

APPENDIX M

Sample of Invitation Letters from MOH/SP to Participants

Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale

Republique de Côte d'Ivoire
Union . Discipline . Travail

Le Ministre

Abidjan, le

ANNEXE M. N° _____/SP/CAB

SAMPLE OF LETTER
SENT TO THE MINISTRIES
INVOLVED IN THE SEMINAR

A

Monsieur le Ministre
de la Communication

A P I D J A N

OBJET : Séminaire National
sur la Planification
Familiale.

Monsieur le Ministre,

Le problème de la santé de la mère et de l'enfant est sans doute une situation préoccupante pour la Côte d'Ivoire. En effet, les différents taux de mortalité publiés sont encore élevés :

- Mortalité maternelle : 840 décès pour 100 000 naissances vivantes.
- Mortalité infantile : 110 décès pour 1 000 naissances vivantes.
- Mortalité infanto-juvénile : 140 décès pour 1 000.

L'expérience internationale a démontré le rôle primordial de Planification Familiale dans la réduction de cette mortalité infanto-maternelle par une promotion efficace de la santé des familles.

De ce fait, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale organise un séminaire national pour l'élaboration d'une politique et d'un programme de planification familiale pour la Côte d'Ivoire.

Avec un financement de l'USAID, ce séminaire se déroulera du 18 au 22 février 1991 au Centre de Formation aux Techniques du Pétrole (C. F. T. P) à Grand-Bassam.

.../...

264

Aussi, cher collègue, j'ai l'honneur de solliciter la participation à ce séminaire de votre collaborateur Monsieur MEMA SOUMAHORO que vous aviez désigné comme interlocuteur au moment des contacts préliminaires. Il serait souhaitable de lui adjoindre :

- Un Représentant de la Radio
- Un Représentant de la Télévision
- Un Représentant de Fraternité-Matin.

Je vous prie de croire Monsieur le Ministre, et cher collègue en l'assurance de ma considération distinguée.

Pr. Alain EKRA

265

SAMPLE OF LETTER
SENT TO THE PARTICIPANT.

5 mars 1991

A

MONSIEUR FLINDE ALBERT
MINISTRE DELEGUE AUPRES
DU PREMIER MINISTRE POUR
L'ECONOMIE, LES FINANCES
LE COMMERCE ET LE PLAN

OBJET: Seminaire National
 sur la Planification
 Familiale.

Cher Monsieur FLINDE.

Le problème de la sante de la mere et de l'enfant est sans doute une situation preoccupante pour la Côte d'Ivoire. En effet, les différents taux de mortalité publiés sont encore élevés :

- Mortalité maternelle: 540 décès pour 100 000 naissances vivantes.
- Mortalité infantile : 110 décès pour 1 000 naissances vivantes.
- Mortalité infanto-juvénile: 140 décès pour 1 000.

L'expérience internationale a démontré le rôle primordial de la Planification Familiale dans la réduction de cette mortalité infanto-maternelle par une promotion efficace de la sante des familles.

De ce fait, le Ministère de la Sante et de la Protection Sociale organise un séminaire national pour l'élaboration d'une politique et d'un programme de planification familiale pour la Côte d'Ivoire.

.....

- 266 -

Monsieur Flinde, vous êtes cordialement invité à participer à cet important séminaire qui se déroulera du 2 au 6 avril 1991 au Centre de Formation aux Techniques du Pétrole (CFTP) à Grand Bassam. Une pancarte indiquant le Centre est placée sur la route d'Abouisso quelques kilomètres après l'entrée de la ville. Tournez à gauche et suivre la piste jusqu'au Centre.

L'heure d'arrivée est fixée à 17H le lundi 1er avril 1991. L'accueil est de 17H à 18H, suivi d'une réception et d'un dîner. Le départ du Centre est prévu aussitôt après la cérémonie de clôture le samedi 6 avril 1991.

Ce séminaire est résidentiel, vous serez logé dans une chambre individuelle à l'intérieur d'une suite de 2 ou 3 chambres. Le CFTP fournit les draps et les couvertures de lit mais pas les serviettes de douche. On vous demande, donc, d'amener votre serviette.

Tous les repas et pauses café seront servis au Centre. Pour cette raison, les participants ne recevront pas de per diem. Par contre, une allocation pour vos frais de transport au CFTP et de retour chez vous, vous sera remise avant votre départ de Bassam.

Le cabinet EDOFORM est chargé de la logistique de ce séminaire. Toute question relative à l'organisation peut lui être adressée au 95.95.69, Dr. DARRET Bernard, au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, répondra aux questions techniques avant trait au séminaire.

Nous vous remercions d'avance de votre participation à ce séminaire si important pour l'avenir de notre pays et vous prions d'agréer, Monsieur FLINDE, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

F. le Ministre de la Santé
et de la Protection Sociale
P.O le Coordinateur du
Programme National de
Planification Familiale
en Côte d'Ivoire.

Dr. KONE Ibrahim

APPENDIX N

Newspaper Articles about the Seminar

PLANIFICATION FAMILIALE

Réduire la mortalité maternelle et infantile

En ouvrant hier au Centre de Formation aux techniques de pétrole de Grand-Bassam, le séminaire national sur la planification familiale, le ministre de la Santé et de la Protection sociale, le Professeur Alain Ekra a été très clair: «seule la planification familiale peut réduire la mortalité maternelle et infantile».

PAR P.M. ABIALI

Le discours du ministre est un véritable tournant du système sanitaire ivoirien quand on sait que jusqu'à présent, la position pro-nataliste du gouvernement ivoirien avait quelque peu limité les services de planification. Avant de dire sa position, le ministre a fait le constat amère de la mortalité des mères et des enfants à cause de l'absence d'une politique rigoureuse de la planification familiale.

Pour le ministre Alain Ekra, «chaque minute qui s'écoule dans le monde une femme meurt au cours d'une grossesse ou d'un accouchement. Sur le continent africain, le risque de mortalité pour une femme au cours de son existence du fait de la grossesse est de 1 sur 19, contre 1 sur 2089 dans les pays développés».

En ce qui concerne le taux de mortalité infantile il est de 106 pour 1.000 naissances contre 13 pour 1.000 dans les pays développés. Face à cette situation, le D^r Mahler, alors D.G. de l'OMS a en 1981 attiré l'attention de la Communauté Internationale sur l'énorme décalage existant entre les pays développés et les pays sous-développés en matière de santé de la reproduction. La prise de conscience du phénomène a conduit à l'organisation de deux conférences internationales sur



Des femmes, des responsables d'associations, des syndicats et d'organisations non gouvernementales prennent part à ce séminaire.

le continent africain, sous l'égide de la banque mondiale: la première à Nairobi en février 1987 et la deuxième à Niamey, deux ans plus tard en 1989.

INTÉGRER LA PLANIFICATION FAMILIALE

Selon le ministre, les communications faites à ces conférences confirment l'incidence particulière des caractéristiques procréatives sur la santé maternelle et infantile en Afrique: - Grossesse avant 18 ans - grossesse après 37 ans - intervalle inter-général inférieur à 2 ans et parité supérieure à 6.

Ces quatre facteurs, pour le ministre Alain Ekra, sont tenus pour responsables d'environ 30% de la mortalité maternelle et infantile. Dès lors on le voit, toute stratégie de promotion de la santé maternelle et infantile dans nos pays, doit obligatoirement comporter une composante de minimisation des risques liés aux facteurs suscités. Aussi, le ministre estime-t-il que seule la planification familiale naturelle ou artificielle permet d'assurer une telle minimisation. Mais celle-ci passe par un impératif, celui d'intégrer comme l'a dit le ministre, la planification familiale aux prestations de santé maternelle et infantile.

Avant l'intervention du ministre, trois autres ont été faites respectivement par le maire de Grand-Bassam M. Ablé Frédéric, le D^r Koné Ibrahim, président du séminaire et par M. Frédéric Gilbert, directeur de l'USAID, organisme qui finance ce projet. Le représentant de l'USAID après avoir défini la politique de développement de son organisme, a dit que l'aide de celui-ci aux programmes de planification familiale est basée sur deux principes fondamentaux: le volontarisme et le choix délibéré. Il faut signaler que ce séminaire qui prend fin samedi prochain est financé par le gouvernement américain qui attache une importance capitale à la planification familiale.

Après la cérémonie d'ouverture, les séminaristes et les experts venus pour la plupart des pays africains ont écouté le premier conférencier, le Professeur Marcellin Bohoussou, président de l'Association Nationale pour la Maternité sans risque. Celui-ci a parlé de la planification familiale et la réduction de la mortalité infantile.

P.M. ABIALI

Personnalités religieuses et experts internationaux prennent part à cet important séminaire.



269

PLANIFICATION FAMILIALE

Pour des mères bien porteuses

«Chaque accouchement peut être un danger pour la femme. Et seule la planification familiale, qu'elle soit artificielle ou naturelle, peut préserver la santé maternelle. Mais cette planification familiale ne peut être efficace que si les organisations internationales y associent les autorités gouvernementales...»

C'est le constat fait par le ministre de la Santé et de la Protection Sociale, à l'ouverture du séminaire national sur la planification familiale hier matin au Centre de Formation aux Techniques du Pétrole de Bassam.

En effet, pendant longtemps, la politique prénataliste du gouvernement ivoirien a limité les services de planification. Pourtant depuis quelques années, des initiatives sont prises ici et là dans ce sens. Pour preuve, les médecins ivoiriens ont créé une association nationale pour la maternité sans risque.

Ce séminaire vient donc à son heure. Ainsi 40 participants de huit ministères, des représentants de l'Assemblée Nationale et du Conseil Economique et Social, les syndicats des sages-femmes et infirmiers, des ONG, vont travailler pen-

dant cinq jours sur les obstacles de la planification familiale en Afrique en général et en Côte d'Ivoire en particulier. Ce séminaire est animé par des spécialistes du corps médical, des experts et des religieux qui vont développer des thèmes tels que la planification familiale et la réduction de la mortalité materno-infantile; les aspects éthiques de la planification familiale; les obstacles à la planification familiale en Côte d'Ivoire.

En organisant ce séminaire, l'USAID/REDSO qui finance l'initiative, vise plusieurs objectifs: établir une commission nationale chargée de l'extension de la planification familiale dans le pays, définir le concept de la planification en intensifiant son impact sur la santé maternelle et infantile sans oublier les facteurs de développement qui en découlent: la démographie et l'économie. Le souci de l'USAID, comme l'a dit son Directeur régional M. Frederick Gilbert, dans son allocution, c'est faire en sorte que «les individus et les couples puissent être capables de décider librement de la taille de leurs familles...»

KONIN SIMON



Des religieux, des spécialistes du corps médical des experts... pour trouver les obstacles à la planification familiale. (Photo K FRANCIS)

270

PLANIFICATION FAMILIALE

Vers l'adoption d'une politique nationale

● Fin ce matin du séminaire de Grand-Bassam

OUVERT mardi dernier à Grand-Bassam sous la présidence du ministre de la Santé et de la Protection Sociale, le premier séminaire national sur la planification familiale prend fin ce matin. Cinq jours durant, les trente-cinq participants (spécialistes, représentants des syndicats et associations, experts internationaux et journalistes) ont travaillé d'arrache-pied pour tracer les grandes lignes de la politique de planification familiale applicable en Côte d'Ivoire. Tous les tabous constituant une sorte de contrainte des populations à rester sur une philosophie pronataliste ont été passés au peigne fin par les séminaristes. Qui estiment qu'il est grand temps pour les Ivoiriens de changer de mentalité afin d'appliquer l'espacement et la limitation des naissances. Pour toucher la population cible, il faut mener une vaste campagne de sensibilisation qui mettrait en relief les avantages du bien-être familial, un système qui nécessite obligatoirement un acte de planification.

En attendant les résolutions qui définiront l'option choisie par notre pays, il faut dire que l'USAID et le gouvernement ivoirien signeront d'ici la fin du mois d'août, selon le directeur de l'Agence Internationale pour le développement, M. Frédéric Gilbert, un accord bi-

latéral de santé. Ce projet comprend trois volets : la planification familiale, la lutte contre le sida et la santé maternelle et infantile.

Après la présentation des différentes organisations non gouvernementales travaillant dans le domaine du bien-être familial, les travaux se sont poursuivis en six commissions de travail qui ont planché sur les thèmes précis qui puissent permettre de définir une véritable politique de planification familiale collée aux réalités ivoiriennes.

C'est donc un véritable tournant qui sera amorcé dans le système sanitaire, car nul n'ignore aujourd'hui que, par la planification familiale, on peut éviter les avortements provoqués, les naissances précoces ou non désirées. Les spécialistes présents à ce séminaire sont unanimes à reconnaître que la planification familiale apparaît comme le premier maillon de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Signalons que la cérémonie de clôture des travaux qui aura lieu samedi matin à 10 heures au centre de formation aux techniques pétrolières de Grand-Bassam sera présidée par le ministre de la Santé et de la Protection Sociale, le professeur Alain Ekra.

P.M. ABIALI



Les contingences socio-économiques actuelles exigent de plus en plus que les familles ivoiriennes s'engagent dans une réelle planification familiale et que les maternités soient réorganisées au niveau des foyers.

DOSSIER

POPULATION ET DÉVELOPPEMENT

Notre pays pour la planification familiale

PAR
P.M. ABIALI

L'Académie de clôture qui a été présidée par M. Ahouzi Achi Jules, représentant le ministre de la Santé et de la Protection Sociale a été l'occasion pour tous les intervenants d'interpeller la conscience des populations à accepter la planification familiale. Une planification cohérente et rigoureuse pour permettre aux pouvoirs publics de mieux maîtriser le développement. Car selon une étude présentée au cours du séminaire par le sociologue M. Jean-Paul Dahily, coordinateur de l'AIBEF (Association Ivoirienne pour le Bien-Être Familial), les Ivoiriens seront plus de 21 millions en l'an 2015, si la croissance continue. Mieux, pour la même période, ce sont plus de 3.521.000 élèves qui devront s'inscrire seulement dans les classes de CP1, au moins quatre millions d'enfants ne pourront pas être scolarisés, faute de places. Cette projection de notre population difficilement maîtrisable, nous interpelle tous à opter pour une croissance modérée afin de réduire ou minimiser les coûts, ce qui permettrait d'aboutir à des familles réduites.

La position du ministre de la Santé et de la Protection Sociale lors de la cérémonie d'ouverture a été très claire quand il dit : « toute stratégie de promotion de la santé maternelle et infantile dans nos pays, doit obligatoirement comporter une composante de minimisation des risques liés aux facteurs qui sont tenus pour responsables d'environ 30% de la mortalité maternelle ». Le professeur Alain Ekra parle de 4 facteurs favorisants qui sont : grossesse avant 18 ans, grossesse après 37 ans, intervalle inter-général inférieur à 2 ans et parité supérieure à 6. Notre pays opte donc pour la planification familiale, mais une planification qui tienne compte de notre environnement socio-culturel. La

Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant par la prévention des grossesses à risques, l'espacement des naissances ; prévenir la stérilité par le dépistage et le traitement des maladies sexuellement transmissibles et de l'infécondité ; contribuer au développement économique et social par la régulation des naissances. Ainsi se définit le concept de planification familiale applicable en Côte d'Ivoire, sur lequel ont planché pendant cinq jours les participants au premier séminaire qui s'est déroulé au centre de formation aux techniques du pétrole, de Grand-Bassam du 2 au 6 avril.



Pendant cinq jours, les séminaristes ont réussi à définir le concept de planification familiale applicable en Côte d'Ivoire.

Photos Francis Kouao

crise économique dont nous souffrons aujourd'hui les effets pervers, relève de causes diverses dont une part revient à l'accroissement rapide de la population.

DÉTERMINER L'INTÉGRATION

La mise en pratique de la politique de planification familiale,

suppose une sensibilisation plus accrue de la population qui doit désormais changer de mentalité. Ne dit-on pas à nouvelle politique, nouveau comportement ? Car il faut dire que la planification de la famille peut contribuer à ralentir les taux d'accroissement de la population. Ainsi le gouvernement pourrait dégager

les ressources nécessaires à l'amélioration de nombreux services dont principalement les soins de santé. Pour le ministre, dans cette optique, il faut déterminer les modalités de cette intégration, définir les objectifs des messages propres à assurer l'efficacité de l'information, la sensibilisation et l'éducation à déve-

opper. Identifier les obstacles à cette efficacité.

Les séminaristes ont planché sur toutes ces préoccupations du premier responsable de la santé et de l'action sociale. Aussi ont-ils recommandé le développement et le renforcement de l'éducation à la vie familiale ; le respect de l'âge légal des jeunes filles au mariage ainsi que la révision et l'adaptation des textes de loi régissant l'avortement aux réalités actuelles. Ces recommandations qui ont été lues par D' Niangué Joseph, médecin-chef du secteur de santé rurale d'Aboisso ont mis un accent tout particulier sur l'intégration de l'enseignement de la planification familiale dans le cursus de formation de la base des différents personnels concernés, c'est-à-dire les sages-femmes, les infirmiers et les infirmières. La constitution d'un groupe de formateurs pluridisciplinaires au niveau national, l'intégration de la planification familiale dans les programmes des mass-média ont été également suggérées par le séminaire qui se réjouit par ailleurs du soutien sans faille des pouvoirs publics et souhaite que le gouvernement favorise l'application effective des résolutions de ce premier séminaire national.

En attendant, le représentant du ministre de la Santé et de la Protection sociale à la cérémonie de clôture M. Ahouzi Achi Jules a dit un grand merci aux séminaristes qui ont fait des réflexions pertinentes qui complètent les préoccupations du ministre Alain Ekra, donc du gouvernement. Le directeur adjoint du bureau régional de l'USAID M. David Mutchler a assuré tous les séminaristes que son organisme est prêt à étendre et à renforcer la politique de planification familiale. La motion de remerciement qui a été lue par Kouamé Akissi, médecin-chef des armées rend un hommage déférent au courage des dirigeants de l'AIBEF et de Provisa, deux organisations non gouvernementales qui luttent pour le bien-être familial.

212

POPULATION ET DÉVELOPPEMENT

Un pas décisif franchi

PAR le passé, la position pro-nataliste du gouvernement ivoirien avait sérieusement limité le champ d'action des services de planification. De ce fait les organisations non gouvernementales travaillant dans le domaine du bien-être familial comme l'AIBEF et à un degré moindre Provisa, mouvement pour la promotion de la vie familiale, ont rencontré de sérieux obstacles quant à la sensibilisation des populations. Certains cadres et responsables ont même été rappelés à l'ordre pour avoir parlé de régulation de naissances.

Avec la tenue du premier séminaire national sur la planification familiale, c'est le bout du tunnel pour l'AIBEF, pionnier de la planification familiale. Dès lors

on comprend pourquoi le séminaire a rendu un hommage appuyé à cette ONG qui depuis sa création en 1979 œuvre dans le sens de l'adoption de la politique de planification familiale par les populations et les pouvoirs publics. Aujourd'hui tout le monde est unanime à reconnaître qu'il faut féliciter l'AIBEF pour l'ampleur et la qualité du travail accompli grâce au soutien financier de l'USAID dont le souci est de renforcer la planification familiale afin qu'elle soit intégrée aux prestations de santé maternelle et infantile.

Reste maintenant à poursuivre cette belle œuvre de sensibilisation pour permettre la réduction sensible de la mortalité maternelle et infantile en Côte d'Ivoire.

P.M. ABIALI



La bonne santé de la mère et de l'enfant peut être améliorée avec l'espacement des naissances

LES PARTICIPANTS UNANIMES

Une initiative salubre

Quelques participants rencontrés au terme des travaux ont donné leurs points de vue sur la planification familiale. Pour la compréhension du texte, sachez que Seats et Intrah sont des organisations non gouvernementales qui ont leurs sièges respectivement à Abidjan et à Lomé. Ils sont financés par l'USAID en vue d'assurer la formation des prestataires de services et de mettre en place des structures susceptibles de faciliter l'intégration de la planification des familles dans les programmes sanitaires.



D' Tharcisse Mwarban Mutebe: «Mon organisation va former des prestataires de services ivoiriens»

● D' Tharcisse Mwarban Mutebe (Seats): «Le projet Seats, c'est le projet d'expansion et d'appui technique des services de planification familiale. Nous avons prévu la formation de 121 prestataires de services (médecins-sages-femmes et infirmiers), et de 185 agents sociaux. Avec la tenue de ce premier séminaire en planification, nous allons passer à la phase beaucoup plus opérationnelle en allant notre travail sur la formation des agents de l'association ivoirienne pour le bien-être familial.»



M. Jean Paul Dahilly (AIBEF): «Le gouvernement peut s'appuyer sur nous pour mener la politique de planification familiale en Côte d'Ivoire.»

● M. Jean-Paul Dahilly (AIBEF): «Je suis très satisfait de ce premier séminaire parce que l'AIBEF a fait un travail énorme pour aboutir aujourd'hui aux résultats

que nous recherchons. Satisfait aussi parce que le séminaire s'est déroulé dans une atmosphère très cordiale et franche, ce qui a permis à tout un chacun de participer pleinement aux travaux. Et je crois que c'est un nouveau départ pour la Côte d'Ivoire, mais c'est aussi une lourde responsabilité pour l'AIBEF qui désormais en tant que pionnier de cette action va beaucoup plus se responsabiliser. A ce niveau, le gouvernement peut nous faire confiance.»

● D' Boly Alloune (représentant de Intrah à Lomé): «Je suis très heureux des résolutions du séminaire que mon organisme a initié en fonction des besoins que nous avons identifiés en Côte d'Ivoire. L'un des objectifs que nous avons atteints au cours de ce séminaire est la rencontre de plusieurs sensibilités qui ont donné leurs opinions positives sur une politique cohérente et rigoureuse de planification familiale.

En gros, c'est un séminaire d'un niveau exceptionnel qui a vu la participation de tout le monde aussi bien des techniciens de la

planification que des personnalités, des journalistes qui représentent les opinions de toutes les populations. Il faut aussi mentionner la présence des repré-



M^{me} Kamaté Marliame «Il faut faire en sorte que la planification familiale soit intégrée dans nos mœurs»



M. Ahouzi Achil Jules, au nom du ministre de la Santé et de la Protection Sociale, félicite les participants pour la qualité des travaux

sentants des confessions religieuses qui ont pris part aux travaux.»

● M^{me} Kamaté Marliame (infirmière-cadre enseignante à l'École nationale des infirmiers et infirmières d'Abidjan): «Ce séminaire vient à point nommé dans la mesure où notre pays est quelque peu en retard dans le domaine de la planification familiale qui est l'une des huit composantes des soins de santé primaire. Maintenant que le séminaire s'est tenu avec la caution et l'autorisation du gouvernement, il revient aux pouvoirs publics de mettre en pratique les résolutions qui ont été prises par les participants.»

P.M.A.

213